

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, december 1998

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Adviesopdracht en context	9
1.1 Beleidsvragen	9
1.2 Context van de advisering	9
1.3 Functie van het advies in het beleidsproces	11
1.4 Invalshoek, doel en domein van het advies	11
1.5 Opbouw van het advies	12
2 Probleemanalyse	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Samenwerking bij complexe zorg	14
2.3 Ver doorgevoerde opsplitsing van taken	17
2.4 Onvoldoende afstemming tussen hulpverleners	18
2.5 Onvoldoende afstemming tussen organisaties	18
2.6 Gebrekkige informatievoorziening	19
2.7 Financieringsproblemen	20
3 Oplossingsrichtingen verkend	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Visie op de extramurale zorgverlening	21
3.3 Andere taakverdeling	22
3.4 Afstemming tussen hulpverleners	25
3.5 Afstemming tussen organisaties	28
3.6 Gebrekkige informatievoorziening	35
3.7 Financiering	36
3.8 Conclusie	39
4 Beantwoording van de beleidsvragen	41
4.1 Inleiding	41
4.2 Aan welke vormvereisten qua organisatie en uitvoering moeten de functionele zorgnetwerken voldoen?	41
4.3 Hoe kan de rijksoverheid bevorderen dat deze zorgnetwerken ontstaan?	42
4.4 Aan welke randvoorwaarden dient te zijn voldaan, willen zorgnetwerken effectief, doelmatig en patiëntgericht zijn?	43
4.5 Is aan te geven waar de grenzen liggen tussen respectievelijk thuiszorg en persoonlijke dienstverlening?	43
4.6 Overige opmerkingen c.q. aanbevelingen	44

Bijlagen

1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde werkprogramma voor 1998	49
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	53
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	55
4	Deelnemers aan de regionale bijeenkomsten	57
5	Samenvattend verslag regionale bijeenkomsten	63
6	Ketenzorg en zorgnetwerken	77
7	Thuiszorg en persoonlijke dienstverlening	91
8	Achtergrondstudie 'Omvang van de groep thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen'	99
9	Lijst van afkortingen	129
10	Literatuur	131
11	Overzicht publicaties RVZ	135

Samenvatting

De extramurale zorg in Nederland draagt in belangrijke mate bij aan een kwalitatief hoogstaande en doelmatige zorg. Ontwikkelingen in de zorgvraag en in het zorgaanbod maken veranderingen evenwel noodzakelijk. Betere samenwerking, zowel intra- en interdisciplinair binnen de eerste en de tweede lijn als tussen de eerste en de tweede lijn (transmurale zorg) is nodig. Dit advies concentreert zich vooral op de huisartsenzorg en de thuiszorg.

Zorgvraag en zorgaanbod veranderen

Met name complexe zorgvragen vereisen intensieve samenwerking tussen hulpverleners. Van complexe zorg kan gesproken worden als bij de patiënt meerdere zorgproblemen spelen en sprake is van verschillende hulpverleners (extra- en/of intramuraal), die elk met zijn of haar eigen doelstellingen, inzicht en bijdrage, bij de zorg betrokken zijn.

Hoe kan de benodigde intensieve samenwerking worden vormgegeven worden? In de visie van de Raad is het voor een doelmatige zorgverlening noodzakelijk dat de zorg grootschalig wordt georganiseerd. De reeds in het kader van de regiovisie onderscheiden (sub)regio's vormen hierbij een goede basis.

De *uitvoering* van de zorg moet evenwel kleinschalig plaatsvinden. Alleen op deze manier is het mogelijk de zorg rond de patiënt 'een menselijke maat' te geven. Hierbij wordt de zorg niet verleend door steeds wisselende functionarissen, maar door een beperkt aantal hulpverleners. Deze zijn voor de patiënt herkenbaar en bereikbaar.

Samenwerking tussen hulpverleners weliswaar grootschalig organiseren, maar kleinschalig uitvoeren

Om het aantal hulpverleners rond het bed in de thuissituatie zo klein mogelijk te houden, is het wenselijk dat de werkgebieden van de verschillende extramurale hulpverleners, met name de huisartsen, de wijkverpleegkundigen en de extramuraal werkende paramedici, geografisch op elkaar worden afgestemd. In een *wijkzorgnetwerk* werken de hulpverleners met elkaar samen en zorgen voor een integrale en continue extramurale zorgverlening. De wenselijke grootte van de wijk als geografische eenheid kan sterk verschillen, afhankelijk van de lokale situatie. Een indicatie is een gebied met zo'n 30.000 - 40.000 inwoners. Een dergelijke schaal is

Werkgebieden op elkaar afstemmen

Wijkzorgnetwerk voor integrale, continue zorgverlening

voldoende groot om de keuzevrijheid van de patiënt te waarborgen.

De wijk vormt eveneens een goede schaalgrootte voor carevoorzieningen, zoals verpleeg- en verzorgingshuis. Door de grootte en de werkgebieden van deze intramurale instellingen af te stemmen op de wijk kan daadwerkelijk worden vormgegeven aan een transmurale zorgverlening, zeker als dit nog wordt aangevuld met curevoorzieningen, zoals specialistische spreekuren in de wijk.

Verpleeg- en verzorgingshuizen ook onderdeel wijkzorgnetwerk

Voor een continue zorgverlening is het nodig dat huisartsen formele samenwerkingsverbanden aangaan van 4 à 6 personen bijvoorbeeld in de vorm van hagro's (huisartsengroepen) of HOED (huisartsen onder één dak). Daaraan kan praktijkondersteuning worden gekoppeld. Het is gewenst extramuraal werkende verpleegkundigen, zoals praktijk- en transmuraalverpleegkundigen naast de wijkverpleegkundige, in te zetten.

Huisartsen moeten formele samenwerkingsverbanden aangaan

Een heldere taakafbakening is daarbij nodig. De wijkverpleegkundige is de deskundige bij uitstek om de verpleegkundige zorg rond de patiënt inhoudelijk aan te sturen (regie van de care), terwijl de taken van de praktijkverpleegkundige in het verlengde van de huisartsenzorg liggen.

Wijkverpleegkundige heeft de regie van de care

De transmuraalverpleegkundige daarentegen, die gespecialiseerd is in een bepaalde taak of aandoening, verricht gespecialiseerde handelingen in de thuissituatie en dient als consulent voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen. Om kennis en ervaring op peil te houden, is het noodzakelijk dat de transmuraalverpleegkundigen een goede verankering hebben in het ziekenhuis. De schaalgrootte c.q. het werkgebied waarin zij opereren, is sterk afhankelijk van de frequentie van voorkomen van de aandoening waarin zij gespecialiseerd zijn. De wijkverpleegkundige die zich los van het ziekenhuis heeft gespecialiseerd - de gespecialiseerde wijkverpleegkundige - moet vanuit het oogpunt van transmurale zorgverlening op den duur ook een verankering in het ziekenhuis krijgen.

Transmuraalverpleegkundige verantwoord in ziekenhuis

Voor een effectieve en efficiënte zorgverlening is zowel een duidelijke stroomlijning als heldere taakafbakening noodzakelijk. Het onderscheiden van gelijksoortige combinaties van zorgvraag en noodzakelijke zorgverlening, aangeduid met de term zorgproces, biedt hiervoor een handvat. De Raad onderscheidt vijf

categorieën zorgprocessen met een aantal onderverdelingen: kortdurende zorg, langdurige c.q. chronische zorg, palliatieve zorg, terminale zorg en ADL-ondersteuning. Elke categorie zorgproces heeft zijn eigen kenmerken in termen van aard en regie van de benodigde zorg. Voor patiëntencategorieën waarbij het zorgproces voorspelbaar is, is ketenzorg een adequate oplossing. Zorgproces bepaalt wie regie voert

Richtlijnen voor de verschillende zorgprocessen zijn een belangrijk instrument bij de afstemming van werkzaamheden van hulpverleners. Dit geldt zowel bij extramurale als transmurale zorgverlening. Richtlijnen waarin rekening is gehouden met de kosten van de zorgverlening en de beschikbare budgetten kunnen bijdragen aan de beheersing van extramurale kosten, zoals farmaceutische en paramedische zorg. Communicatie moet eveneens een prominente plaats in richtlijnen hebben. Kostenbeheersing door protocollering

Voor een goede en snelle communicatie tussen hulpverleners, die nodig is bij samenwerking, is een elektronisch patiëntendossier (EPD) en snelle elektronische communicatie noodzakelijk. EPD noodzaak

De overheid kan al deze ontwikkelingen stimuleren door ze onderdeel te laten vormen van zorgvisies. Op basis van hieruit afgeleide regiovisies kunnen verzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders in de regio en goede initiatieven uit het veld ondersteunen. Hierbij moeten duidelijke ijkpunten worden afgesproken, zodat goede toetsing mogelijk is. De afspraken moeten resultaatgericht zijn en geen rigide structuren of vormvereisten opleggen. Voor de financiering van thuiszorg is het wenselijk thuiszorgproducten zo te definiëren dat ze aansluiten bij de zorgverlening binnen een wijkzorgnetwerk. Belangrijke taak voor verzekeraars

Tot slot pleit de Raad vanuit doelmatigheidsoverwegingen ervoor de onafhankelijke indicatiestelling door het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) te beperken tot het indiceren van mensen die voor de rest van hun leven van een bepaalde voorziening afhankelijk zijn: permanent verplegingsbehoefte in verpleeg- of verzorgingshuis en langdurige thuiszorg. Voor de kortdurende zorg zou de indicatiestelling vooraf vervangen moeten worden door steekproefsgewijze controle en toetsing achteraf. Indicatiestelling door RIO bespreken

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

1 Adviesopdracht en context

1.1 Beleidsvragen

Bij continue en integrale zorgverlening aan de patiënt zijn vaak meerdere zorgverleners betrokken. Deze moeten hun werkzaamheden op elkaar afstemmen. Hiervoor is een structuur nodig. Er zijn verschillende structuren mogelijk, bijvoorbeeld in de vorm van een functioneel zorgnetwerk.

In dit advies wordt onder een zorgnetwerk verstaan: *een niet geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband van uitvoerende hulpverleners, dat op een samenhangende wijze de individuele taken en activiteiten vormgeeft, zodat het gezamenlijk aanbod qua aard, omvang en tijdstip aansluit bij de behoefte van de patiënt (zie bijlage 6).*

Een zorgnetwerk als structuur voor samenwerking

In het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgestelde Adviesprogramma 1998 van de RVZ wordt een advies gevraagd dat gericht is op het ontstaan van dergelijke functionele extramurale zorgnetwerken (zie bijlage 1). Dit advies moet de volgende beleidsvragen beantwoorden:

1. Aan welke vormvereisten, qua organisatie en uitvoering, moeten deze functionele zorgnetwerken voldoen?
2. Hoe kan de rijksoverheid bevorderen dat deze zorgnetwerken ontstaan?
3. Aan welke randvoorwaarden dient te zijn voldaan, willen de zorgnetwerken effectief, doelmatig en patiëntgericht zijn?
4. Is aan te geven waar de grenzen liggen tussen respectievelijk thuiszorg en persoonlijke dienstverlening?

1.2 Context van de advisering

Er zijn ontwikkelingen in het denken over de organisatie van de zorgverlening. Het begrip transmuraal staat voor de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. De begrippen 'eerste en tweede lijn' komen voort uit de echelonneringsgedachte. Deze echelonneringsgedachte is voor een belangrijk deel verlaten en vervangen door het gedachtegoed van het zorgcontinuum. Dit betekent dat begrippen zoals eerste en tweede lijn in een andere

Van echelonnering naar zorgcontinuum

context komen en min of meer synoniem worden met extra-respectievelijk intramurale zorgverlening, waarbij het transmurale perspectief als een vanzelfsprekend onderdeel van zorgverlening wordt beschouwd.

De zorgvraag verandert kwantitatief en kwalitatief onder andere door de vergrijzing: er komen meer ouderen, die langer leven, maar ook langer ziek zijn. Mede hierdoor neemt het aantal chronisch zieken en het aantal patiënten met multi-pele gezondheidsproblemen toe. Daarnaast wensen patinten langer in de thuis-situatie te blijven.

Meer chronisch zieken

Als antwoord op de veranderende zorgvraag en ten gevolge van door de overheid geïnitieerde substitutie zijn er veranderingen in het zorgaanbod. Deze leiden tot een verschuiving van intra- naar extramurale zorgverlening. De opnameduur in het ziekenhuis wordt steeds korter, meer behandelingen vinden poliklinisch of in de thuissituatie plaats. Door technologische ontwikkelingen verandert het zorgaanbod. Thuiszorgtechnologie maakt het mogelijk dat behandelingen die vroeger alleen in het ziekenhuis mogelijk waren, nu in de thuissituatie kunnen plaatsvinden.

Thuiszorgtechnologie maakt meer mogelijk

Bovendien is er een tendens het zorgproces meer te rationaliseren. Door budgettering hebben verzekeraars belang gekregen bij het beheersen van de kosten. Daarnaast is het voor hen van belang dat de geleverde zorg van goede kwaliteit is. De beheersing van het zorgproces door protocollering, controle en feedback (managed care) krijgt veel aandacht. Een andere ontwikkeling is disease management. Hierbij gaat het om de aansturing van de zorg aan een welomschreven categorie patinten met een specifieke aandoening, zoals diabetes mellitus of astma, door veelal een derde (belanghebbende) partij, zoals de farmaceutische industrie.

Verdere rationalisering van het zorgproces

Disease management

Een andere ontwikkeling, zowel aan de verzekeraars- als aan de aanbiederszijde is de concentratietendens. Organisaties, zowel intra- als extramuraal: bijvoorbeeld verzorgings-, zieken- en verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, gaan strategische allianties aan of fuseren tot concerns.

Zorgconcerns ontstaan

Door maatschappelijke ontwikkelingen zoals het streven naar normalisatie van de werkduur en de toename van het aantal hulpverleners dat parttime werkt, zijn meer hulpverleners nodig.

Deze ontwikkelingen stellen specifieke eisen aan de inhoud en de

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

organisatie van de zorgverlening om de kwaliteit en de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.

1.3 Functie van het advies in het beleidsproces

Het is van belang dat de beleidsmaatregelen op het terrein van het algemeen ziekenhuis, zoals verwoord in het MDW-rapport *Het Ziekenhuis, een human enterprise*, worden gecombineerd met nieuw beleid voor de eerste lijn en voor de transmurale zorg in de regio. Dit advies moet hieraan een bijdrage leveren.

1.4 Invalshoek, doel en domein van het advies

Dit advies start vanuit problemen die de patiënt op dit moment ervaart met de continuïteit van zorg. Met name de thuiszorg en de huisartsenzorg vormen belangrijke aandachtspunten. Vanuit een richtinggevende visie op de extramurale zorg beoordeelt de Raad een aantal oplossingsrichtingen. In zijn aanbevelingen geeft de Raad aan, hoe de doelen naar zijn mening bereikt kunnen worden qua organisatie, aansturing en bekostiging van de eerste lijn, qua samenwerking met de tweede lijn en qua toedeling van taken en verantwoordelijkheden aan de verschillende zorgaanbieders, opdat een effectieve en efficiënte zorgverlening wordt bereikt.

Richtinggevende visie als basis voor oplossingen

Het advies heeft uitsluitend betrekking op de individuele zorg. Over de openbare gezondheidszorg en de relatie met de individuele zorg wordt separaat geadviseerd.

Het domein van het advies omvat de raakvlakken, in voorzieningen uitgedrukt, tussen:

Het domein van dit advies

- huisartsenzorg,
- paramedische zorg,
- farmaceutische zorg,
- medisch-specialistische zorg en verpleging, verleend zowel in het ziekenhuis als op de polikliniek en in de thuissituatie,
- thuiszorg (zowel verpleegkundige zorg als zelfverzorgende activiteiten (ADL) en mobiliteit en huishoudelijke activiteiten (HDL), exclusief kraamzorg),
- verpleeghuiszorg,
- revalidatiezorg,
- algemeen maatschappelijke zorg.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Dit betekent dat de categoriale zorg voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten in dit advies niet wordt meegenomen. Evenmin zijn de verloskundige zorg en de kraamzorg opgenomen. Deze kunnen als zelfstandig functionerende voorzieningen worden gezien.

Dit advies heeft raakvlakken met de eerder door de Raad uitgebrachte adviezen Farmaceutische zorg, Fysiotherapie en oefen-therapie, Geestelijke Gezondheidszorg in de 21e eeuw, De toekomst van de AWBZ, Met zorg wonen, Prikkels tot doelmatigheid en Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming.

Raakvlakken met andere
RVZ-adviezen

1.5 Opbouw van het advies

Na dit hoofdstuk, waarin de adviesopdracht en context van het advies is beschreven, omvat hoofdstuk 2 de probleemanalyse. Er wordt nagegaan tegen welke problemen patinten aanlopen en wat de oorzaken hiervan zijn. In hoofdstuk 3 geeft de Raad zijn visie over hoe de extramurale zorgverlening er in de verdere toekomst zou moeten uitzien. Mogelijke oplossingsrichtingen om vanuit de huidige problematiek te komen tot de toekomstige wenselijke situatie worden in hoofdstuk 4 besproken. Tot slot worden in hoofdstuk 5 aanbevelingen gegeven.

Dit advies bevat een aantal bijlagen. Bijlage 1 omvat het relevante gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma 1998. Bijlage 2 geeft de samenstelling van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) weer. In bijlage 3 zijn degenen genoemd die dit advies hebben voorbereid. In bijlagen 4 en 5 zijn opgenomen de deelnemerslijsten, respectievelijk de verslagen van een viertal regionale bijeenkomsten die in het kader van dit adviesproject zijn georganiseerd. In bijlage 6 wordt nader ingegaan op het fenomeen van keten- en concernvorming. De afbakening van de thuiszorg ten opzichte van persoonlijke dienstverlening wordt in bijlage 7 besproken. In bijlage 8 is een studie naar de omvang van de groep thuiswonende patinten met complexe zorgvragen, verricht door dr. R.L. Hulsman en dr. A. Kerkstra van het NIVEL, opgenomen.

Ter voorbereiding van dit advies is door prof. dr. C. Spreeuwenberg en mw. drs. D.M.M. Elfahmi de studie *Transmurale zorg: redesign van het zorgproces* verricht. Zij doen daarin een aantal suggesties voor verbetering ervan. De achtergrondstudie

Achtergrondstudie

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

is gelijktijdig met dit advies uitgebracht.

2 Probleemanalyse

2.1 Inleiding

De eerste lijn vervult in Nederland een belangrijke rol. Zij draagt in belangrijke mate bij aan een kwalitatief hoogstaande en doelmatige zorg (Starfield, 1991, 1994). Vergeleken met andere landen presteert de gezondheidszorg in Nederland goed (Schrijvers, 1997). Qua kosten bevindt Nederland zich binnen Europa in de middenmoot, terwijl voor wat de gezondheids-toestand betreft Nederland zich in de hoogste regionen bevindt, afgemeten aan de belangrijkste gezondheidsindicatoren, zoals levensverwachting en zuigelingensterfte (OECD, 1995), (WHO, 1995). Dit is voor een belangrijk deel te danken aan een goede extramurale zorg, zoals die door onder andere huisartsen, wijkverpleegkundigen en verzorgenden wordt verleend.

Eerste lijn belangrijk

De ontwikkelingen, zoals die kort in paragraaf 1.2 zijn beschreven, maken veranderingen evenwel noodzakelijk. Hulpverleners zijn zich hiervan bewust en op vele plaatsen worden reeds allerlei zorgvernieuwingsactiviteiten ontplooid. De kern hierbij is samenwerking, zowel intra- als interdisciplinair en zowel binnen de eerste en de tweede lijn als tussen de eerste en de tweede lijn (transmurale zorg).

Hulpverleners nemen initiatieven voor zorgvernieuwing

2.2 Samenwerking bij complexe zorg

Een groot deel van de problemen waarmee de patiënt zich tot een hulpverlener wendt, zijn van dien aard dat ze door de desbetreffende hulpverlener geheel zelfstandig afgehandeld kunnen worden. Voor de huisarts bedraagt dit circa 90% van de problemen (Lamberts, 1991). In de overige situaties moet de hulp van andere hulpverleners ingeroepen worden. In bijlage 8 is becijferd dat van de 2,8 miljoen patiënten in Nederland (22% van de bevolking) die een chronische aandoening hebben, er circa 322.000 personen zijn die tot de groep van patiënten met complexe zorgvragen behoren. Dit is 2,6% van de bevolking, ofwel 12% van de patiënten met een chronische aandoening.

322.000 patiënten met complexe zorgvragen

Bij extramurale, complexe zorgverlening moeten verschillende hulpverleners met elkaar samenwerken om de patiënt continue en

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

integrale zorg in de thuissituatie te kunnen leveren. Wie met elkaar moet samenwerken en hoe dit moet gebeuren, is afhankelijk van de zorgvraag. In dit advies wordt een onderscheid gemaakt tussen behandelzorg en verpleegkundige zorg. Behandelizorg, zoals dat verleend kan worden door de huisarts en de paramedicus, heeft een incidenteel karakter, maar kan zich wel over een lange periode uitstreken, bijvoorbeeld in het geval van de huisarts die één keer per week langskomt. Verpleegkundige zorg, zoals die verleend kan worden door de verpleegkundige en de ziekenverzorgende, heeft een meer continu karakter. Hierbij wordt ADL-ondersteuning op grond van ziekte-indicatie uitdrukkelijk meegenomen. ADL-ondersteuning betreft hulp bij zelfverzorgende activiteiten: eten, zich baden, zich aankleden, toiletbezoek en continëntie (Meyboom, 1989).

Behandelzorg en verpleegzorg onderscheiden

Zorgprocessen

In de diversiteit van zorgvragen en de daarop aansluitende zorgverlening kan een ordening worden aangebracht door zorgprocessen te onderscheiden. Dit zijn gelijksoortige combinaties van zorgvraag en noodzakelijke zorgverlening. Deze kunnen op hun beurt weer geclusterd worden tot categorieën zorgprocessen. Hierbij zijn verschillende indelingen mogelijk, afhankelijk van het doel. De hier gekozen indeling is vooral ten behoeve van de taakafbakening en regiefunctie van hulpverleners, die in het volgende hoofdstuk (paragrafen 3.4 en 3.5) worden ingevuld.

Doel bepaalt de gekozen indeling van zorgprocessen

In de thuissituatie onderscheidt de Raad een viertal categorieën zorgprocessen op basis van in dit kader relevante aspecten van de zorgvraag, namelijk aard, mate van voorspelbaarheid van de toekomstige zorgvraag en de duur van de zorgbehoefte:

1. Kortdurende zorg, waarbij onderscheid gemaakt kan worden in:
 - a. Kortdurende zorg thuis na ontslag uit het ziekenhuis.
 - b. Incidentele zorg bij instabiliteit/exacerbaties/ontregelingen.
2. Langdurige c.q. chronische zorg, waarbij onderscheid gemaakt kan worden in:
 - a. Chronisch zorg bij een stabiele situatie.
 - b. Gespecialiseerde (hightech) chronische zorg bij een stabiele situatie. Het gaat hierbij om zorg thuis waarbij gespecialiseerde thuiszorgtechnologie vereist is (pijnpompen, thuisdialyse e.d.).(Incidentele) zorg in relatie tot exacerbaties tijdens langdurige c.q. chronische zorg behoort tot categorie 1b.
3. Palliatieve zorg. Hierbij staat het verlichten van de klachten van

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- de patiënt, bijvoorbeeld chronische pijn, centraal.
4. Terminale zorg thuis. Deze zorg wordt als een aparte categorie onderscheiden, omdat de duur van deze vorm van zorg vaak enkele maanden bedraagt en daarmee tussen kort- en langdurend ligt. Tevens omvat deze nagenoeg altijd een grote sociaal-psychische component.
 5. ADL-ondersteuning. Dit is als aparte categorie opgenomen, aangezien het inhoudelijk van een andere aard is. Wel kan het in combinatie met de andere categorieën zorg worden geleverd.

Naast het type zorgproces is ook de complexiteit van belang. Van *complexe* zorg kan worden gesproken als bij de patiënt meerdere zorgproblemen spelen en sprake is van verschillende hulpverleners (extra- en/of intramuraal), die elk met zijn of haar eigen doelstellingen, inzicht en bijdrage, bij de zorg betrokken zijn. Bij de extramuraal zorg betreft het patiënten in de thuissituatie. Complexe zorgverlening vereist samenwerking tussen hulpverleners, bijvoorbeeld in de vorm van een functioneel zorgnetwerk. De doelgroep van dit advies betreft dan ook patiënten met complexe zorgvragen in de thuissituatie.

Patiënten met complexe zorg centraal in dit advies

Als er verschillende hulpverleners bij de zorgverlening aan een patiënt betrokken zijn, betekent dat dat er overgangen zijn c.q. overdrachten van de patiënt van de ene hulpverlener naar de andere. Een dergelijke *transitie* gaat gepaard met het uitwisselen van informatie over de patiënt. Deze informatieoverdracht is nooit perfect en zal altijd tot informatieverlies en 'ruis' leiden, waardoor problemen voor de patiënt kunnen ontstaan. Daarnaast kunnen transities ook leiden tot problemen bij de taakafbakening en de verdeling van de verantwoordelijkheden. De overdracht van een patiënt gaat immers ook gepaard met de overdracht van (een deel van) taken en verantwoordelijkheden.

Transities geven informatieverlies en ruis

Uit de regionale bijeenkomsten, bilaterale gesprekken, rapporten van onder andere de Gehandicaptenraad en een eerder door de Raad uitgebracht advies *Naar een meer vraaggerichte zorg* is een aantal problemen naar voren gekomen die patiënten met complexe zorgvragen in de thuissituatie ondervinden, die gerelateerd zijn aan samenwerking tussen hulpverleners, zoals:

Problemen die patiënten met complexe zorgvragen ondervinden

- problemen met de continuïteit van zorg door veel wisselende hulpverleners,
- onvoldoende bereikbaarheid van hulpverleners,

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- geen duidelijk aanspreekpunt bij problemen.

Naar de mening van de Raad liggen aan deze problemen de volgende oorzaken ten grondslag:

De problemen hebben verschillende oorzaken

- ver doorgevoerde opsplitsing van taken,
- onvoldoende afstemming tussen hulpverleners,
- onvoldoende afstemming tussen organisaties,
- gebrekkige informatievoorziening,
- inflexibele financieringsstructuur.

In de navolgende paragrafen zullen deze oorzaken kort worden toegelicht.

2.3 Ver doorgevoerde opsplitsing van taken

Ver doorgevoerde opsplitsing van taken is een probleem dat met name binnen de thuiszorg speelt. De grote productiviteitsstijging die de thuiszorg, onder dwang van budgettaire krapte, heeft weten te bereiken (in 1996 3,5% bij een toename van het aantal werknemers met 0,5% (LVT, 1998)) heeft haar schaduwzijde. De werkdruk is zeer hoog en de strakke, zeer gedetailleerde werkinstructies laten de hulpverleners weinig vrijheid voor een eigen inbreng. Dit gaat ten koste van de arbeidsatisfactie en met de verwachte krapte op de arbeidsmarkt zullen de problemen verder toenemen.

De geboekte productiviteitswinst in de thuiszorg heeft een schaduwkant

Door de sterke taakdifferentiatie krijgen patinten te maken met veel verschillende en soms te laag gekwalificeerde hulpverleners. In de thuiszorg werken op dit moment 9% verpleegkundigen (5% deskundigheidsniveau 5 en 4% deskundigheidsniveau 4), 3% verzorgenden individuele gezondheidszorg, 49% verzorgenden niveau 2 en 3 en 39% anders opgeleiden (LCVV, 1998).

Een aantal componenten voor een goede zorgverlening is niet als thuiszorgproduct gedefinieerd en wordt daardoor niet vergoed. Voorbeelden hiervan zijn overleg met andere hulpverleners, telefonisch contact of een praatje maken met c.q. luisteren naar clinten en ondersteuning van de mantelzorg. Werktijd die hieraan wordt besteed, betekent inkomstenderving voor de organisatie. Dit leidt tot wrevel bij hulpverleners die hun mogelijkheden om goede zorg te leveren, beperkt zien. Dit komt de doelmatigheid van de zorgverlening niet ten goede en evenmin de arbeidssatisfactie/motivatie van de hulpverleners.

Overleg met andere hulpverleners of met de patiënt wordt niet betaald

2.4 Onvoldoende afstemming tussen hulpverleners

De afstemming van werkzaamheden van verschillende hulpverleners kan worden verbeterd. Dit geldt zowel binnen de extramurale zorg als tussen de intra- en extramurale zorgverlening (transmurale zorgverlening). Zowel per beroepsgroep en ook binnen een beroepsgroep werkt ieder vanuit zijn of haar eigen doelstellingen, referentiekader en domein. Zo zijn de referentiekaders van artsen en verpleegkundigen verschillend, maar ook die van huisartsen en medisch specialisten. Dit kan leiden tot miscommunicatie, misverstanden, langs elkaar heen werken en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden. Voor de patiënt kan dit betekenen dat hij of zij onvoldoende informatie of tegenstrijdige informatie krijgt, niet weet bij wie hij of zij met zijn vragen terecht kan en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Verschillende referentiekaders kunnen leiden tot misverstanden

Bij afstemming van werkzaamheden moet ook worden gedacht aan het tijdig signaleren van problemen bij patiënten. Dit geldt vooral voor patiënten in de thuissituatie die alles niet meer zo goed kunnen volgen, bijvoorbeeld ten gevolge van cognitieve stoornissen of een beginnende dementie. In veel gevallen zal de mantelzorg problemen signaleren, maar als deze niet beschikbaar is, zullen andere hulpverleners deze taak op zich moeten nemen. Het kan hierbij gaan om uiteenlopende problemen, zoals onvoldoende voor zichzelf kunnen zorgen, op onjuiste wijze innemen van de voorgeschreven medicatie of niet signaleren van comorbiditeit.

Wie signaleert als mantelzorg ontbreekt?

2.5 Onvoldoende afstemming tussen organisaties

De planning van activiteiten gebeurt veelal vanuit het perspectief van de eigen organisatie. Binnen de krappe budgetten die hen worden toegemeten, proberen organisaties zo efficiënt mogelijk te werken. Daarbij letten ze vooral op de eigen interne organisatie en houden geen rekening met de ander.

Organisaties worden gedwongen eerst aan zichzelf te denken

Binnen de extramurale zorgverlening is vaak de klacht van huisartsen dat acute thuiszorg niet snel geregeld kan worden. Dit probleem speelt vooral als op vrijdagmiddag acute thuiszorg voor het weekend geregeld moet worden. Het komt voor dat dit niet lukt. De huisarts verwijt dan de

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

thuiszorg dat ze niet flexibel is, terwijl de thuiszorg de huisarts verwijt dat hij of zij de hulpvraag eerder had moeten zien aankomen. Door de krappe bezetting van de thuiszorg kan een hulpverlener niet zomaar uit de strakke planning worden vrijgemaakt, wat door buitenstaanders als star en bureaucratisch wordt gezien. Anderzijds klaagt de thuiszorg dat de huisarts niet altijd bereikbaar en beschikbaar is. Tevens is het verwijt dat samenwerking met de veelal individualistisch ingestelde huisarts op basis van protocollen lastig is.

In de regionale bijeenkomsten die de Raad georganiseerd heeft (zie bijlage 5) en ook in bilaterale gesprekken kwam als pregnant probleem naar voren de samenwerking met de regionale indicatieorganen (RIO's). Zij verstrekken krachtens de wet onafhankelijke indicaties voor zorg. De kritiek van hulpverleners betreft vooral de onafhankelijke indicatiestelling voor kortdurende (thuis)zorg. Deze wordt als bureaucratisch, weinig effectief en belemmerend voor de zorgverlening ervaren. De Raad deelt de kritiek in die zin dat zij de huidige indicatieprocedure te zwaar vindt voor kortdurende zorg.

Indicatieprocedure voor kortdurende thuiszorg is te zwaar

Overigens kan het systeem van onafhankelijke indicatiestelling, zoals dat nu geldt voor het eerste compartiment waartoe de thuiszorg behoort, wel beter zichtbaar maken welke spanning bestaat tussen vraag en aanbod.

2.6 Gebrekkige informatievoorziening

Voor een continue zorgverlening is het noodzakelijk dat de bij de zorg betrokken hulpverleners over de benodigde informatie beschikken. Dit geldt zowel binnen een beroepsgroep als tussen beroepsgroepen.

Informatieuitwisseling binnen beroepsgroepen is vooral van belang bij vervanging. In de praktijk is dit vaak een knelpunt. De patiënt komt bij een waarnemer die de voorgeschiedenis van de patiënt niet kent en niet over het medisch dossier beschikt. Het is voor deze arts in een dergelijke situatie moeilijk de zorgvraag in het juiste perspectief te plaatsen, hetgeen tot foutieve beslissingen (en tuchtzaken) kan leiden.

Waarnemer beschikt vaak over onvoldoende informatie

Niet alleen de informatievoorziening binnen beroepsgroepen, maar

Ook tussen beroepsgroepen moet

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

ook tussen beroepsgroepen, zoals tussen huisarts en medisch specialist en tussen huisarts en thuiszorg, laat te wensen over. Het op elektronische wijze uitwisselen van informatie komt slechts moeizaam op gang, onder andere wegens het ontbreken van een goede communicatie-infrastructuur en standaarden, onder andere voor het elektronisch patiëntendossier.

de informatievoorziening beter

2.7 Financiering

Bij transmurale activiteiten overlappen eerste en tweede compartimentszorg elkaar vaak. Het verschil in bekostiging leidt tot problemen. Zoals in paragraaf 1.2 is beschreven, heeft de overheid substitutie gestimuleerd. Dit heeft onder andere geleid tot een verschuiving van intra- naar extramurale zorgverlening en tot transmurale zorgverlening. De bekostiging c.q. regelgeving is evenwel bij deze ontwikkelingen achtergebleven en belemmert transmurale zorgverlening. Financiering van zorg op projectbasis lukt meestal wel, maar als het project (succesvol) beëindigd is, is het vaak niet mogelijk om de activiteiten op structurele basis te financieren.

Compartimentering leidt tot problemen

Een aantal regelingen moet hierin verbetering brengen. In april 1998 heeft het COTG reeds besloten dat ziekenhuizen die goedkopere alternatieven bedacht hebben voor klinische opnamen, hun budget mogen behouden. Oorspronkelijk gingen ziekenhuizen hierdoor in budget achteruit. Per 1 januari 1999 treedt het Zorgbesluit verstrekking ziekenhuisverplaatste zorg in werking, waardoor voor ziekenhuizen geld beschikbaar komt voor ziekenhuisverplaatste zorg. Daarnaast is het beleid van VWS er op gericht verzekeraars enerzijds financieel meer risicodragend te maken, maar anderzijds meer vrijheid en verantwoordelijkheid te geven voor zorginnovatie en zorgsubstitutie.

De situatie is inmiddels verbeterd

3 Oplossingsrichtingen verkend

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden verschillende oplossingsrichtingen voor de in het vorige hoofdstuk gesignaleerde problemen verkend en beoordeeld. Deze beoordeling vindt plaats vanuit een visie van de Raad voor de extramurale zorgverlening, een visie die in paragraaf 3.2 wordt geschetst.

De adviesvraag, zoals die in paragraaf 1.1 is beschreven, focust op functionele zorgnetwerken. Hierbij werken hulpverleners op voet van gelijkheid met elkaar samen. Een hiërarchische relatie, zoals die bij geïnstitutionaliseerde samenwerkingsverbanden voorkomt, ontbreekt. Een zorgnetwerk wordt in het leven geroepen om te voorzien in de behoeften van patiënten; vandaar de term functioneel zorgnetwerk. In de achtergrondstudie *Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg* bij het RVZ-advies *Openbare gezondheidszorg* (NIZW, 1998) worden twee soorten netwerken onderscheiden: clintgericht en beleidsgericht. Functionele zorgnetwerken zijn duidelijk clintgerichte netwerken.

Zorgnetwerk: geen hiërarchische relatie

Zorgnetwerken zijn echter slechts één bepaalde vorm van samenwerking. In bijlage 6 is nader ingegaan op verschillende samenwerkingsvormen en de specifieke voor- en nadelen.

Er zijn nog andere samenwerkingsvormen

3.2 Visie op de extramurale zorgverlening

Menselijke maat

De uitvoering van de zorg rond de patiënt moet 'een menselijke maat' hebben. Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt en zijn of haar noden centraal staat. De zorg moet niet verleend worden door steeds wisselende 'functionarissen', maar door een beperkt aantal hulpverleners, die voor de patiënt herkenbaar en bereikbaar zijn.

Zorg moet 'menselijke maat' hebben

Zorg kleinschalig uitvoeren

Kleinschalige uitvoering van de extramurale zorgverlening betekent niet automatisch dat de organisatie van de zorg ook kleinschalig moet zijn. Vanuit kwaliteits- en doelmatigheidsoogpunt is het goed wanneer een kleinschalige uitvoering ingebed is in een groter organisatorisch kader. Als organisatorische eenheid ziet de Raad de regio als de meest optimale schaalgrootte. De regio's uit de Wet ziekenhuisvoorzieningen vormen hierbij het uitgangspunt. De grootte van deze regio's varieert sterk, van enkele honderdduizenden tot meer dan 1 miljoen inwoners. Laatstgenoemde omvang blijkt in de praktijk veelal te groot te zijn. Een subregionale aanpak is dan gewenst. De regio Rijnmond in de provincie Zuid-Holland is zo'n grote regio, die in drie subregio's is verdeeld.

Zorg grootschalig organiseren

Op regionaal niveau kunnen verschillende partijen, verzekeraars, aanbieders en patiëntenorganisaties, door afspraken invulling en vorm geven aan zorgverlening. Voorwaarde hiervoor is wel dat

Vertrouwen, mandaat en steun nodig

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

alle partijen goed vertegenwoordigd zijn en het vertrouwen, het mandaat en de steun van hun achterban hebben. om goede afspraken te kunnen maken

Organisatie, taken en functies van hulpverleners baseren op het type zorgproces

De organisatie van het zorgaanbod moet gezien worden in relatie tot de aard en de complexiteit van de zorgvraag. Voor complexe zorgvragen waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn, hangen de passende organisatiestructuur en de taken en de functies van de verschillende hulpverleners af van de aard van de benodigde zorg c.q. van het type zorgproces. Zorgproces bepaalt de organisatiestructuur

3.3 Andere taakverdeling

Meer zelfstandigheid

In paragraaf 2.3 is het probleem van de sterke taakdifferentiatie en arbeidssatisfactie in de thuiszorg genoemd. Door meer verantwoordelijkheid bij de werkvloer te leggen, kan de situatie verbeteren. Een team bestaande uit verplegenden en verzorgenden geeft met een grote mate van zelfstandigheid zelf invulling aan de zorgverlening. De wijkverpleegkundige stuurt dit team inhoudelijk aan, met steekproefsgewijze controle door het management van de thuiszorgorganisatie. Een dergelijk team, dat dicht bij de patiënt staat, kan invulling geven aan het streven naar de 'menselijke maat'. Het kan flexibel inspelen op de zorgvragen. De decentrale planning maakt dat sneller en gemakkelijker ingespeeld kan worden op de (wisselende) zorgbehoefte van de patiënt. De patiënt heeft een duidelijk aanspreekpunt voor de verpleging en de verzorging in de persoon van de wijkverpleegkundige. Wijkverpleegkundige krijgt regie van de care
Aanspreekpunt voor patiënt is duidelijk

Andere taakverdeling

In de achtergrondstudie van Spreeuwenberg, *et al.* worden drie modellen beschreven voor de zorg aan patiënten met veel voorkomende ziekten:

- de huisarts binnen een transmurale setting,
- taakdifferentiatie binnen huisartsgroepen,
- de inzet van praktijk- en transmuraalverpleegkundigen.

Deze modellen zijn gericht op de langdurige c.q. chronische zorg (paragraaf 2.2 onder 2).

Wijkverpleegkundige is de functiebenaming voor een ver-

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

pleegkundige die verankerd is in de thuiszorg en die verantwoordelijk is voor de verpleegkundige zorg in de thuissituatie en deze ook aanstuurt (regie van de care).

Praktijkverpleegkundige is de functiebenaming voor een verpleegkundige die verankerd is in een formeel samenwerkingsverband van een aantal huisartsen en die werkzaamheden verricht die in het verlengde liggen van de huisartsenzorg (behandelzorg).

Transmuraal verpleegkundige is de functiebenaming voor een verpleegkundige die in het ziekenhuis verankerd is en die gespecialiseerde zorg in de thuissituatie levert in het verlengde van de medisch specialist en die als consulent dient voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen (gespecialiseerde behandelzorg).

Voor alle duidelijkheid wordt opgemerkt dat de termen praktijk- en transmuraalverpleegkundigen, alsmede de later te bespreken gespecialiseerde verpleegkundigen, functieaanduidingen en geen beroepsaanduidingen zijn. Het zijn functies die door verpleegkundige beroepsbeoefenaren worden vervuld, maar er is geen directe één op één relatie met het kwalificatiesysteem van het onderwijs.

Verskil beroeps- en functieaanduidingen

In het eerste model vervult de huisarts binnen een transmurale setting de regierol en behandelt de patiënten systematisch en routinematig op basis van evidence based standaarden. Een probleem van deze oplossing is dat deze werkwijze niet altijd

Model 1:
huisarts als regisseur

spooft met de op de hulpvragen van patiënten gebaseerde werkwijze van de huisarts.

Het tweede model is differentiatie binnen een huisartsengroep, waarbij iedere huisarts zich, naast het uitvoeren van zijn of haar generalistische taken, toelegt op enkele aandachtsgebieden. Dit vereist een formeel samenwerkingsverband waarin de partners daadwerkelijk bereid zijn op bepaalde gebieden bijzondere verantwoordelijkheid te dragen en daarop aanspreekbaar zijn. Op dit moment zijn de meeste huisartsen nog niet zover.

Model 2:
taakdifferentiatie huisartsen

Binnen het derde model wordt een aantal taken van de huisartsen door anderen overgenomen, zoals de monitoring bij chronische ziekten. Deze praktijkondersteuning kan de samenhang in de

Model 3:
verpleegkundigen nemen taken over

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

eerstelijnszorg verbeteren en de toegenomen werkdruk van de huisarts ten gevolge van onder meer de extramuralisering en substitutie verlichten. Deze praktijkondersteuning kan plaatsvinden door een praktijkverpleegkundige of een speciaal opgeleide medisch assistent(e). Via protocollen wordt vastgelegd welke beslissingen door de praktijkverpleegkundige en/of medisch assistent(e) zelf mogen worden genomen en voor welke de huisarts moet worden geraadpleegd.

Tevens komt in het derde model de transmuraalverpleegkundige in beeld, namelijk bij die zorgprocessen waar gespecialiseerde (hightech) zorg geleverd moet worden. Dit kan het geval zijn bij kortdurende zorg na ontslag uit het ziekenhuis, bij incidentele zorg bij instabiliteit/exacerbaties/ontregelingen en bij gespecialiseerde chronische verpleegkundige zorg bij een stabiele situatie. Zij kunnen als consultants dienen voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen. Om hun kennis en ervaring op peil te kunnen houden, moeten zij verankerd zijn in het ziekenhuis. Goede contacten met medisch specialisten in het ziekenhuis zijn essentieel.

Transmuraalverpleegkundige:
specialistische zorg

Zoals in de achtergrondstudie is beschreven, kan de inzet van praktijk- en transmuraalverpleegkundigen bijdragen aan een efficiënte en effectieve zorgverlening aan chronische patiënten. Vooral de transmuraalverpleegkundigen kunnen een rol spelen in de verbetering van de communicatie en informatieoverdracht bij transitie van de patiënt van intra- naar extramuraal. De exacte taken, functies en verantwoordelijkheden van praktijk- en transmuraalverpleegkundigen in een bepaald zorgproces moeten in overleg met de andere betrokken hulpverleners worden vastgesteld.

Naast een heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden van de praktijk- en transmuraalverpleegkundige ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de (huis)arts, is eveneens een heldere afbakening van taken ten opzichte van de wijkverpleegkundige noodzakelijk. De taken van zowel de praktijk- als transmuraalverpleegkundige liggen vooral op het terrein van de behandelingen. Die van de praktijkverpleegkundige liggen in het verlengde van de huisartsenzorg en die van de transmuraalverpleegkundige in het verlengde van de medisch specialistische zorg. De taken van de wijkverpleegkundige liggen vooral op het terrein van de verpleegkundige zorg. Er zullen in de praktijk echter altijd enkele grensgevallen zijn. Hiervoor zullen in goed overleg afspraken

Praktijkverpleegkundige:
huisartsenzorg

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

moeten worden opgesteld.

Zoals gesteld, liggen de taken van de wijkverpleegkundige op het terrein van de verpleegkundige zorg. Hij of zij is degene die de verpleging en verzorging in de thuissituatie coördineert en bewaakt (regie van de care).

Wijkverpleegkundige:
regie van de care

Naast de praktijk-, wijk- en transmuraalverpleegkundigen is er de groep van gespecialiseerde wijkverpleegkundigen. Laatstgenoemden zijn extramuraal werkende verpleegkundigen die zich, los van het ziekenhuis, gespecialiseerd hebben in een bepaalde taak of aandoening. Het is vanuit het oogpunt van een adequate transmurale zorgverlening noodzakelijk dat deze verpleegkundigen op den duur ook een verankering in het ziekenhuis krijgen. Daar immers is de voor hun taakuitoefening noodzakelijke medisch-specialistische kennis aanwezig. Alleen door een goede klinische inbedding zijn zij in staat kennis te nemen van en ervaring op te doen met nieuwe inzichten en behandelingsmethoden.

Gespecialiseerde wijkverpleegkundige: in het ziekenhuis verankeren

3.4 Afstemming tussen hulpverleners

Richtlijnen

Richtlijnen zijn een belangrijk instrument bij de afstemming van werkzaamheden van hulpverleners die bij de zorgverlening aan de patiënt betrokken zijn. Dit geldt zowel binnen de extramurale zorgverlening als tussen de intra- en extramurale zorgverlening (transmurale protocollen en richtlijnen). Opstellers van richtlijnen moeten rekening houden met de kosten van de zorgverlening en de beschikbare budgetten. Op deze wijze kunnen ze een belangrijke bijdrage leveren aan de beheersing van extramurale kosten, zoals farmaceutische en paramedische zorg. In het advies Farmaceutische zorg heeft de Raad reeds het belang van farmacotherapeutisch transmuraal overleg aangegeven (FTTO) (RVZ, 1998).

Rekening houden met kosten

De ontwikkeling van transmurale richtlijnen en het maken van transmurale afspraken en deze vervolgens in standaarden en protocollen opnemen is van groot belang. Deze richtlijnen moeten multidisciplinair zijn, met inbreng van verpleegkundigen, medici en paramedici. De NHG-standaarden en CBO-consensus vormen hiervoor een goed startpunt.

Naast ontwikkeling verdient de implementatie van transmurale

Implementatie van protocollen

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

richtlijnen en het maken van transmurale afspraken, zowel intra- als extramuraal, extra aandacht. Voorbeeld is de nieuwe NHG-standaard voor diabetes mellitus type II. Landelijk ontwikkelde richtlijnen moeten regionaal gecomplementeerd worden.

belangrijk

Het is belangrijk dat samenwerking en zorgvernieuwing door de regionale implementatie van richtlijnen wordt ondersteund. Hulpverleners zijn van goede wil, maar het is veelal 'liefdewerk oud papier'. Het is noodzakelijk dergelijke activiteiten te ondersteunen. Hierbij moet niet alleen worden gedacht aan financiële ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van reis- en vakantievergoeding, maar ook aan facilitaire ondersteuning, zoals het bieden van vergaderfaciliteiten en secretariële ondersteuning. Het is aan organisaties van zorgaanbieders en verzekeraars in een regio om op dit terrein initiatieven te nemen. In bijvoorbeeld de regio Zwolle heeft dit geresulteerd in het Medisch Coördinatie Centrum (MCC) Klik, dat erop gericht is de samenwerking tussen verschillende zorgverleners in de eerste en de tweede lijn te bevorderen.

Ondersteuning is nodig

Richtlijnen zijn evenwel niet voldoende, zeker niet bij patiënten met complexe zorgvragen, op wie veelal meerdere richtlijnen van toepassing zijn. De verschillende hulpverleners moeten meer bekend worden met elkaars werk en referentiekaders. Er zijn allerlei andere manieren denkbaar om dit te bevorderen. Gedacht kan worden aan gezamenlijke spreekuren van huisarts en specialist en gezamenlijk huisbezoek van huisarts en wijkverpleegkundige. De inrichting en organisatie van de zorgverlening moet dit mogelijk maken. In de volgende paragraaf wordt daar uitgebreid op ingegaan. Daarnaast is het belangrijk dat in opleiding en nascholing meer aandacht wordt besteed aan samenwerking.

Gezamenlijke spreekuren huisarts-specialist

Disease management

Vanuit kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen moet de zorg aan patiënten met bepaalde aandoeningen op programmatische wijze op basis van richtlijnen plaatsvinden. Voor deelname aan een programma zijn heldere criteria nodig. De programma's bestrijken het gehele traject van medische behandeling inclusief preventie, voorlichting, begeleiding, revalidatie en integratie. Landelijke richtlijnen vormen een richtsnoer voor de regionale invulling van het zorgaanbod op basis van afspraken tussen zorgaanbieders, inclusief verpleegkundige afspraken, patiëntenvertegenwoordigers en zorgverzekeraars. Dit kan gezien worden als een vorm van disease management, waarbij de eindverantwoor-

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

delijkheid van de zorg aan de individuele patiënt in handen blijft van de hulpverlener.

Eindverantwoordelijkheid bij hulpverlener

Afstemming werkzaamheden huisartsen

De individuele huisarts kan niet 24 uur per dag, zeven dagen in de week zorg verlenen. Samenwerking met collegae is noodzakelijk, maar de huisartsen moeten vrij zijn in de keuze van de vorm waarin dit plaatsvindt, bijvoorbeeld in de vorm van een hagro, HOED of gezondheidscentrum. Ook moeten ze zelf kunnen kiezen met welke collega's men samenwerkt. Gedwongen samenwerking tussen mensen die het niet goed met elkaar kunnen vinden, is gedoemd te mislukken. Als men samenwerkt, is wel van groot belang dat het *formele* samenwerkingsverbanden zijn, bijvoorbeeld in de vorm van teams of coöperaties, waarmee andere partijen in de zorg sluitende afspraken kunnen maken. Dit kan door versterking van het districtsniveau van de huisartsen worden ondersteund.

Huisartsen moeten formele samenwerkingsverbanden aangaan

De overheid en verzekeraars dienen formele samenwerkingsverbanden te stimuleren. Zoals in het regeerakkoord is voorgesteld, kan dit door samenwerking te koppelen aan de vergoeding voor praktijkverpleegkundigen en praktijkassistentie.

Als huisartsen onder één dak willen gaan werken, vormen de investeringen die in de bestaande praktijkruimtes zijn gedaan, vaak een drempel. De overheid dient in overleg met betrokken partijen voor deze onroerendgoedproblematiek een aanvaardbare oplossing te vinden.

Compensatie voor gedane investeringen noodzakelijk

Een zekere mate van functiedifferentiatie binnen een groep van samenwerkende huisartsen kan de kwaliteit van zorg en de arbeidssatisfactie verhogen. Dit mag evenwel niet ten koste gaan van de generalistische functie van de huisarts: de huisarts is een generalist en moet dit blijven!

Huisarts moet generalist blijven

Regiefunctie

In situaties waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn en met name bij complexe zorgverlening is een regisseur nodig. Hierover moeten goede afspraken worden gemaakt. Het type zorgproces vormt hiervoor een aanknopingspunt. Bij kortdurende zorg thuis, na ontslag uit het ziekenhuis, zal de transmuraalverpleegkundige in eerste instantie in aanmerking komen. Bij incidentele zorg bij instabiliteit/exacerbaties/ontregelingen in de thuissituatie is dit de huisarts. De wijkverpleegkundige is bij chronische zorg bij een

Type zorgproces bepaalt wie de regie voert

stabiele situatie de meest aangewezen persoon, terwijl dit bij gespecialiseerde chronische zorg de transmuraalverpleegkundige is. Bij palliatieve zorg komt, afhankelijk van de situatie, zowel de huisarts als (wijk)verpleegkundige in aanmerking. De regie van terminale zorg kan het beste in handen van de huisarts liggen, met name omdat daarbij de medicamenteuze behandeling van pijn en andere symptomen een belangrijke rol speelt.

3.5 Afstemming tussen organisaties

In de voorgaande paragraaf is een aantal oplossingsrichtingen voor de samenwerking tussen hulpverleners aangegeven. Om dit mogelijk te maken, moeten de organisaties waarvan de verschillende hulpverleners deel uit maken eveneens met elkaar samenwerken en afspraken maken. Zoals in paragraaf 3.2 is opgemerkt, ziet de Raad de regio als meest optimale schaalgrootte voor dit organisatorische kader. De samenwerking op (sub)regioniveau kan variëren van niet-geïstitutionaliseerde samenwerkingsverbanden in de vorm van een (bestuurlijk) netwerk tot geïstitutionaliseerde samenwerking in de vorm van fusies en concernvorming. Het is aan partijen om de bij hen passende samenwerkingsvorm te kiezen. In bijlage 6 is dit nader uitgewerkt.

Organiseren van de samenwerking op (sub-)regioniveau

Voor de uitvoering van de zorg is de (sub)regioschaal evenwel te groot om kleinschalig en klantgericht zorg te kunnen verlenen. Kleinere samenwerkingsverbanden in de vorm van (clintgerichte) netwerken op lokaal niveau zijn nodig om hierin te voorzien.

Zorgverlening kleinschalig uitvoeren

Het wijkzorgnetwerk

Het samenwerkingsverband op lokaal niveau kan in de vorm van een *wijkzorgnetwerk* gestalte krijgen. Binnen deze samenwerkingsvorm zijn de wijkverpleegkundigen (weer) letterlijk *wijkverpleegkundigen*, dus verpleegkundigen die extramuraal binnen een bepaald geografisch gebied werken. Wijkverpleegkundigen zijn hierbij in een beperkt aantal wijkteams georganiseerd. Zij dragen de verantwoordelijkheid voor de verpleegkundige zorg, terwijl een beperkt aantal huisartsgroepen in dezelfde wijk de verantwoordelijkheid voor de behandلزorg draagt. Tezamen met paramedici geven zij invulling aan de zorgbehoefte van een geografisch omschreven populatie, hier gemakshalve aangeduid met de term wijk.

Hulpverleners stemmen werkgebieden op elkaar af

De wijk is het werkgebied

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Als de verschillende (organisaties van) extramurale hulpverleners, huisarts, thuiszorg en paramedici, hun geografische werkgebieden op elkaar afstemmen en daarbij de wijk als verzorgingsgebied nemen, dan betekent dit dat een beperkt aantal hulpverleners zorg draagt voor een integrale en continue zorgverlening. De hulpverleners zijn daardoor herkenbaar en aanspreekbaar voor de patiënt.

Patiënt krijgt duidelijke aanspreekpunten voor hulp

Hoe groot moet een wijk zijn?

De essentie van het wijkzorgnetwerk is dat de schaal zo klein is dat de verschillende hulpverleners elkaar kennen en weten wat ze aan elkaar hebben. Anderzijds moet de schaal zo groot zijn dat integrale en continue zorg geleverd kan worden en dat de patiënt voldoende keuzevrijheid heeft. Het gaat om het zoeken naar de optimale schaalgrootte waarin werkzaamheden klantgericht gepland en op elkaar afgestemd kunnen worden. Deze optimale grootte zal afhankelijk zijn van de lokale situatie en verschillen voor een (grote) stad of het platteland. Dit betekent dat slechts een indicatie gegeven kan worden.

Grootte van de wijk is afhankelijk van de lokale situatie

Gedacht wordt aan twee groepen van maximaal 20 personen, dus zo'n 15 - 20 huisartsen en 15 - 20 wijkverpleegkundigen in een wijk. Een dergelijke grootte is nog net niet te groot om elkaar persoonlijk te kennen, maar voldoende groot voor een continue zorgverlening en goede waarneming. Tevens biedt deze grootte de patiënt voldoende keuzevrijheid.

De getallen zijn daarom indicatief

Bij een praktijkgrootte per hulpverlener van circa 2.000 patiënten betekent dit een wijkgrootte van circa 30.000 - 40.000 inwoners. Ervan uitgaande dat huisartsen gemiddeld in groepen van vier à zes samenwerken, dan betekent dit drie à vier hagro's per wijk.

Wellicht ten overvloede wordt er nogmaals op gewezen dat voorgaande getallen slechts een globale indicatie geven en dat de omvang van een wijk, het aantal inwoners en de vorm van het wijkzorgnetwerk van plaats tot plaats sterk zullen verschillen. Het maakt een groot verschil of het gaat om een stad of het platteland. Op het platteland is het zeer denkbaar dat 'de optimale wijk' bestaat uit een gebied met slechts 8.000 inwoners, één hagro met vier huisartsen en een overeenkomstige groep wijkverpleegkundigen. Ook in steden kan het door lokale omstandigheden wenselijk zijn de wijken groter of kleiner te kiezen. De essentie en kracht van het wijkzorgnetwerk is niet de omvang, maar dat

Essentie: afstemming van werk-

extramurale hulpverleners hun werkgebieden op elkaar afstemmen.

gebieden

Transmurale zorg en het wijkzorgnetwerk

Terwijl voor een ziekenhuis een schaalgrootte en adherentiegebied ter grootte van een (sub)regio noodzakelijk is om doelmatig zorg van voldoende kwaliteit te kunnen leveren, kan het adherentiegebied van verzorgings- en verpleeghuizen veel kleiner zijn. De wijk met zo'n 30.000 - 40.000 inwoners is een geschikte schaal. Als de huisartsenzorg, thuiszorg en verpleeghuiszorg op dezelfde schaal, binnen een wijk georganiseerd worden, biedt dit een goede basis voor een continue transmurale zorgverlening aan de patiënt. In Almere wordt hieraan reeds gewerkt. Dit kan aangevuld worden met wijkvoorzieningen, bijvoorbeeld in de vorm van specialistische hulp die in samenwerking met ziekenhuis en hagro's wordt geleverd. Een reconvalescentieafdeling in het verpleeghuis in de wijk biedt de mogelijkheid om patiënten dichter bij huis te laten herstellen. Ook zou een aantal bedden beschikbaar gesteld kunnen worden voor huisartsen in de wijk voor crisisopvang. Een voorbeeld van transmurale samenwerking tussen ziekenhuis en huisarts is het project in Velsen.

Verzorgings- en verpleeghuizen ook onderdeel van het wijkzorgnetwerk maken

In Almere wordt het principe van het wijkzorgnetwerk reeds in de praktijk gebracht. Daar functioneren samengestelde teams als selfsupporting zorgeenheid in een stadsdeel vanuit een zorgcentrum. Dit zorgcentrum nieuwe stijl biedt een integraal zorgaanbod, dat zowel verzorgings-, verpleeghuis en thuiszorg omvat alsmede een dienstencentrum. In de nieuw te bouwen zorgcentra wordt ook de eerstelijnszorg in de vorm van gezondheidscentra opgenomen. Ook zullen gedurende 24 uur per dag en zeven dagen per week tijdelijke zorgvormen beschikbaar zijn, bijvoorbeeld voor crisisopvang en dienstverlening zijn.

In Velsen is in 1996 een samenwerkingsproject gestart tussen het Kennemer Gasthuis en de Regionale Huisartsenvereniging Velsen. Het Kennemer Gasthuis heeft drie lokaties, twee in Haarlem en één in Velsen. In mei 1996 werden de klinische activiteiten, behoudens de PAAZ, op de lokatie in Velsen, het Zeewegziekenhuis met 220 bedden beëindigd. Dit bood de mogelijkheid te experimenteren met verregaande vormen van samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Dit heeft geresulteerd in drie onderdelen: de huisartsenpost/EHBO, de huisartsenkliniek en de somatische zorg voor de PAAZ.

De huisartsenpost/EHBO biedt de gehele acute huisartsenhulp buiten kantooruren en een deel van de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. 60% tot 70% van de aanmeldingen kan door de dienstdoende huisarts en de verpleegkundige zelf worden afgehandeld (Peters, 1996). De overige worden doorverwezen naar één van de Haarlemse lokaties.

De huisartsenkliniek is een klinische afdeling die functioneert onder medische verantwoordelijkheid van huisartsen. Het biedt dagverpleging voor kleine ingrepen (die overigens door een medisch specialist worden verricht) en reconvalescentie na uitgebreidere ingrepen elders. Tevens beschikt het over 'huisartsenbedden' waar de huisarts patiënten met relatief eenvoudige problemen die evenwel een ziekenhuisopname vereisen, kan opnemen en behandelen, en bedden voor klinische patiënten die wachten op een plaats in het ziekenhuis.

De huisartsen bieden eveneens de somatische, algemeen medische, zorg voor de opgenomen psychiatrische patiënten in het PAAZ.

Ketenzorg en het wijkzorgnetwerk

Ketenzorg is in bijlage 6 gedefinieerd als een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen, gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd. Het is een fenomeen dat sterk in ontwikkeling is. Voor patiëntencategorieën waarbij het zorgproces goed voorspelbaar is, is ketenzorg een adequaat antwoord op de hulpbehoefte. Enkele voorbeelden zijn patiënten die een kunstheupgewricht geïmplantiseerd krijgen en patiënten met een CVA. Een organisatorische voorwaarde voor het goed functioneren van ketenzorg is een goed verticaal samenwerkingsverband in een regio. De verantwoordelijkheid en regie kan, afhankelijk van de aard van het zorgproces c.q. de patiëntencategorie bij de eerste of bij de tweede lijn liggen. Bij een aantal zorgprocessen zal het

Ketenzorg voor goed voorspelbare zorgprocessen

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

ziekenhuis de regie voeren en is sprake van ziekenhuisverplaatste zorg. In een aantal gevallen zou de regie bij het verpleeghuis kunnen liggen, terwijl bij weer andere zorgprocessen dit meer bij de eerste lijn ligt en het ziekenhuis of verpleeghuis meer ondersteunend is (consultatiefunctie). Wijkzorgnetwerken, zeker als daar ook verzorgings- en verpleeghuizen deel van uit maken, kunnen een belangrijk onderdeel vormen van een dergelijk samenwerkingsverband.

Regie afhankelijk van type zorgproces

De wijk als verbindingsschakel tussen curatieve en openbare gezondheidszorg

De wijk als uitvoeringsschaal wordt ook op andere terreinen nagestreefd. Zo kan worden gewezen op de recente publicatie van de Vereniging Nederlandse Gemeenten *Gezond in de wijk*, waarin gepleit wordt voor wijkgericht werken aan vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen (VNG, 1998).

Openbare gezondheidszorg ook wijkgericht organiseren

Tussen de curatieve en de openbare gezondheidszorg bevinden zich allerlei raakvlakken, bijvoorbeeld preventieve taken die de huisarts uitvoert, zoals de griepvaccinatie. Door ook voor andere zorgterreinen, zoals de openbare gezondheidszorg, aan te sluiten bij de wijk als uitvoeringseenheid kan een betere onderlinge samenwerking tot stand gebracht worden.

Bestuurlijke inbedding

Er zijn verschillende mogelijkheden om het wijkzorgnetwerk bestuurlijk in te bedden, bijvoorbeeld in een wettelijk kader, in de vorm van meerjarenafspraken, in een sectoraal beleidskader en in de vorm van een regiovisie of een combinatie daarvan.

Het wijkzorgnetwerk past goed bij een bestuurlijke inbedding in de vorm van een regiovisie. In de regiovisie leggen de gezamenlijke partijen in de regio op hoofdlijnen vast hoe men de zorg wil vormgeven en hoe men dat wil bereiken. Belangrijk op dit niveau is dat de partijen de regio als een verantwoordelijkheidsgebied willen beschouwen. Zij moeten zich gezamenlijk verantwoordelijk verklaren voor de noodzakelijke zorg aan inwoners in het omschreven gebied. Daarnaast moeten partijen de voordelen van het wijkzorgnetwerk inzien en bereid zijn de wijk als uitvoeringseenheid te nemen. De provincie kan hierbij een belangrijke rol spelen. Als verantwoordelijke voor de regiovisie voor AWBZ-voorzieningen zou zij het voortouw kunnen nemen om de wijk een plaats hierin te geven.

Regiovisie is belangrijk

Provincie moet voortouw nemen

Het succes van het wijkzorgnetwerk is afhankelijk van de bereidheid van partijen om zich hiervoor in te zetten en verantwoordelijk en aanspreekbaar te zijn op afgesproken taken. In het verleden zijn verschillende pogingen gedaan om lokale samenwerking van de grond te krijgen, zoals home teams en gezondheidscentra, met wisselend succes. Onder andere door ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgaanbod zoals die in paragraaf 1.2 zijn geschetst, dringt het besef sterker door dat samenwerking noodzakelijk is voor een effectieve en efficiënte zorgverlening. Activiteiten worden ondernomen op bestuurlijk en organisatorisch gebied, om dit beter mogelijk te maken.

VWS stimuleert een regionale ordening en aansturing van het zorgaanbod. Hierbij is voor verzekeraars een belangrijke rol weggelegd. Eén verzekeraar per regio sluit contracten af met zorgaanbieders en maakt daarin afspraken over de omvang, de kwaliteit en de organisatie van de zorg en de daaraan verbonden kosten. Deze contracten passen in een landelijk en regionaal kader, waarbij het landelijk kader ingevuld wordt door zorgvisies en het regionale kader door de hiervoor genoemde regiovisies. Deze aanpak biedt goede mogelijkheden om het wijkzorgnetwerk gestalte te geven.

Medewerking partijen cruciaal

Een voorbeeld van ontwikkelingen op bestuurlijk en organisatorisch gebied is het voornemen van de KNMG om te komen tot een federatiestructuur met 23 districten nieuwe stijl. De regionale federatieve samenwerkingsverbanden van medische disciplines, zowel binnen als tussen echelons, moeten onder andere als aanspreekpunten binnen regio's voor andere partijen gaan fungeren. Tevens zullen de nieuwe KNMG-districten in meer inhoudelijk opzicht coördinatieplaatsen voor zorgvernieuwing gaan vormen.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Financiële prikkels

De overheid kan door financiële prikkels de ontwikkeling van wijkzorgnetwerken stimuleren. Dit kan door aan de regiovisie een uitvoeringscontract te koppelen, waarin voor de specifieke regio de overeengekomen stappen in de vorm van meerjarige prestatieafspraken worden vastgelegd. Deze prestatieafspraken zouden het volgende moeten omvatten:

Resultaatgerichte meerjarenafspraken maken

- Aanwijzen van de wijken in de regio, waar binnen een gestelde termijn het wijkzorgnetwerk zal worden ontwikkeld. Hierbij worden stimuleringsprikkels afgesproken, bijvoorbeeld hagro's krijgen extra ondersteuning wanneer ze een formeel samenwerkingsverband aangaan dat actief participeert in de ontwikkeling van het wijkzorgnetwerk. Ook thuiszorgorganisaties worden beloond als ze de uitvoering van de zorg conform het 'wijkzorgnetwerkmodel' organiseren.
- Te bereiken doelen, bijvoorbeeld dat binnen vier jaar voor de belangrijkste tien chronische aandoeningen/ziekten richtlijnen en werkafspraken zijn geïmplementeerd.
- Partijen spreken af dat voor patiënten met complexe hulpvragen, die niet binnen de standaardrichtlijnen passen, netwerkontwikkeling wordt gestimuleerd en gerealiseerd. Na 3 jaar volgt evaluatieonderzoek en effectmeting.
- De wijze waarop prestaties aantoonbaar vastgesteld kunnen worden. Het gaat hierbij niet alleen om inspanningsverplichtingen, maar ook om het realiseren van gewenste en afgesproken uitkomsten (resultaatgerichte afspraken).

Onafhankelijke indicatiestelling

Een oplossing voor het in paragraaf 2.5 genoemde probleem van de onafhankelijke indicatiestelling door het RIO is het beperken hiervan tot het indiceren van mensen die voor de rest van hun leven van een bepaalde voorziening afhankelijk zijn: permanent verplegingsbehoefte in verpleeg- of verzorgingshuis en langdurige thuiszorg. Voor de kortdurende zorg zou de indicatiestelling vooraf vervangen moeten worden door steekproefsgewijze controle en toetsing achteraf.

Taken RIO beperken tot indiceren voor langdurige zorg

Indicatiestelling vooraf en toetsing achteraf kan effectief worden gemaakt door het gebruik van gemeenschappelijke registratiestandaarden voor indicatiestelling en zorguitvoering. Goede rapportage vanuit het zorgproces kan als basis voor herhaalde indicatie dienen. Zo krijgt indicatiestelling een natuurlijke plaats in het zorgcircuit: een evaluatiemoment, toets van het aanbod en schakel tussen verschillende zorgepisodes.

3.6 Gebrekkige informatievoorziening

Van uitermate groot belang is het verbeteren van de kwaliteit van transitie door een goede informatieuitwisseling tussen de bij de zorg aan de patiënt betrokken hulpverleners. Een elektronisch patiëntendossier (EPD) is hiervoor een vereiste. Daarnaast is een snelle en goede elektronische gegevensuitwisseling van groot belang, niet alleen tussen hulpverleners onderling, maar ook tussen hulpverleners en bijvoorbeeld regionale indicatieorganen.

EPD is noodzaak voor goede informatieuitwisseling

In oktober 1996 heeft de Raad het advies Informatietechnologie in de zorg uitgebracht waarin aan het EPD een centrale rol wordt toebedeeld. Helaas is in de afgelopen periode weinig actie door partijen ondernomen. Het is verheugend te constateren dat het recente regeerakkoord meldt dat de ontwikkeling van elektronische communicatie en het elektronisch patiëntendossier in de zorgsector zal worden geventiveerd. Zorgonderzoek Nederland (ZON) heeft het onderwerp op zijn programma staan. Het is belangrijk dat de overheid aanzetten geeft en stimuleert, zodat het EPD daadwerkelijk gecomplementeerd wordt en elektronische communicatie tussen partijen (huisarts, specialist, verpleegkundige, paramedicus) wordt gerealiseerd.

Naast de 'technische' obstakels moet ook aandacht worden besteed aan voorwaarden voor communicatie tussen hulpverleners zelf en tussen verschillende sectoren. Daarvoor zijn richtlijnen als voorwaarde belangrijk: wie informeert wie en wanneer? Welke gegevens moeten gecommuniceerd worden? Snelle communicatie, bijvoorbeeld bij opname in en ontslag uit een ziekenhuis is nodig. Bij chronische patiënten, gehandicapten en ouderdomsproblematiek is regionaal een gemeenschappelijk registratiekader voor zorgvraagontwikkeling en langdurige zorg nodig. Veelbelovende aanzetten voor intersectorale ICIDH-geïntegreerde, multidisciplinaire zorgdossiers zijn reeds gedaan binnen de zorgsector. Verbreding en verdieping via bijvoorbeeld het ZON-

Aandacht voor communicatie in protocollen

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

programma verdienen alle steun.

3.7 Financiering

Schotten in de financiering

In het veld zijn in de vorm van transmurale projecten op basis van projectfinanciering allerlei initiatieven ontstaan om de zorgverlening intra- en extramuraal beter op elkaar te laten aansluiten. Het is met name een probleem om succesvolle projecten in reguliere zorg te implementeren. Hierbij stuit men op het probleem van schotten in de financiering, met name het schot tussen het eerste en het tweede compartiment.

Implementatie van projecten in reguliere zorg is een probleem

Er zijn verschillende oplossingen denkbaar voor de schottenproblematiek. De meest radicale is het schot tussen het eerste en het tweede compartiment te verwijderen, dus het opheffen van de compartimentering. Aangezien deze oplossing politiek niet wordt overwogen, wordt deze hier niet verder uitgewerkt. Een tweede oplossing, waarmee de overheid reeds experimenteert, is de wettelijke compartimentering te laten bestaan, maar in de praktijk de gelden bij elkaar te voegen en als lumpsum in de vorm van regionale budgetten op basis van meerjarenafspraken te verstrekken. Dit is de flexibilisering zoals die in het regeerakkoord wordt voorgestaan. Dit moet evenwel niet op basis van historische gegevens plaatsvinden (historische budgettering), omdat dan een premie wordt gegeven voor ondoelmatig werken in het verleden, maar op basis van goede parameters. Een probleem van lumpsumbekostiging is dat het zicht afneemt op de besteding van gelden, met name op macroniveau, en dat het gevaar van afwenteling van tweede naar eerste compartiment wordt vergroot.

Eerste oplossing:
opheffen compartimentering

Tweede oplossing:
regionale budgetten

Een dergelijk financieringssysteem op basis van regionale budgetten sluit aan bij de ontwikkeling dat organisaties en instellingen uit de verschillende compartimenten, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg formele samenwerkingsverbanden aangaan (keten- of concernvorming). Zulke samenwerkingsverbanden bieden een goede basis voor continue en integrale zorgverlening en de aanpak van de verkeerde bedproblematiek. Deze ontwikkeling heeft door het ontstaan van monopolies evenwel ook gevaren.

Een derde oplossing is de schotten niet dwars op, maar parallel met de zorgprocessen te laten verlopen. Dit vereist een systeem

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

van producttypering en het definiëren van adequate zorgproducten of zorgprogramma's die in het eerste of tweede compartiment worden ingedeeld. Dit is geen gemakkelijke opgave. De financiering wordt gekoppeld aan zorgproducten, onafhankelijk van de plaats waar en degene door wie de zorg geleverd wordt. Een risico van deze oplossing is dat het succes van de zorgproducten niet gaat afhangen van de inhoudelijke overwegingen, maar van de mate waarin ze passen in het totale strategische en financiële beleid van aanbieders.

Derde oplossing:
zorgproducten definiëren die in eerste of tweede compartiment worden ingedeeld

Een variant is die waarbij de aan de curatieve zorg gelieerde zorgverlening in de thuissituatie wordt ondergebracht in het tweede compartiment (verbeterde 'knip'). In de volgende alinea's komt dit nader aan de orde.

Grens tussen thuiszorg en persoonlijke dienstverlening

De vierde beleidsvraag, zoals genoemd in paragraaf 1.1, luidt: "Is aan te geven waar de grenzen liggen tussen respectievelijk thuiszorg en persoonlijke dienstverlening?". Doel van het onderscheid is te komen tot een domeinafbakening: wat behoort wel en niet tot de gezondheidszorg en daarmee al of niet tot het daarvoor bestemde budget. Met nadruk wordt erop gewezen dat de domeindiscussie uitsluitend betrekking heeft op de financiering en niet op de wijze waarop de zorg wordt aangeboden.

Domeinafbakening gezondheidszorg met oog op financiering

Het analytisch kader voor de beantwoording van de vierde beleidsvraag wordt gevormd door de redeneringen en opvattingen die de Raad heeft neergelegd in een aantal voorgaande adviezen, namelijk Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting en deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting, Thuis in de GGZ, De toekomst van de AWBZ en Medische hulpmiddelen.

In het advies Met zorg wonen, deel 1 legt de Raad de scheiding tussen gezondheidszorg en persoonlijke dienstverlening tussen verpleging en verzorging. In bijlage 7, pagina 101, van dit advies wordt een nadere invulling van de activiteiten die de Raad tot het terrein van de dienstverlening rekent, genoemd:

- trainen/reactiveren;
- begeleiding bij uiteenlopende activiteiten op verschillende levensterreinen: boodschappen doen, gedrag, communicatie, huishouden voeren, recreatieve activiteiten etc.;

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- geheel of gedeeltelijk overnemen van taken zoals: hulp bij aan- en uitkleden, koken, eten, wassen, stofzuigen, bed opmaken etc. (zelfverzorgende activiteiten (ADL) en huishoudelijke activiteiten (HDL) van het dagelijks leven: care in engere zin).

In het advies Met zorg wonen, deel 2, bijlage 5, pagina 85, wordt een uitzondering aangebracht voor wat betreft ADL-assistentie (hulp bij het aan- en uitkleden, wassen, eten): Indien de ADL-assistentie rechtstreeks in het verlengde ligt van andere verpleegkundige en (para)medische activiteiten en daar als het ware uitvoeringsvoorwaarde van is, dan rekent de Raad dit tot de gezondheidszorg. ADL-assistentie als een op zichzelf staande activiteit wordt tot dienstverlening gerekend.

ADL-assistentie bij ziekte is gezondheidszorg

In het advies Thuis in de GGZ, tabel 6.2, pagina 90, wordt klinische resocialisatie tot de gezondheidszorg gerekend. Wordt dit verbreed tot de gehele gezondheidszorg, dan behoort begeleiding en voorlichting bij ziekte en herstel tot het domein van de gezondheidszorg.

Uit het voorgaande volgt dat ADL-ondersteuning die niet in relatie met verpleegkundige zorg wordt verleend en alle HDL-ondersteuning, niet tot de gezondheidszorg behoren. Dit betekent dat thuiszorg binnen het domein van de gezondheidszorg in beginsel beperkt is tot verpleging met eventueel ADL-verzorging, begeleiding en voorlichting die verband houdt met ziekte en herstel.

In het advies De toekomst van de AWBZ heeft de Raad aangegeven dat de AWBZ c.q. het eerste compartiment beperkt moet zijn tot:

- 24-uurs zorg in combinatie met verblijf en dienstverlening
- langdurige, intensieve verpleging, verzorging en begeleiding van mensen met ernstige en langdurige beperkingen.

Bij thuiszorg ontbreekt per definitie de component verblijf. Dit betekent dat alleen die thuiszorg die intensieve verpleging, verzorging en begeleiding van mensen met ernstige en langdurige beperkingen omvat, tot eerste compartimentszorg behoort. Alle overige thuiszorg, voorzover behorend tot het domein van de gezondheidszorg, zou daarmee tot het tweede compartiment behoren.

Grootste deel thuiszorg behoort in tweede compartiment

Samengevat is het antwoord op de vraag of aan te geven is waar

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

de grenzen liggen tussen thuiszorg en persoonlijke dienstverlening (Thuis)zorg en dienstverlening zijn te onderscheiden in analytische zin: ja. Er valt een onderscheid te maken tussen aan de ene kant verpleging met ADL-verzorging, begeleiding en voorlichting bij ziekte en herstel en aan de andere kant HDL-verzorging, training, reactivering en begeleiding bij beperkingen in het dagelijks functioneren. In paragraaf 4.5 wordt nader ingegaan op de praktische invulling. Overigens zal de Raad in 1999 het advies Cure en care uitbrengen, waarin dit onderwerp uitgebreid aan de orde komt.

3.8 Conclusie

De organisatie en uitvoering van de extramurale zorgverlening moet veranderen. Op basis van de visie van de Raad op de extramurale zorgverlening moet de organisatie van de zorg weliswaar grootschalig, op regioniveau plaatsvinden, maar de uitvoering kleinschalig. Om dit laatste te realiseren, kiest de Raad voor het wijkzorgnetwerk. De huisartsenzorg, thuiszorg, verpleeghuiszorg en dienstverlening organiseert zich binnen eenzelfde geografisch gebied: een wijk. Het biedt een goede basis voor een continue transmurale zorgverlening aan de Raad kiest voor wijkzorgnetwerk

patient: een team van hulpverleners, huisartsen, wijkverpleegkundigen en paramedici draagt de verantwoordelijkheid voor de extramurale zorgverlening in een wijk. De grootte van een wijk kan afhankelijk van de lokale situatie sterk verschillen. Om de gedachte te bepalen wordt gedacht aan een gebied met zo'n 30.000 - 40.000 inwoners, waarin 15 - 20 huisartsen in drie - vier formele samenwerkingsverbanden en eenzelfde aantal wijkverpleegkundigen werkzaam zijn.

Huisartsen gaan, gestimuleerd door de overheid, formele samenwerkingsverbanden aan. Ondersteuning van dergelijke Formele samenwerkingsverbanden stimuleren

samenwerkingsverbanden door praktijkverpleegkundigen of speciaal opgeleide medische assistenten kan een belangrijke bijdrage leveren aan de zorg voor patiënten met veel voorkomende ziekten, zoals diabetes, chronische longziekten of beroertes. De transmurale verpleegkundige, die verankerd is in het ziekenhuis, krijgt een ondersteunende, consulterende taak en kan in voorkomende gevallen gespecialiseerde behandelingen in de thuissituatie uitvoeren. De gespecialiseerde wijkverpleegkundige zal op den duur ook als transmuraalverpleegkundige in het ziekenhuis verankerd dienen te zijn.

De regionale invulling en implementatie van (transmurale) diagnostische en behandelrichtlijnen moeten gestimuleerd worden. Implementatie van richtlijnen stimuleren

Om transitie verder te verbeteren, is een betere communicatie en taakafbakening tussen hulpverleners vereist. Een elektronisch patiëntendossier en elektronische communicatie zijn een vereiste. Als oplossing voor het schottenprobleem is verdere ontwikkeling van producttypering nodig.

Het antwoord op de vraag of aan te geven is waar de grenzen liggen tussen thuiszorg en persoonlijke dienstverlening is in analytische zin: ja. Er valt een onderscheid te maken tussen aan de ene kant verpleging met ADL-verzorging, begeleiding en voorlichting bij ziekte en herstel en aan de andere kant HDL-verzorging, training, reactivering en begeleiding bij beperkingen in het dagelijks functioneren. Onderscheidend criterium thuiszorg en persoonlijke dienstverlening: al of niet bij ziekte

4 Beantwoording van de beleidsvragen

4.1 Inleiding

Op basis van de probleemanalyse zoals die in hoofdstuk 2 is geschetst en de verkenning van de oplossingsrichtingen uit hoofdstuk 3 worden in dit hoofdstuk de beleidsvragen die in paragraaf 1.1 zijn aangegeven, beantwoord.

4.2 Aan welke vormvereisten qua organisatie en uitvoering moeten de functionele zorgnetwerken voldoen?

De zorgverlening kan dicht rond de patiënt worden uitgevoerd worden in een wijkzorgnetwerk als vorm van een lokaal functioneel zorgnetwerk. De kern van deze oplossingsrichting is dat geografische werkgebieden van de diverse extramuraal werkende hulpverleners, huisartsen, wijkverpleegkundigen en paramedici, worden gelijkgetrokken. De hulpverleners dragen zorg voor een continue en integrale extramuraal zorgverlening aan patiënten in de wijk. De grootte en invulling van de wijk is sterk afhankelijk van de lokale situatie. Als richtsnoer wordt gedacht aan een wijk van 30.000 - 40.000 inwoners. Dit is eveneens een goede schaal voor intramuraal carevoorzieningen. Samen met bijvoorbeeld specialistische spreekuren kan een samenhangend transmuraal zorgaanbod in een wijk gestalte krijgen. Het is van belang dat de wijkzorgnetwerkgedachte een plaats krijgt in de regiovisies die worden ontwikkeld.

Afstemming werkgebieden moet leiden tot een samenhangend zorgaanbod in de wijk

De verpleegkundige divisie van de thuiszorg geeft een aantal wijkverpleegkundigen en de aan hen gerelateerde ziekenverzorgeren en ADL-ondersteuners de verantwoordelijkheid voor een omschreven wijk.

Wijkverpleegkundige moet regie krijgen van de care

De huisartsen werken in geformaliseerde samenwerkingsverbanden en bieden, samen met aan deze samenwerkingsverbanden verbonden praktijkverpleegkundigen/medisch assistenten, huisartsenzorg in de wijk.

Huisartsen moeten formeel samenwerken

Voor patiëntencategorieën waarbij het zorgproces goed voor-
 spelbaar is, is ketenzorg een adequaat antwoord op de hulpbe-
 hoeft. Een goed transmuraal samenwerkingsverband in een regio
 is hierbij een voorwaarde. De verantwoordelijkheid en regie kan,
 afhankelijk van de aard van het zorgproces c.q. de
 patiëntencategorie, bij de eerste lijn of bij de tweede lijn liggen, of
 bij het ziekenhuis (ziekenhuisverplaatste zorg) of bij het verpleeg-
 huis. Wijkzorgnetwerken, zeker als verzorgings- en verpleeg-
 huizen hiervan onderdeel uitmaken, kunnen een belangrijk
 onderdeel vormen van een dergelijk samenwerkingsverband.

Zorgproces bepaalt regie van het
 totale zorgproces

4.3 Hoe kan de rijksoverheid bevorderen dat deze zorgnetwerken ontstaan?

Naar de mening van de Raad kan de overheid samenwerking
 bevorderen door:

- De totstandkoming van wijkzorgnetwerken te stimuleren. Het
 beleid van regionale ordening van het aanbod, waarbinnen
 zorgaanbieders met elkaar samenwerken, vormt hiervoor
 een goede basis. De verzekeraar in de regio heeft hierbij een
 belangrijke rol. Deze sluit contracten met zorgaanbieders af
 en maakt afspraken over de omvang, kwaliteit en
 organisatie van de zorg. De contracten passen in een
 landelijk en regionaal beleidskader. Het landelijk kader
 wordt ingevuld door zorgvisies en het regionale kader door
 regiovisies. Door het wijkzorgnetwerk op te nemen in deze
 beleidskaders kunnen ze onderdeel gaan uitmaken van de
 contracten die verzekeraars sluiten met de zorgaanbieders.
 Hierbij moeten duidelijke ijkpunten worden afgesproken,
 zodat goede toetsing mogelijk is: resultaatgerichte afspra-
 ken. - Formele samenwerkingsverbanden van huisartsen
 te stimuleren onder andere door de ondersteuning door
 praktijkverpleegkundigen hieraan te koppelen. Het gaat er
 hierbij niet om hen een specifieke organisatievorm op te
 leggen, maar om te stimuleren dat huisartsen in groepen
 werken en deze groepen binnen het wijkzorgnetwerk met
 elkaar samenwerken en op overeengekomen zorg aan-
 spreekbaar zijn.
- Thuiszorgproducten zo te definiëren dat ze passen binnen het
 wijkzorgnetwerk.

Betrokken partijen maken resultaat-
 gerichte afspraken met elkaar

Formele samenwerkingsverbanden
 van huisartsen stimuleren

Goede producttypering van thuiszorg
 noodzakelijk

Wat de overheid *niet* moet doen:

Overheid moet partijen ruimte

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- Vormvereisten qua organisatie en uitvoering stellen en structuren opleggen. Het gaat niet om de vorm maar om het resultaat. Dáárop moeten de zorgaanbieders afgerekend worden. Het maatschappelijk ondernemerschap moet meer ruimte krijgen. bieden

4.4 Aan welke randvoorwaarden dient te zijn voldaan, willen zorgnetwerken effectief, doelmatig en patiëntgericht zijn?

Aan de volgende randvoorwaarden moet voldaan zijn:

- Elektronische patiëntendossiers en een elektronische infrastructuur waarlangs de informatie snel, betrouwbaar en veilig uitgewisseld kan worden. De overheid moet de ontwikkeling van standaarden voor elektronische patiëntendossiers sterk stimuleren. Ook hier moet de financiering gekoppeld zijn aan resultaatgerichte afspraken.
- (Transmurale) richtlijnen, waarin taken en verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners duidelijk zijn aangegeven. Verder moet daarin ruim aandacht besteed zijn aan communicatie en kosteneffectiviteit. Het is aan partijen in het veld deze richtlijnen op te stellen.
- Opgestelde richtlijnen moeten ook gecomplementeerd worden. In het kader van meerjarenafspraken niet-vrijblijvende, resultaatgerichte afspraken maken over binnen welke tijd welke richtlijnen geïmplementeerd zijn.

EPD is een vereiste voor adequate informatieuitwisseling

Protocollen daadwerkelijk toepassen

4.5 Is aan te geven waar de grenzen liggen tussen respectievelijk thuiszorg en persoonlijke dienstverlening?

Het antwoord hierop is in analytische zin: ja. Er valt een onderscheid te maken tussen aan de ene kant verpleging met ADL-verzorging, begeleiding en voorlichting bij ziekte en herstel en aan de andere kant HDL-verzorging, training, reactivering en begeleiding bij beperkingen in het dagelijks functioneren. De vraag is wat de waarde is van dit analytisch onderscheid in de praktijk. Wat tegenwoordig onder thuiszorg wordt verstaan, omvat in ieder geval de eerstgenoemde serie taken en omvat minstens voor een deel de tweede serie taken. Tot op zekere hoogte zijn de verschillende taken ook binnen de praktijk van de thuiszorg te onderscheiden: wat traditioneel verpleging heette, overlapt maar in beperkte mate dat wat traditioneel verzorging heette. Die

Huidige thuiszorg is voor een deel dienstverlening

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

constatering is echter op zichzelf maar een beperkt argument beide activiteiten ook organisatorisch te scheiden: dat zou opnieuw tot efficiencyverlies en coördinatieproblemen leiden bij die mensen die van beide functies gebruik moeten maken.

Persoonlijke dienstverlening en verpleging samenhangend aanbieden

De Raad meent dat de redenering beter omgekeerd kan worden. Zoals ook in eerdere adviezen is betoogd, is het domein van de persoonlijke dienstverlening nog steeds inadequaat geregeld in Nederland. Dat knelt des ter meer nu het streven is om het beroep op intramurale voorzieningen voor langdurige zorg zo veel mogelijk te beperken: die voorzien immers wel in vormen van dienstverlening. Door de inadequate regeling van de (extramurale) dienstverlening wordt deze vorm van substitutie belemmerd. De Raad herhaalt zijn pleidooi om persoonlijke dienstverlening te regelen als aanspraak van burgers. Zoiets kan geschieden in een aparte wet op de dienstverlening, zoals in veel landen om ons heen, of door uitbreiding van de WVG met een aantal dienstverleningsfuncties. Door nadere regelingen te maken voor de hoogte van de eigen bijdrage kan vastgesteld worden in welke mate hierbij sprake is van een algemeen beschikbare voorziening en in welke mate van een private aangelegenheid. Pas wanneer een dergelijke structuur - in termen van aanspraken en financiering - is geregeld, is het zinvol opnieuw het debat te voeren in welke mate in de huidige praktijk van de thuiszorg sprake is van gezondheidszorg en dienstverlening. Niet ondenkbaar is dat op zo'n moment besloten wordt om binnen de praktijk van de thuiszorg verschillende producten te onderscheiden, die bekostigd worden uit verschillende domeinen.

Eerst persoonlijke dienstverlening goed regelen, alvorens het onderscheid met thuiszorg te maken

4.6 Overige opmerkingen c.q. aanbevelingen

Naast de eerdergenoemde antwoorden op de gestelde beleidsvragen beveelt de raad aan de onafhankelijke indicatiestelling beperken tot het indiceren van mensen die voor de rest van hun leven van een bepaalde voorziening afhankelijk zijn. Het gaat hierbij om permanent verplegingsbehoefte in verpleeg- of verzorgingshuis en langdurige thuiszorg. Voor de kortdurende zorg zou de indicatiestelling vooraf vervangen moeten worden door steekproefsgewijze controle en toetsing achteraf.

Onafhankelijke indicatiestelling beperken tot langdurige verpleging en verzorging

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Bijlagen

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde werkprogramma voor 1998

Transmurale zorgnetwerken in de regio

Achtergronden

Het beleidsmatig uitgangspunt moet worden gezocht in de nota Thuiszorg en zorg thuis, die de minister van VWS in mei 1997 naar de Kamer stuurde. Daarna zijn een voortgangsrapportage en enkele brieven over thuiszorg naar de Kamer gestuurd. De Raad neemt deze stukken, althans voor de korte termijn (1997 en 1998), als uitgangspunt.

In de nota Thuiszorg is sprake van een advies van de RVZ over een "redesign van de eerste lijn". De Raad geeft de voorkeur aan het begrip transmuraal zorgnetwerk. De probleemstelling heeft met het volgende te maken.

- a. In het bedrijfsleven ziet men een duidelijke tendens richting - in trefwoorden - : klein (i.p.v. groot), klant- c.q. marktgericht (i.p.v. professioneel of hiërarchisch geïntereerd), netwerk (i.p.v. diversificatie), dienstverlening (i.p.v. productie). Zou men langzaam deze tendens niet ook op de gezondheidszorg kunnen toepassen?
- b. Zou dit niet een van de oplossingsrichtingen met betrekking tot de toegankelijkheidsproblemen kunnen zijn? Is, met andere woorden, geldt de oplossing voor wachtlijsten of zijn meer bedrijfsmatige ingrepen nodig?
Deze vraag is uiteraard vooral ook belangrijk, omdat in de komende decennia sprake zal zijn van een vraagexplosie.
- c. Is het bijvoorbeeld gewenst de thuiszorg als organisatieprincipe te verlaten en naar een transmuralisering van de thuiszorg te streven?
Flexibilisering binnen het totaal aan middelen voor verpleging en verzorging (per regio) is dan relevant, maar ook een andere, wellicht stringenter aansturing, onder meer via indicatiestelling. Hierbij zouden de principes van de gezondheidszorg moet gelden (ziek/niet ziek), alsmede de kwaliteit van leven bij chronische hulpbehoefendheid.
- d. Oplossingsrichting kan ook zijn door een kanteling van het zorgconcept de sturing bij de consument te leggen.
In dat verband zijn de inkomenseffecten op de lange termijn van belang (vergelijk het Deltaplan van minister Wijers).
Van belang is ook de uitkomst van de huidige discussie

over de relatie tussen Wonen en zorg. Bij een meer vraaggestuurde aanpak speelt verder een rol de enorme groei van de mogelijkheden op het vlak van de telecommunicatie.

Men mag verwachten dat binnen enkele jaren de combinatie mondige klant - IT de zaken in de zorgsector op zijn kop zal zetten, te beginnen bij de thuiszorg.

Hier ligt een belangrijk beleidsprobleem voor de langere termijn. De benadering van het probleem zou gebaseerd moeten zijn op een strategische visie op de inzet van verantwoordelijkheden en collectieve middelen in de komende decennia. Het perspectief zou niet moeten zijn "thuiszorg", maar bijvoorbeeld zorg voor patinten met aandoening type x of voor mensen met beperking soort y in situatie z.

Daarbij zou kunnen worden aangesloten op het PM-punt in het Werkprogramma 1997 van de RVZ: care management. Dat zou ook de invalshoek moeten zijn: patint, zorgbehoefte, care management, dienstverlening, maatschappelijke context van dit alles.

De adviesactiviteit zou mede een vervolg moeten zijn op het RVZ-advies over ziekenhuiszorg (1996), in het bijzonder op enkele niet uitgewerkte aanbevelingen met betrekking tot eerstelijnszorg. Het advies in 1998 is dan gericht op het ontstaan van functionele eerstelijnszorgnetwerken binnen de transmurale zorg.

Beleidsvragen

1. Aan welke vormvereisten qua organisatie en uitvoering moeten deze functionele transmurale zorgnetwerken voldoen?
2. Hoe kan de rijksoverheid bevorderen dat deze zorgnetwerken ontstaan?
3. Aan welke randvoorwaarden dient te zijn voldaan, willen de zorgnetwerken effectief, doelmatig en patintgericht zijn? Hierbij gaarne aandacht voor het regioaspect inclusief schaalgrootte. Ook zal de compartimentering een rol moeten spelen in de advisering, alsmede de discussie over wonen en zorg.
4. Is aan te geven waar de grenzen liggen tussen respectievelijk thuiszorg en persoonlijke dienstverlening?

Functie advies en programmering

Voor het ministerie van VWS heeft dit onderwerp een zekere prioriteit. Het is van belang dat de beleidsmaatregelen op het

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

terrein van het algemeen ziekenhuis zo spoedig mogelijk kunnen worden gecompleteerd met nieuwe beleidsvoornemens ten aanzien van een redesign van de eerste lijn en de transmuralisering van de patiëntenzorg in de regio.

Het advies sluit bij voorkeur aan op de standpuntbepaling door het kabinet over RVZ- en MDW-adviezen over het ziekenhuis. De RVZ zal dit advies uitbrengen in juni 1998, zodat het desgewenst een rol kan spelen bij het tot stand komen van het regeerakkoord.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Voorzitter:

Prof. drs. J. van Londen

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Mr. I.W. Opstelten

Mr. J.J. van Rijn (tot 1 januari 1998)

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Raadsleden:

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Projectgroep:

Drs. L. Ottes, arts (projectleider)

Mw. drs. V. Broex (tot 1 mei 1998)

Mw. mr. P. Fontein

Mw. drs. M. de Groot

Mw. dr. Y.W. van Kemenade

Mw. mr. C. Nijkamp (tot 1 mei 1998)

Drs. J.M.H. van der Velden

Mw. O.L. Klijn (projectsecretaresse)

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Bijlage 4

Deelnemers aan de regionale bijeenkomsten

In het kader van de voorbereiding van het advies Redesign eerste lijn heeft de RVZ in de periode juni-juli 1998 vier regionale bijeenkomsten georganiseerd, namelijk in Gorinchem, in Amsterdam, in Zwolle en in Maastricht.

Lijst van deelnemers aan de regionale bijeenkomst Gorinchem op dinsdag 9 juni 1998 van 14.00 - 17.00 uur

Vanuit de regio:

- R.B. Alting van Geusau, medisch specialist SZG
- D. Balk, vice-voorzitter Regionaal Patinten en Consumenten Platform
- R.J.P. de Gardeijn, huisarts
- K. Hazelaar, directeur Stichting Heerewaerden
- Mr. J. Jacobs, adjunct-directeur TRIAS
- E. Klaui, directeur Thuiszorgorganisatie Waardse Rading
- F.J. van Oosterhout, medisch specialist SZG
- Mw. M. Swinkels, directeur DHV
- C. van Vlaanderen, projectmanager Deilgroep
- E.J.A. Vroom, huisarts
- T.R. Zijlstra, arts, directeur SZG

Van de zijde van de RVZ:

- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, lid RVZ
- Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard, lid RVZ
- Prof. dr. P.A.H. van Lieshout, lid RVZ
- Enkele medewerkers van het secretariaat van de RVZ

Waarnemer:

- Mw. drs. C.C. Alberda-Harmsen, ministerie van VWS

Lijst van deelnemers aan de regionale bijeenkomst Amsterdam op dinsdag 30 juni 1998 van 14.00 - 17.00 uur

Vanuit de regio:

- H.J.W. Achterbergh, huisarts, voorzitter LVG
- Dr. D.J. Bakker, directeur concernstaf patintenzorg AMC
- Prof. dr. O.P. Bleker, gynaecoloog, hoogleraar verloskunde AMC
- P.Th.A. van den Bogaard, Districts Huisartsen Vereniging Kennemerland, Haarlemmermeer e.o.
- Mw. prof. dr. G.A.M. van den Bos, hoogleraar sociale geneeskunde, AMC
- J.H. Dettmeijer, Amsterdam Thuiszorg
- P.C.M. van Dijk, adviserend geneeskundige ZAO
- Dr. J.H. Eshuis, anesthesioloog, AMC
- Mw. prof. dr. L.J. Gunning-Schepers, voorzitter werkgroep Transmurale zorg AMC
- Prof. dr. M. de Haan, hoogleraar huisartsgeneeskunde, VU
- Ir. T.J. Halma, Raad van Bestuur, AZ-VU
- Mw. mr. W. Heijbroek-de Clercq, Integraal Kankercentrum Amsterdam
- V.W.G. Hoogervorst, huisarts
- P. Jaeger, project Triozorg, Amsterdamse Huisartsen Vereniging
- Drs. D.P. Krom, KNMP, departement Amsterdam
- Dr. M. Limburg, AMC
- Drs. A.C. van Loenen, ziekenhuisapotheker, AZ-VU te Amsterdam
- L.F. Reitsema, Commissie Transmuraal Platform
- Prof. dr. E. Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde AMC-UvA
- B.P.M. Schweitzer, voorzitter Amsterdamse Huisartsen Vereniging
- F.H.A. Sier, accountmanager, ZAO-zorgverzekeringen
- O. Suttorp, arts MBA, Spaarne Ziekenhuis, Heemstede
- F.J.M. van de Vijver, Commissie Transmuraal Platform
- Mw. drs. H.J.Th. Willemse, directeur SIGRA

Van de zijde van de RVZ:

- Prof.dr. P.A.H. van Lieshout, lid RVZ
- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, lid RVZ
- Enkele medewerkers van het secretariaat van de RVZ

Waarnemers:

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- Mw. drs. C.C. Alberda-Harmsen, ministerie van VWS
- Mw. drs. S. Driessen, ZorgOnderzoek Nederland

**Lijst van deelnemers aan de regionale bijeenkomst Zwolle
op dinsdag 7 juli 1998 van 14.15 - 17.00 uur**

Vanuit de regio:

- P. Been, Zorgverzekeraar Het Groene Land te Meppel
- J.L. ten Berg, huisarts te Zwolle
- Dr. H.J.G. Bilo, internist, Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle
- G.J. van den Bosch, Thuiszorg IJssel-Zwartewater B.V. te Zwolle
- Ir. M.T.E. van Buchem, Universiteit Twente te Enschede
- J.G. van Dam, ziekenhuisapotheker, Sophia Ziekenhuis te Zwolle
- Mw. W. Gorter, hoofdverpleegkundige, Sophia Ziekenhuis te Zwolle
- J.T.A. te Gussinklo, zorgverzekeraar Het Groene Land te Meppel
- Th. Hamelink, clusterhoof, Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle
- E. van Heel, regiomanager NTN Thuiszorg, Regiobureau Zwolle e.o. te Zwolle
- Mw. H. Israël, diabetesverpleegkundige, Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle
- Drs. H.N. Luijckx, directeur district huisartsenvereniging Zwolle/Flevoland
- H. Mäkel, arts, directeur Patiëntenzorg, Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle
- Prof. dr. D. Post, Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Gezondheidswetenschappen te Groningen
- Dr. P.A.J. Remkes, cardioloog, Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle
- R.O. Rischen, huisarts te Hattem
- B.A. Ruben, apotheker te Dronten
- Dr. J.H. de Ruitter, Coördinatiecentrum Chronisch Zieken Noord Nederland te Groningen
- Dr. C.L.G. Rutten, anesthesioloog, stafvoorzitter, Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle
- A.M. Rijken, arts, voorzitter district huisartsen vereniging Zwolle/Flevoland
- Mw. G. Timmerman, diabetesverpleegkundige, Ziekenhuis De

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- Weezenlanden te Zwolle
- Drs. J.L. van Veen, projectcoördinator zorgvernieuwing, Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle
 - W.M. Veldhuis, huisarts te Raalte
 - Dr. P.A.M. Vierhout, chirurg en traumatoloog, Medisch Spectrum Twente te Enschede

Van de zijde van de RVZ:

- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, lid RVZ
- Prof. dr. P.A.H. van Lieshout, lid RVZ
- Enkele medewerkers van het secretariaat van de RVZ

Waarnemers:

- Mw. Nova, ministerie van VWS
- B.W. Naber, ministerie van VWS

Lijst van deelnemers aan de regionale bijeenkomst Maastricht op woensdag 15 juli 1998 van 13.00-16.00 uur

Vanuit de regio:

- Drs. W.G.M. Bakx, revalidatiearts, revalidatiecentrum Hoensbroek te Hoensbroek
- Dr. G.H.M.I. Beusmans, huisarts, Transmuraal & diagnostiek centrum te Maastricht
- Prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, Universiteit Maastricht, vakgroep-huisartsgeneeskunde
- Drs. P. Dols, manager Dienst Verplegen en verzorgen, Stichting het Groene Kruis Heuvelland te Maastricht
- Mw. drs. M.W.P.G. van Dongen-Bots, huisarts te Maastricht
- mw. drs. M. Frederix, Transmuraal & Diagnostisch Centrum te Maastricht
- Mw. drs. A. Hartmans, Zorgverzekeraars VGZ te Maastricht
- Drs. P. Muyrers, medisch adviseur CZ-groep Zorgverzekeringen te Sittard
- Drs. W.P.A.M. te Nijenhuis, directeur geneesheer verpleegkliniek Klevarie te Maastricht
- Drs. M.P.J.M. Peeters, huisarts te Maastricht
- Prof. dr. P. Pop, internist, coördinator Transmuraal & Diagnostisch Centrum te Maastricht
- Drs. J.R.A.Y. van Rooij, huisarts te Maastricht
- Dr. H. van Zutphen, coördinator transmurale zorg, Transmuraal & Diagnostisch centrum te Maastricht

Van de zijde van de RVZ:

- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, lid RVZ
- Enkele medewerkers van het secretariaat van de RVZ

Waarnemer:

- M. Lambeek, ministerie van VWS

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Bijlage 5

Samenvattend verslag regionale bijeenkomsten

1. Inleiding

De RVZ heeft in de periode juni-juli 1998 vier regionale bijeenkomsten georganiseerd in het kader van de voorbereiding van het advies Redesign eerste lijn.

Het *doel* van die bijeenkomsten was tweeledig:

1. Enerzijds wilde de Raad zich laten informeren vanuit de praktijk over zorgvernieuwing en innovatieve, transmurale projecten in het bijzonder;
2. Anderzijds beoogde de Raad een discussie aan te gaan met de regionale participanten aan de hand van een RVZ-notitie met discussiepunten.

Bij de keuze van de regio's - Gorinchem, Amsterdam, Zwolle en Maastricht - heeft de Raad zich door een aantal overwegingen laten leiden. In de eerste plaats gaat het om regio's waar men nadrukkelijk ervaring heeft opgedaan met zorgvernieuwing en transmurale projecten. Verder diende er variatie in vorm te zijn: de wijze waarop de innovatie organisatorisch gestalte heeft gekregen. Tot slot is gelet op landelijke spreiding en urbanisatiegraad.

De bijeenkomsten kenden ook een vaste opzet. Na opening door een van de RVZ-leden werden één of meer inleidingen gehouden door deskundigen uit de regio. Vervolgens werd in kleinere groepen gediscussieerd over de volgende vragen uit de RVZ-notitie:

1. Wat zijn naar uw mening de sterke en de zwakke punten van de samenwerkingsvorm(en) waar u ervaring mee heeft opgedaan in uw regio, *toegespitst op de zorgverlening aan patiënten met complexe problemen in de thuissituatie?* Welke kenmerken van de regio maken de ene samenwerkingsvorm adequater dan de andere?
2. Welke concrete belemmeringen, bijvoorbeeld in financiering en wet- en regelgeving, ondervinden de verschillende samenwerkingsvormen en wat kan de overheid hier aan doen?

De bijeenkomst werd besloten met een rapportage vanuit de subgroepen en een plenaire discussie onder leiding van een van de

RVZ-leden.

In deze bijlage wordt verslag gedaan van de vier bijeenkomsten. Eerst wordt per regio een samenvatting gegeven van de inleidingen, zodat een beeld ontstaat van de verschillende regio's. Vervolgens worden de hoofdlijnen en rode draden uit de vier plenaire discussies (inclusief de rapportages uit de subgroepen) samengevat. Voor dit laatste onderdeel is gekozen voor een gebundelde samenvatting, omdat in de verschillende regio's vaak dezelfde knelpunten en oplossingen werden genoemd. Wanneer het in de samenvatting om regio-specifieke informatie gaat, dan wordt dit apart vermeld.

2. Regio Gorinchem

In de regio Gorinchem zijn zorgaanbieders al enige jaren bezig met het ontwikkelen van een transmurale zorgketen. In 1996 zijn het Beatrixziekenhuis en twee verpleeghuizen gefuseerd in de Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem e.o. In 1999 wordt een volgende stap gezet, resulterend in een fusie tussen de SZG, vijf verzorgingshuizen en de thuiszorgorganisatie. Voor zover bekend (landelijk zijn over dit soort fusies geen gegevens beschikbaar) gaat het hier om een unieke regio in Nederland.

Inleiding door R.J.P. de Gardeijn, huisarts

Dhr. de Gardeijn, huisarts, zette in zijn inleiding zijn visie op de organisatie van de eerstelijns in Gorinchem uiteen. In de regio Gorinchem zijn ongeveer 70 huisartsen werkzaam, georganiseerd in 5 hagro's en 2 mini hagro's. Het werkgebied van deze huisartsen komt ongeveer overeen met dat van het Beatrixziekenhuis. De samenwerking tussen huisarts en specialist is van groot belang in de regio en wordt vormgegeven via een klankbordgroep, waarin één afgevaardigde uit iedere huisartsengroep aanwezig is. De relatie met ziekenhuis en verzorgingshuizen is goed. Ook de samenwerking met de thuiszorg (de zogenaamde home-teams) verloopt prettig. Met het verpleeghuis hebben de huisartsen niet zo'n intensief contact.

De werkdruk van de huisarts neemt toe door een aantal ontwikkelingen, zoals de vergrijzing, de verschuiving van tweedelijns activiteiten (in de vorm van transmurale projecten) en preventieve activiteiten en de mondigheid van de patiënt. De toename van het aantal consulten ten gevolge van transmurale projecten valt echter erg mee in vergelijking tot de toename ten gevolge van de

vergrijzing.

De regionale huisartsenvereniging (RHV) is sterk voorstander van transmurale zorg. Maar extra werk moet wel extra gehonoreerd worden in geld en ondersteuning. Bij dit laatste kan gedacht worden aan een praktijkverpleegkundige in dienst van de huisarts of gedetacheerd vanuit de thuiszorg.

De komende fusie in 1999 roept een aantal vragen op bij de huisartsen in de regio:

- Moet de dominantie/regie binnen één organisatie liggen?
- is concurrentie geen noodzakelijk ingrediënt?
- Levert ketenvorming geen knelpunten op voor organisaties zoals het RIAGG die niet bij de keten zijn aangesloten?
- Blijft de patiënt wel centraal staan?
- Worden financiële tekorten van één van de fusiepartners niet afgewenteld op de andere fusiepartners?

Besloten wordt met de stelling dat de patiënt thuis tot het domein van de huisarts behoort en het is van belang dat dat ook zo blijft, gezien onder andere de centrale medische dossiervorming.

Inleiding door E. Klauw, directeur thuiszorgorganisatie De Waardse Rading

Vanuit de thuiszorg werd de organisatie van de eerstelijns belicht door dhr. Klauw, directeur van de thuiszorgorganisatie De Waardse Rading. Het werkgebied van de Waardse Rading komt niet geheel overeen met dat van het Beatrixziekenhuis. Het werkgebied bevat 225.000 inwoners, waarmee de Waardse Rading te typeren is als een middelgrote thuiszorgorganisatie.

De thuiszorg is bij een groot aantal projecten betrokken zoals het CARA- en incontinentie spreekuur, transmuraal verpleegkundig team, uitwisseling van ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen. De organisatie neemt in het kader van het project (T)huis in de regio samen met de woningbouwvereniging het gehele woningenbestand door om te bezien welke woningen voor een seniorenlabel in aanmerking kunnen komen.

Inleiding door T.R. Zijlstra, arts en directeur SZG en C. van Vlaanderen, projectmanager Deilgroep

Dhrn. Zijlstra en Van Vlaanderen hielden een inleiding over doel en werkwijze van de Deilgroep. De Deilgroep is een samenwerkingsverband (sinds 1994) van zorgaanbieders, werkzaam in de oostelijke Alblasserwaard, Vijfheerenlanden en het Land van Heusden en Altena, ook wel aangeduid als de regio rond de stad Gorinchem.

Uitgangspunten van de Deilgroep zijn: patiënt/cliënt centraal, zorg op maat en thuis als het kan. Vanaf het begin zijn er spelregels opgesteld die bij hebben gedragen aan de huidige ontwikkeling:

- er is een taboe op domeindenken;
- de vorm moet de inhoud volgen;
- over geld zeuren we niet;
- deuren en ramen open.

De Deilgroep is gestart met de opzet en uitvoering van een aantal projecten (inhoud), waarna vormstappen zijn genomen (vorm volgt inhoud). Daarnaast is het van belang dat professionals en management op één lijn zitten en er een gezonde spanning blijft bestaan. Zij zijn de dragende kracht van de gehele procesgang. Een aantal kenmerken van de regio Gorinchem (geografisch geïsoleerd gebied) hebben ertoe bij gedragen dat de huidige situatie is ontstaan:

- één op één relatie in regio, één ziekenhuis, één thuiszorgorganisatie etc.;
- goede onderlinge relaties;
- praktische invulling van projecten.

Er bestaat een bureau transmurale patiëntenlogistiek (BUTRAP), waarin naast het opnamebureau het maatschappelijk werk, de nazorgverpleegkundige, de intakers voor de thuiszorg en een farmaceutisch steunpunt zijn ondergebracht. Daarnaast is er een opname- en ontslag-commissie voor de verpleeghuiszorg. De indicatiestelling is door de gemeente uitbesteed aan de Stichting Keten-Zorg (stichting van zorgaanbieders met een operationeel manager). De indicatiestelling wordt geregeld vanaf de aanmelding tot en met de zorgtoewijzing.

Momenteel is een fusieproces in gang gezet tussen de verschillende zorgaanbieders van de Deilgroep: ziekenhuis, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. De fusie is alleen aan de top: drie rechtspersonen gaan fuseren tot één rechtspersoon. Er blijven drie werkmaatschappijen bestaan: extramuraal (thuiszorg), intramuraal (ziekenhuis) en wonen en zorg (verzorgingshuizen).

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

3. Regio Amsterdam

Inleiding door mw. drs. H.J.Th. Willemse, directeur SIGRA

Mw. Willemse schetste een beeld van de huidige extramurale zorgverlening en de transmurale projecten. Allereerst een beeld van de regio:

- in Amsterdam en omgeving wonen relatief veel mensen ouder dan 75 jaar: 6,3% is 75-plusser. In de rest van Nederland ligt dit op 5,8%.
- Amsterdam kent een relatief hoog percentage alleenstaanden en allochtonen: 23% woont alleen (rest van Nederland: 13%); 15,5% is allochtoon (rest van Nederland: 4,1%). Alleenstaanden en allochtonen brengen gemiddeld minder jaren in goede gezondheid door dan de meeste andere Nederlanders.
- Doordat ouderen in Amsterdam vaak een sociaal netwerk missen, moeten zij eerder een beroep doen op professionele hulp. Eind 1997 is er een wachtlijst van 600 mensen voor een plaats in een verpleeghuis.
- In Amsterdam en omgeving wonen relatief veel mensen met een laag inkomen. Van de top 100 van de armste postcodegebieden ligt bijna een kwart in Amsterdam. De gezondheid van mensen met een laag inkomen is slechter dan die van mensen met een hoger inkomen.
- Bijzonder in de regio is verder dat er een groot aantal instellingen en beroepsbeoefenaren zijn.

Er zijn ongeveer 400 huisartsen in de regio Amsterdam, tegenover 600 specialisten.

Hagro-vorming is een doel in de regio. In het project TRIO-zorg werken huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige samen, waarbij taken gedelegeerd worden bij de uitvoering van de NHG-standaarden in de huisartspraktijk.

Verder is er beleid ontwikkeld gericht op acute opnames vanuit de thuissituatie. Er is een regio-indeling voor acute opname gemaakt (7 ziekenhuizen), op basis van postcodegebieden.

Op het terrein van ziekenhuiszorg en thuiszorg zijn er veel transmurale projecten. In het rapport Amsterdam Transmuraal (1996) zijn deze beschreven. Als vervolg hierop zijn afspraken gemaakt over de taak en financiering van de transferverpleegkundige en is een advies in voorbereiding over ontslag uit het ziekenhuis. Aanbevolen zal worden om een ontslagteam in het ziekenhuis te

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

formeren, wanneer blijkt dat (bijzondere) professionele hulp nodig is.

Ook in de sector van verplegings- en verzorgingshuizen zijn er tal van projecten: versneld ontslag uit het ziekenhuis; zorg-op-maat projecten (substitutie). Concernvorming vindt plaats tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Dit wordt gezien als een eerste stap; doel is verticale integratie.

Mw. Willemse noemt de volgende knelpunten:

- onvoldoende visie vanuit de beroepsgroepen zelf, noch vanuit de huisartsen, noch vanuit de specialisten;
- te weinig protocollen;
- waarneming/bereikbaarheid huisarts onvoldoende geregeld;
- veel mensen gaan voor eenvoudige EHBO naar ziekenhuis i.p.v. naar de huisarts;
- consumenteninformatie in nog onvoldoende;
- automatisering huisarts/overige hulpverleners;
- informatie en communicatie;
- continuïteit van zorg en arbeidsmarktproblematiek;
- organisatievorm huisartsenzorg;
- grote concentratie van hulpverleners/instellingen.

Mw. Willemse wijst op een aantal initiatieven in het verleden, zoals de poli Ganzenhoef en het idee van een interimvoorziening, waar al breed samengewerkt zou worden. Door de bureaucratie zijn dergelijke initiatieven nooit gerealiseerd. Zij wijst verder op de Coöperatieve Huisartsenposten Rotterdam, die de spoedeisende hulp tijdens de avond-, nacht- en weekenduren verzorgt. Er dient voor de huisartsenzorg een organisatievorm ontwikkeld te worden waarin zij veel meer tijd overhouden voor hun eigenlijke professionele bezigheden en waarin organisatorische en administratieve taken gelegd worden bij functionarissen die dáárvoor opgeleid zijn.

4. Regio Zwolle

Inleiding door H. Mäkel, arts en directeur patiëntenzorg ziekenhuis De Weezenlanden

Dhr. Mäkel hield een inleiding over de transmurale initiatieven in de regio Zwolle en omgeving.

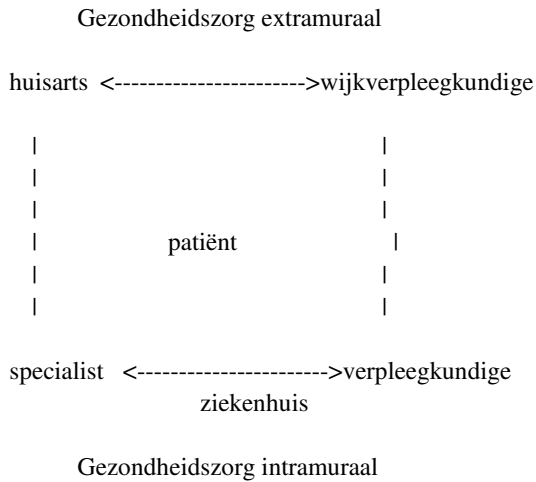
Allereerst kwamen een aantal algemene aspecten van transmurale zorg aan bod. Onder transmurale zorg verstaat hij: het brengen van deskundigheid in de vorm van een persoon of kennis naar die plaats of instelling in de zorg, die het beste aansluit bij de behoefte van de patiënt.

Transmurale zorg moet in de optiek van De Weezenlanden tenminste dezelfde kwaliteit van dienstverlening opleveren als reguliere zorg. Tevens moeten de transmurale initiatieven een bijdrage leveren aan een grotere doelmatigheid. Transmurale zorg is niet nieuw. In het verleden werden transmurale initiatieven vooral gekenmerkt door spontaniteit en vrijblijvendheid. Dit werd onderkend en er werden verschillende acties ondernomen om van transmurale initiatieven structurele zorgvernieuwing te maken. Een voorbeeld van zo'n initiatief is de oprichting van gezondheidscentra. Dit heeft niet goed uitgepakt. Waarschijnlijk is deze organisatievorm niet de meest logische geweest.

De samenwerking tussen specialisten en huisartsen in de Zwolse regio heeft geleid tot de oprichting van het Medisch Coördinatie Centrum (MCC) Klik. Dit centrum is erop gericht om de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn te bevorderen. Het bestuur van MCC Klik bestaat uit vertegenwoordigers van huisartsen, specialisten, bestuur ziekenhuizen en een medisch adviseur van Groene Land Verzekeringen. In 1997 is een medisch coördinator benoemd (0,5 fte), die over een klein ondersteunend bureau kan beschikken. De zorgverzekeraar financiert het MCC Klik voor beperkte duur.

Er zou in de visie van dhr. Mäkel uiteindelijk een soort vierkant moeten ontstaan met twee assen: de medische en de verpleegkundige as. De hoekpunten worden gevormd door de wijkverpleegkundige, de huisarts, de specialist en de verpleegkundige in het ziekenhuis.

Schematisch ziet het model er als volgt uit:



Door deze benadering wordt de zorg transparanter voor de patiënt, aldus dhr. Mäkel. Om dit te bereiken worden er door MCC Klik projecten uitgevoerd, waaronder een transmuraal diabetesproject, waarbij de diabetesverpleegkundige een deel van de taken van de huisarts overneemt. In de toekomst zou gedacht kunnen worden aan projecten waarbij een groepspraktijk van wijkverpleegkundigen (vergelijkbaar met de huisartsenpraktijk) een aparte business unit vormt binnen de thuiszorg. Ook de ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier kan bijdragen aan het succes van transmurale zorg, gezien het feit dat de continuïteit van informatie en communicatie een belangrijke rol spelen binnen transmurale zorg.

Op dit moment is MCC Klik er vooral op gericht om de afstemming tussen huisartsen en specialisten te verbeteren. Het zou wenselijk zijn om ook de wijkverpleegkundige hierbij te betrekken. Hierdoor zou een samenwerking ontstaan die systematisch, gestructureerd en niet vrijblijvend is.

Na de inleiding van dhr. Mäkel verzorgden de heren Bilo (internist De Weezenlanden) en Rischen (huisarts te Hattem) een korte presentatie over een specifiek project betreffende de diabeteszorg. Hierbij speelt de diabetesverpleegkundige een belangrijke rol.

5. Regio Maastricht

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Inleiding prof.dr. P. Pop, internist en cordinator Transmuraal & Diagnostisch Centrum

De regio Maastricht heeft 190.000 inwoners. Er zijn op dit moment 88 huisartsen werkzaam, waarvan 45 solo, 25 in 12 groeps/duopraktijken en 18 huisartsen in 6 gezondheidscentra. Kenmerkend voor de regio is de aanwezigheid van één academisch ziekenhuis en drie thuiszorgorganisaties. Naast verzorgings- en verpleeghuizen en een revalidatiekliniek in Hoensbroek is er verder een coördinatiecentrum chronisch zieken.

In de regio vindt een groot aantal transmurale projecten plaats, gestimuleerd en gecoördineerd door het Transmuraal & Diagnostisch Centrum. Deze projecten hebben o.a. geleid tot een verbeterde samenwerking tussen huisarts en specialist.

Knelpunten in de transmurale zorg zijn:

- gebrekkige communicatie en belangentegenstellingen
- onvoldoende deskundigheid, kennis en vaardigheden
- gebrekkige informatiesystemen
- solo-acties van ziektekostenverzekeraars en farmaceutische industrie
- gebrek aan financiering
- onvoldoende voorlichting aan patiënten.

Voorwaarden voor de verdere ontwikkeling zijn per betrokken partij aan te geven. Zo zal het ziekenhuis het strategisch beleidsplan moeten vertalen in een medisch beleidsplan. Op regionaal niveau is er een Stuurgroep Transmurale Zorg nodig, met de volgende functies:

- meld-, coördinatie- en informatiepunt voor alle initiatieven op het gebied van transmurale zorg
- toetsing voorgelegde initiatieven op haalbaarheid en relevantie
- ondersteuning uitvoering projecten en/of implementatie
- advisering over aspecten transmurale zorg.

Patiënten met complexe problematiek zijn patiënten met dusdanige problemen (somatisch, psychisch, sociaal) dat hulpverleners uit verschillende disciplines betrokken zijn bij diagnostiek, behandeling en zorg. Ook t.a.v. deze groep patiënten zijn er knelpunten op het terrein van deskundigheid, communicatie, diagnostiek. Gewenste veranderingen in de zorg voor deze groep patiënten betreffen:

- meer tijd voor analyse van de problematiek op basis van een betere gegevensverzameling

- betere ondersteuning: bijv. praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk
- één zorgdossier met alle informatie
- een zorgmanager voor de patiënt, met een rol bij verwijzing en bij overleg tussen meerdere zorgverleners
- persoonsgebonden budget.

Naar aanleiding van de inleiding van prof. Pop kwam als reactie naar voren dat de discussie verbreed zou moeten worden: niet alleen op de as huisarts-specialist zijn er transmurale ontwikkelingen, ook bijv. in de ouderenzorg. In de regio worden zorgvernieuwingsgelden ingezet om bijv. psychogeriatrische patiënten langer in het verzorgingshuis te kunnen houden.

6. Hoofdpijnen uit de discussies: knelpunten

Ondanks de regionale verschillen in organisatie en infrastructuur van het zorgaanbod en in de kenmerken van de regio's, worden in de vier regio's in grote lijnen dezelfde knelpunten genoemd. Wat de organisatie van de zorg betreft vormt de regio Gorinchem hierop een uitzondering. In die regio zijn een deel van de hier genoemde knelpunten al opgelost door de ontwikkeling van een transmurale zorgketen.

Organisatie van de zorg

- De organisatie van de zorg is onvoldoende toegesneden op de behoeften van de patiënt. De zorg is sterk categoriaal en sectoraal georganiseerd.
- De organisatie van de huisartsenzorg is onvoldoende, zowel richting patiënt als richting hulpverlener en zorgverzekeraar.
- De zorg is georganiseerd in verschillende echelons, beroepsgroepen en sectoren, met eigen taal, tradities en cultuur. De wereld en de blik van de huisarts is anders dan die van de specialist; het verpleeghuis heeft een andere cultuur dan het ziekenhuis. De cultuurverschillen belemmeren samenwerking en leiden tot gebrekkige communicatie en belangentegenstellingen.
- Onvoldoende coördinatie op regionaal niveau; mogelijkheden voor structurele aansturing en implementatie van samenwerkingsprocessen ontbreken nogal eens.
- De samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige is zoek geraakt, mede door de reorganisatie en schaalvergroting in de thuiszorg.
- Er is veel kritiek op het functioneren van de regionale indi-

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

catieorganen. De indicatiestelling, zorgtoewijzing en uitvoering van de zorg sluiten niet goed op elkaar aan. De integrale benadering is als uitgangspunt goed maar werkt niet in de praktijk: zorguitvoerders willen voor hun aandeel in de zorg zelf de indicatie en zorgtoewijzing doen. Daarom wordt de indicatiestelling vaak nog eens over gedaan. Het RIO beperkt zich tot de indicatiestelling en heeft geen bevoegdheden op het vlak van zorgtoewijzing. Het bindt zorgaanbieders op geen enkele wijze. In de regio Gorinchem worden dit knelpunt en het vorige overigens niet genoemd. De thuiszorgorganisatie maakt in die regio deel uit van de zorgketen. Verder zijn indicatiestelling en zorgtoewijzing in een door de zorgaanbieders bestuurde stichting ondergebracht.

- De plek van waaruit innovatie wordt geïnitieerd (bijv. een ziekenhuis), kan nadelige gevolgen hebben voor het bereik en de omvang van de vernieuwing (bijvoorbeeld alleen gericht op opgenomen patienten).

Financiering en regelgeving

- De geldstromen volgen niet de zorgstromen. De huidige financieringswijze sluit niet goed aan bij de zorgprocessen. Een benadering op basis van producttypering en output-pricing zou daar beter bij passen.
- Eigen bijdrage regelingen: doordat care en cure activiteiten bij de patienten met een complexe hulpvraag vaak door elkaar heen lopen, worden patienten nog al eens geconfronteerd met eigen bijdragen die zij elders niet hadden hoeven betalen. Bijvoorbeeld: revalidatie na een heupoperatie vindt in Gorinchem plaats in een verpleeghuis of op de herstelafdeling in het ziekenhuis. Maar voor verpleeghuiszorg is een eigen bijdrage vereist van ruim f 1000,-, die de patient in het ziekenhuis niet had hoeven te betalen. Een ander voorbeeld: het verschuiven van zorg voor het zwachtelen van een been van het ziekenhuis naar de thuiszorg, heeft voor de patient tot gevolg dat hij een eigen bijdrage moet betalen voor de thuiszorg die hij ontvangt. Doelmatigheid in het ziekenhuis kan voor de patient dus tot gevolg hebben dat hij een eigen bijdrage moet gaan betalen.
- Het bestaan van verschillende financieringsystemen (budgettering, verrichtingen, abonnement) en verschillende financieringsbronnen (AWBZ, ZWF, subsidieregelingen) maakt samenwerkingsprocessen nodeloos ingewikkeld.
- Overlegtijd, samenwerking, zorgcoördinatie worden niet gefinancierd en moeten in de vrije tijd gebeuren. Coördinatie is bijvoorbeeld in de thuiszorg geen product; overlegtijd wordt niet

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

in het tarief van de huisarts verdisconteerd. Het ontbreken van een financiële honorering gaat (uiteindelijk) ten koste van de motivatie van de betrokken hulpverleners.

- Daar waar men in de praktijk overgangen tussen AWBZ en ziekenfonds soepel wil regelen, loopt men tegen de regelgeving op, die strak is en ook door de ZFR strak wordt genterpreteerd (is het binnen de ZFW geen verstrekking? Dan ook geen vergoeding). Tegenstrijdig: het ministerie van VWS stimuleert wel vernieuwing, maar ziekenfondsen krijgen later problemen met het COTG en de ZFR. De financiering van zorgvernieuwing gebeurt vaak op 'illegale' wijze, met het gevolg dat ziekenfondsen afhaken.
- Innovatieve, transmurale projecten worden vaak met tijdelijke projectsubsidies opgezet. Projecten stoppen vaak na beëindiging van de projectfinanciering, ondanks een positieve inhoudelijke evaluatie.
- De huidige regelgeving is te zeer gebaseerd op wantrouwen en loopt bovendien ver achter op de praktijk.

Informatievoorziening

- Transmurale zorg en zorgketens vereisen een goede informatievoorziening. Op dit punt zijn er problemen: gebrekkige informatiesystemen, die weinig relevante (beleids)informatie opleveren; onvoldoende automatisering bij diverse beroepsgroepen.
- Op regionaal niveau, binnen een zorgketen, is er behoefte aan één, uniek patiënt-identificatienummer. Vanuit de overheid wordt dit echter tegengehouden (privacy).
- Onvoldoende voorlichting aan patinten.

7. Hoofdpijnen uit de discussies: oplossingen

Organisatie van de zorg

- Verantwoordelijkheden zullen op een lager niveau gelegd moeten. Toenemende complexiteit - zowel aan vraag- als aan aanbodzijde - vergt een andere organisatie, waarbij beslissingsbevoegdheden op een lager niveau gelegd worden.
- Er moet meer zicht komen op de kwaliteit van zorg en de factoren die kwaliteit beïnvloeden.
- De organisatie huisartsenzorg moet verbeteren. Suggesties zijn: samenwerking tussen huisartsen (HOED, hagro) stimuleren; de huisarts een functie geven in het ziekenhuis; de bereikbaarheid verbeteren; praktijkondersteuning regelen; de huisarts wijkbed-

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- den geven in verzorgings- of verpleeghuis voor kortdurende opnamen.
- Op regionaal niveau dient - voor zover nog niet aanwezig - een organisatiestructuur ontwikkeld te worden, ter ondersteuning van de transmurale samenwerking. Structureel overleg zou per patiëntencategorie georganiseerd kunnen worden. Spoor innovatieve mensen in een regio op en geef hen ook de middelen om vernieuwing tot stand te brengen.
 - Geneesmiddelen: gezamenlijke formularia voor de eerste en tweede lijn ontwikkelen; voorschrijvers belonen als ze zich aan het formularium houden.
 - De huisarts moet zich niet teveel gaan specialiseren, maar dient generalistische kennis op peil houden.
 - De schaalgrootte voor samenwerking dient gebaseerd te zijn op de adherentiegebieden van ziekenhuizen.

Financiering

- Innovatie kost geld. Structureel overleg dient financieel ondersteund te worden.
- Voer een regiobudget in, waardoor de schotten in de verschillende financieringsstromen gaan verdwijnen. Regiobudgetten dienen echter niet gebaseerd te worden op de historische kosten, want dan loop je het risico ondoelmatig handelen vanuit het verleden te belonen. Het regiobudget zal dus gebaseerd moeten zijn op omschreven zorgproducten.

Informatievoorziening

- De informatie-uitwisseling moet verbeterd worden onder meer door verbetering van de communicatiestructuur en betere benutting van elektronische mogelijkheden.

8. Wat moet de overheid doen?

Vooraf niet te veel, zegt een deel van de deelnemers. Anders komt er toch maar regelgeving waar wij niet op zitten te wachten. Dus geen blauwdrukken van bovenaf opleggen. Anders geformuleerd: het is vooral de taak van de overheid om initiatieven niet te belemmeren. Immers: innovatie moet vanuit de werkvloer ontstaan, door gemotiveerde professionals met een visie. Innovatie kan niet van bovenaf opgelegd worden.

De overheid moet wel structurele oplossingen bieden of randvoorwaarden creëren, vindt een ander deel. Het gaat dan om structurele financiering van transmurale centra, bijvoorbeeld op

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

concessiebasis en gekoppeld aan toetsbare doelstellingen c.q. resultaten.

Bijlage 6

Ketenzorg en zorgnetwerken

Secretariaatsnotitie waarin enkele organisatievormen worden toegelicht

1. Inleiding

De organisatie van zorgprocessen is van oudsher sterker bepaald door belangen van instellingen en beroepsbeoefenaren dan door belangen van patiënten. De patiënt diende zich maar aan te passen aan de organisatie en werkwijze van een ziekenhuis en had maar genoeg te nemen met het gegeven dat ziekenhuiszorg en thuiszorg niet naadloos op elkaar aansloten. Steeds meer dringt in de gezondheidszorg echter het besef door dat de belangen van de patiënt centraal moeten staan. Dit besef heeft in Nederland bijgedragen aan het ontstaan van tal van transmurale projecten.

Herontwerp van zorgprocessen

Elke zichzelf respecterende instelling in de gezondheidszorg heeft in deze tijd een *mission statement* waarin wordt benadrukt dat de patiënt centraal staat en dat zorg-op-maat geleverd wordt. Om die doelstelling te bereiken is veelal een herontwerp van zorgprocessen noodzakelijk, waarbij de verschillende elementen beter op elkaar afgestemd worden. Voor dat herontwerp zijn in de afgelopen jaren allerlei begrippen geïntroduceerd of geïmporteerd (met name vanuit de VS), zoals zorgketen, ketenzorg, zorgnetwerk, zorgcircuit, zorgprogramma, diseasemanagement, managed care, shared care. Het zijn termen waarmee inhoudelijke en organisatorische vormen van zorgvernieuwing worden aangeduid.

Achtergrond en doelen

Het achterliggend idee bij al die verschillende begrippen is eigenlijk steeds hetzelfde: uitgangspunt is de behoefte van de hulpvrager en de zorg dient continue, integraal en op maat geleverd te worden. Het gaat dan om twee doelen:

1. continuïteit: het zorgproces verloopt ononderbroken, ook wanneer de noodzakelijke zorg vanuit verschillende voorzieningen geleverd moet worden;
2. integrale zorg: gericht op de totale hulpbehoefte van de individuele patiënt, zo nodig vanuit verschillende discipli-

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

nes en/of sectoren.

Daarnaast speelt ook doelmatigheid (effectiviteit in relatie tot efficiëntie) een belangrijke rol bij het herontwerp van zorgprocessen. Doelmatigheid is voor instellingen en beroepsbeoefenaren ook een van de motieven om tot zorgvernieuwing te komen. Verder worden op basis van doelmatigheidsoverwegingen grenzen gesteld aan de mate waarin de doelen continuïteit en integrale zorg gerealiseerd kunnen worden.

In de praktijk blijkt dat deze doelen moeilijker te realiseren zijn wanneer een patiënt zorg nodig heeft van verschillende hulpverleners, vanuit verschillende instellingen of wanneer de hulpbehoefte een wisselend beloop heeft (frequentie, intensiteit).

Het gaat daarbij steeds om twee aspecten:

1. Organisatorisch aspect

De organisatie en logistiek van het zorgproces zal zodanig moeten zijn dat hulpbehoefte van de patiënt centraal staat en dat de zorg zo klantvriendelijk en doelmatig mogelijk wordt aangeboden. Trefwoorden: herontwerp van zorgprocessen; indicatiestelling en zorgtoewijzing; trajectbegeleiding (= regelen van transfer, monitoring; coördinatie); voorlichting; deskundigheidsbevordering; structurele samenwerking.

2. Zorginhoudelijk aspect

De inhoud van de zorg sluit aan bij de gehele hulpbehoefte. Trefwoorden: multidisciplinaire zorgverlening; verschillende aangrijpingspunten (preventie, behandeling, rehabilitatie); verschillende niveaus (ziekte, stoornis, beperking); protocollering; voorlichting.

Doel notitie en opbouw

Het doel van deze notitie is om de verschillende begrippen te verhelderen en hun onderlinge verbanden aan te geven. Verder beoogt deze notitie inzicht te bieden in de ontwikkeling van ketenzorg en verticale samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg.

In paragraaf 2 worden de verschillende begrippen nader ontleed en kijken we tevens naar verwante begrippen. Vervolgens komt in paragraaf 3 het begrip ketenzorg aan de orde, waarbij ook voorbeelden uit de praktijk beschreven worden. In paragraaf 4 gaan we in op de situatie waarin ketenzorg niet van toepassing is en de patiënt aangewezen is op een individueel zorgnetwerk. In paragraaf 5 komt het verticale samenwerkingsverband ter sprake,

waarbij duidelijk zal worden dat samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren een organisatorische voorwaarde is voor ketenzorg en zorgnetwerken. In paragraaf 6 wordt een korte evaluatie van voor- en nadelen van ketenzorg, zorgnetwerken en verticale samenwerkingsverbanden gepresenteerd. Tot slot worden in paragraaf 7 conclusies getrokken.

2. Waar hebben we het over?

Keten en zorgketen

De term keten of zorgketen wordt al enige tijd in de gezondheidszorg gebruikt (zie o.a. Vissers, 1992). Recentelijk zijn ook termen als ketenvorming, ketenzorg, ketenlogistiek en ketenkwaliteit in zwang.

Volgens het woordenboek is een keten (o.a.) "... een rij, aaneenschakeling van gelijksoortige voorwerpen, van gebeurtenissen". Volgens Van Dale kan met keten ook een samenwerkingsverband van organisaties worden aangeduid, "... die een gelijksoortige presentatie, zowel in uiterlijk als in dienstverlening e.d. nastreven" (Van Dale, 1995).

De term zorgketen komt regelmatig terug in discussies over transmurale zorg. Maar wie het debat over transmurale zorg volgt, zal al gauw door de bomen het bos niet meer zien. Een van de oorzaken hiervan is dat de term zorgketen in verschillende betekenissen wordt gebruikt:

1. aanduiding van een zorgtraject dat de patiënt *binnen één* instelling (bijv. een ziekenhuis) doorloopt. Het zorgtraject bestaat uit een aantal aan elkaar geschakelde onderdelen, samen een keten vormend. In deze betekenis is een zorgketen altijd gekoppeld aan een specifieke categorie patiënten, bijv. patiënten die een totale heup operatie ondergaan. Extra verwarrend is dat in de praktijk voor dit type zorgtrajecten ook de term ketenzorg wordt gebruikt;
2. idem als 1, maar dan niet tot één instelling of beroepsbeoefenaar beperkt;
3. aanduiding van de organisatiegraad in een regio: "er is in regio X een zorgketen". Dat wil dan zeggen dat er een samenwerkingsverband is tussen instellingen en beroepsbeoefenaren vanuit verschillende zorgsectoren. Die samenwerking kan verschillende vormen aannemen: gezamenlijk geaccepteerde protocollen voor specifieke groepen

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

patiënten; samenwerkingsafspraken in de vorm van een convenant; fusies leidend tot de vorming van een zorgconcern.

Verwante begrippen

Niet alleen wordt het begrip zorgketen in verschillende betekenissen gebruikt, de vraag is ook hoe dit begrip zich verhoudt tot verwante begrippen als zorgnetwerk, zorgcircuit, zorgprogramma, diseasemanagement, managed care, en shared care.

Kijken we bijvoorbeeld naar de volgende definitie, dan is niet duidelijk wat nu precies het verschil is tussen zorgcircuit en zorgketen:

Functiegericht zorgcircuit: een geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband van zorgorganisaties en beroepsbeoefenaren, dat gericht is op het faciliteren van de samenwerking op uitvoerend niveau ten behoeve van concrete cliëntsituaties. (NIZW, 1990).

Naast de term zorgcircuit wordt de term zorgnetwerk gehanteerd:

Functiegericht zorgnetwerk: een niet geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband van uitvoerende hulpverleners, dat op een samenhangende wijze de individuele taken en activiteiten vorm geeft zodat het gezamenlijke aanbod qua aard, omvang en tijdstip aansluit bij de behoefte van de individuele cliënt (NIZW, 1990). Ook de term netwerk wordt in de literatuur en in de praktijk in verschillende betekenissen gebruikt.

Verwante begrippen zijn verder:

Zorgprogramma: een samenhangend pakket van clusters van zorgactiviteiten en/of maatregelen in de tijd gefaseerd, planmatig en gericht op een expliciet doel, effect of eindsituatie (RVZ, 1996).

Disease management: proces waarin een voortdurende verbetering van meetbare resultaten van het behandelingscontinuüm (preventie, diagnostiek, management) van een specifieke ziekte wordt bevorderd (STG, 1997). De term *disease management* komt uit de VS en is daar door verzekeraars gintroduceerd vanuit de optiek van kostenbeheersing.

Bij *managed care* wordt een relatief breed pakket van voorzieningen aangestuurd door een derde partij (bijv. verzekeraar of

werkgever), waarbij veel aandacht uitgaat naar de controle over het zorgproces, door protocollering en feedback.

Het valt niet goed in te zien wat nu precies het verschil in betekenis is tussen een zorgprogramma en ketenzorg. Het heeft vaak met de sector te maken welke term gebruikt wordt. In de ggz, gehandicaptenzorg en jeugdzorg is bijvoorbeeld de term programma ingeburgerd; in de curatieve zorg kom je de term ketenzorg meer tegen.

Omschrijvingen in deze notitie

In deze notitie beperken we ons tot de begrippen ketenzorg, zorgnetwerk en verticaal samenwerkingsverband.

De term 'zorgketen' gebruiken we verder niet meer, om begripsverwarring te voorkomen.

Ketenzorg =

samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen, gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd.

Zorgnetwerk =

niet geïnstitutionaliseerde samenwerking van uitvoerende hulpverleners, dat op een samenhangende wijze de individuele taken en activiteiten vorm geeft zodat het gezamenlijke aanbod qua aard, omvang en tijdstip aansluit bij de behoefte van de individuele patiënt.

Verticaal samenwerkingsverband =

geïnstitutionaliseerde, regionale of lokale samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van de samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor (specifieke) patiënten(categorien).

3. Ketenzorg

Ketenzorg, zoals in de vorige paragraaf omschreven, is een fenomeen dat sterk in ontwikkeling is. Voor specifieke patiëntencategorieën, waarbij sprake is van een zekere mate van voorspelbaarheid van het zorgproces, is ketenzorg een adequaat antwoord op de hulpbehoefte. Voorbeelden zijn patiënten die in aanmerking komen voor een totale heup operatie of CVA-

patiënten.

Ketenzorg kan dus zowel betrekking hebben op electieve opnamen in het ziekenhuis (bijv. totale heup) als op acute opnamen (bijv. CVA). Steeds gaat het erom dat op basis van kennis van het ziektebeloop het zorgproces wordt geprotocolleerd en in de tijd gefaseerd. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar anticipatie op mogelijke knelpunten in het zorgproces (voorlichting) en naar transities in het zorgproces, met name transities waarbij de verantwoordelijkheid voor de patiënt wordt overgedragen.

Bij ketenzorg worden de verschillende onderdelen van het zorgproces op een logische en patiëntvriendelijke manier geschakeld. Twee voorbeelden van ketenzorg uit de regio Gorinchem zijn:

Protocol totale heupoperatie

Een voorbeeld is het protocol voor de behandeling van een zgn. totale heup patiënt (Beatrixziekenhuis, Gorinchem).

Voor deze groep patiënten wordt vóór opname een voorlichtingssprekkuur georganiseerd, waarbij aanwezig zijn de orthopedisch chirurg, de verpleegkundige van de afdeling orthopedie, een maatschappelijk werkende en een fysiotherapeut. Tijdens het voorlichtingssprekkuur wordt verteld wat de patiënt tijdens en na de ziekenhuisopname kan verwachten. Er wordt ingegaan op de operatie, de behandeling, het ziekenhuisverblijf en de mogelijkheden na thuiskomst. Naast het geven van goede voorlichting over deze behandeling, organiseert men de nazorg van deze groep patiënten al in een vroeg stadium. Wanneer er problemen zijn te verwachten met het ontslag, wordt hierop in een vroeg stadium al ingespeeld. Door deze manier van werken is het mogelijk gebleken om de verpleegduur van deze patiënten met bijna de helft te verminderen. Een dergelijke procedure is ook opgesteld voor de totale knie patiënten.

CVA Ketenzorg

In de CVA Ketenzorg is een aantal afspraken c.q. protocollen opgesteld die voor deze patiëntengroep van belang zijn. De afdeling neurologie van het Beatrixziekenhuis werkt met het NDT-concept = *Neuro Development Treatment*. Het doel is om CVA-patiënten weer zo zelfstandig mogelijk te maken. Kenmerken van NDT zijn: consequentie, symmetrie en stimulering van de aangedane kant.

Het is belangrijk om zo snel mogelijk, als de patiënt nog in het ziekenhuis is, te beginnen. Verpleegkundigen spelen een rol bij

NDT, in samenwerking met neurologen, revalidatieartsen, logopedisten, ergotherapeuten en fysiotherapeuten. Het concept vereist een 24-uurs toepassing van de behandelprincipes, want dan is de kans op herstel het grootst. De verpleegkundige krijgt op deze manier een actieve rol in de behandeling en wordt mede-behandelaar.

NDT is een goed voorbeeld van integrale zorg waar continuïteit voorop staat. Dit wordt ook zo door de patiënt ervaren, omdat alle behandelaars en betrokkenen (ook bezoekers) afspraken en technieken consequent doorvoeren. Uit onderzoek blijkt dat door NDT complicaties voor driekwart kunnen worden voorkomen.

In het CVA protocol dat binnen het ziekenhuis gehanteerd wordt, zijn afspraken gemaakt rond het ontslagtijdstip van een patiënt. In de praktijk is er een aantal vervolgvoorzieningen voor deze patiënten. Naast ontslag naar de thuissituatie zijn dat de herstelafdeling, een aantal voor deze categorie gereserveerde bedden in de verpleeghuizen en een CVA unit in een verzorgingshuis.

Gewerkt wordt aan het maken van werkafspraken tussen specialisten en huisartsen en het thuiszorgprotocol. In de CVA unit in het verzorgingshuis worden patiënten die te licht zijn voor bijv. opname in het verpleeghuis of de herstelafdeling, maar nog niet naar huis kunnen, verder behandeld. De unit is opgenomen in een van de verzorgingshuizen naast het ziekenhuis en telt 5 bedden. Inmiddels is het scholingstraject voor de verzorgenden in het verzorgingshuis op het gebied van NDT afgesloten.

4. Zorgnetwerk

Ketenzorg betekent voor sommige groepen patiënten een duidelijke verbetering van de zorg, zowel inhoudelijk als organisatorisch. Het gaat echter om specifieke groepen patiënten, waarbij het ziektebeloop redelijk voorspelbaar is. Bovendien is de ontwikkeling van ketenzorg sterk geïntereerd op patientencategorieën waarbij een ziekenhuisopname deel uitmaakt van de transitie in het zorgproces. Patiënten die niet in het ziekenhuis worden opgenomen maar wel integrale en continue zorg behoeven, lijken daardoor buiten de boot te vallen.

Deze patiënten zijn gebaat bij een goed functionerend, individueel op maat gesneden zorgnetwerk. Zo'n netwerk is te beschouwen als de organisatorische voorwaarde voor de uitvoering van het individuele behandel- en begeleidingsplan.

Als voorbeeld noemen we hier uit de Gorinchemse regio de wachtlijstbegeleiding van patiënten die voor een verpleeghuis geïndiceerd zijn. Deze begeleiding wordt gegeven door een maatschappelijk werkende van het Bureau Transmurale Patientenlogistiek, dat onderdeel is van de Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem e.o. De maatschappelijk werkende bezoekt een maal in de 14 dagen de patiënten die op de wachtlijst voor het verpleeghuis staan en bekijkt in overleg met de huisarts en de wijkverpleging hoe de thuissituatie ondersteund en verbeterd kan worden. Mogelijkheden zijn o.a.:

- ondersteuning mantelzorg: voorlichting, begeleiding, interval time-out bieden (1 week opname, zodat mantelzorg op adem kan komen);
- alarmering;
- tafeltje-dek-je.

Deze ondersteuning leidt er toe dat de patiënt langer thuis kan blijven. Bovendien ontstaat er zicht op de gehele situatie in de regio: hoeveel patiënten, welke ernst, urgentie enz.

Lukt het echt niet meer thuis, dan komt de patiënt op de urgentielijst. Er zijn 15 plaatsen op de urgentielijst, die verdeeld worden volgens het principe: een patiënt uit het ziekenhuis, twee patiënten uit de wijk enz. Om te voorkomen dat oneigenlijke wegen worden bewandeld (de patiënt laten opnemen, zodat hij via de omweg van het ziekenhuis in het verpleeghuis kan komen) voert de maatschappelijk werkende ook gesprekken met specialisten over het opname-beleid.

In het hiervoor beschreven voorbeeld ontstaat een individueel netwerk van hulp- en dienstverleners rondom de patient. Een belangrijke organisatorische voorwaarde voor ketenzorg en netwerkvorming is dat de betrokken instellingen en beroepsbeoefenaren op een niet-vrijblijvende wijze samenwerken. In de volgende paragraaf gaan we daar verder op in.

5. Verticaal samenwerkingsverband

Een verticaal samenwerkingsverband is een geïnstitutionaliseerde, regionale of lokale samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren. Het verticale samenwerkingsverband is gericht op het faciliteren van de samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor (specifieke) patienten(categorien).

In een verticaal samenwerkingsverband worden de vaak instellingsgebonden grenzen van *cure* en *care* overschreden. Met de term verticaal samenwerkingsverband doelen we niet op vormen van horizontale samenwerking (bijv. drie verzorgingshuizen die fuseren). De verticale samenwerking leidt in de praktijk tot allerlei nieuwe organisatievormen, waarover later meer.

Soorten verticale samenwerkingsverbanden

Verticale samenwerkingsverbanden treffen we aan in verschillende soorten (Huijsman, 1998):

- *care*-ketens, waarin thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en verpleeghuizen samenwerken;
- transmurale *cure*-ketens in de somatische zorg, waarbij thuiszorg, ziekenhuis en verpleeghuis samenwerking aangaan voor specifieke patientencategorieën (oncologie, diabetes, CVA). Ook ziekenhuis en ouderenzorg kunnen samengaan, getuige de Stichting Noorderbreedte in Friesland, waar het Medisch Centrum Leeuwarden en acht zorgcentra van verzorgings- en verpleeghuizen in opgaan;
- de multifunctionele eenheden in de GGZ-sector, waarbij samenwerkingsvormen ontstaan tussen APZ, RIBW en RIAGG. GGZ in Eindhoven is een voorbeeld daarvan;
- een bekende vorm van samenwerking zijn de gezondheidscentra. In Almere is de organisatie voor eerstelijns- en thuiszorg (EVA) nu gefuseerd met de organisatie voor intramurale ouderenzorg (DELTA). De fusie moet leiden tot de opzet van geïntegreerde teams voor de totale zorgverlening;
- in de jeugdzorg zijn de recente initiatieven om tot een Bureau

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- Jeugdzorg te komen te beschouwen als een voorbeeld van ketenvorming. Instellingen uit diverse sectoren (jeugd-hulpverlening, jeugd-ggz, gezinsvoogdij) participeren in deze samenwerkingsverbanden;
- de huisartsenpoli in een ziekenhuis (bijv. in Velsen), de transmurale apotheek (o.a. in Delft) en de zotels voor herstellende ziekenhuispatinten zijn ook voorbeelden van ketenvorming;
 - het verticale samenwerkingsverband in Gorinchem is op dit moment het meest vergaande voorbeeld van ketenvorming. Per 1 januari 1999 fuseren in de regio Gorinchem het ziekenhuis, twee verpleeghuizen, de thuiszorgorganisatie en vijf verzorgingshuizen. In bijlage 5 is nadere informatie te vinden over de ontwikkeling van dit verticale samenwerkingsverband.

Verticale samenwerkingsverbanden en concernvorming

Verticale samenwerkingsverbanden kenmerken zich door geïnstitutionaliseerde samenwerking. De wijze waarop de samenwerking wordt verankerd tussen de verschillende participanten, kan uiteenlopen. Er zijn lichte vormen van samenwerking, zoals het sluiten van convenanten of contracten, of het oprichten van een holding waarbij de deelnemende instellingen hun eigen rechtsvorm behouden en bepaalde taken via statuten en contracten delegeren aan een moederstichting. Deze laatste variant is vooral geschikt wanneer strategische motieven en bijvoorbeeld een gezamenlijke positionering ten opzicht van zorgverzekeraars een sterke rol spelen. Voorwaarde is dan wel dat de samenwerkende organisaties gemeenschappelijke doelen hebben en deze doelen willen realiseren door gezamenlijk strategisch beleid te voeren (Hoek, 1996).

Vervolgstappen in de samenwerking kunnen een vergaande organisatorische integratie inhouden. Vaak worden dan de facilitaire diensten samengevoegd. Voordelen van een dergelijke integratie zijn o.a. lagere overhead, efficiëntere inkoop- en contracteerrelaties. Nadeel kan zijn dat het primaire proces minder prioriteit krijgt, omdat de aandacht van het management sterk op de facilitaire onderdelen is gericht.

De facilitaire integratie, zoals hiervoor beschreven, kan een tussenstap zijn op weg naar volledige integratie, waarbij de verschillende onderdelen als een soort rits samengevoegd worden. Eerst wordt het management geïntegreerd, gevolgd door het facilitair bedrijf en vervolgens ontstaan in het primaire proces steeds meer dwarsverbanden. In de regio Gorinchem ontstaat door

fusie een volledige integratie van de deelnemende instellingen in een nieuwe stichting. Belangrijk is echter dat in die regio al jarenlang inhoudelijke samenwerking op de werkvloer plaatsvindt. De uiteindelijke fusie is dan ook geen startpunt van samenwerking, maar een logische stap in de ontwikkeling van het verticale samenwerkingsverband.

6. Voor- en nadelen van ketenvorming

In deze paragraaf volgt een beknopte evaluatie van ketenzorg, zorgnetwerken en verticale samenwerkingsverbanden, aan de hand van een aantal gesignaleerde voor- en nadelen.

Ketenzorg

De voordelen van ketenzorg voor de patiënt lijken evident: het herontwerp van het zorgproces heeft immers als doel om de patiënt en diens behoeften meer centraal te stellen. Onnodige ligdagen in het ziekenhuis worden vermeden, transities in het zorgproces verlopen soepeler (betere voorlichting, betere aansluiting van voorzieningen op elkaar).

Bijkomend voordeel van ketenzorg is dat het herontwerpen van zorgprocessen vaak ook een kwaliteitsimpuls genereert. Het ontwikkelen van een protocol brengt met zich mee dat opnieuw wordt nagedacht over de inhoud van de verschillende stappen. Zowel de kwaliteit van het zorgproduct als die van het zorgproces kunnen hierdoor verbeteren.

Voor betrokken zorgverleners en instellingen heeft ketenzorg ook voordelen. De vraag wie voor wat verantwoordelijk is, wordt bij ketenzorg eenduidig beantwoord. Voordelen liggen verder op het vlak van een doelmatige inzet van mensen en middelen.

Aandachtspunten bij de verdere ontwikkeling van ketenzorg zijn:

- voor welke patiëntencategorieën kan het noodzakelijke aanbod in vergaande mate geprotocolleerd worden?
- welke consequenties heeft de ontwikkeling van ketenzorg voor de opleiding en bij- en nascholing, gelet op de attitude en vaardigheden die nodig zijn voor samenwerking?
- hoe kan de communicatie tussen de verschillende hulpverleners en verschillende instellingen verbeterd worden en hoe kan informatietechnologie daarbij optimaal gebruikt worden?

Zorgnetwerk

Een zorgnetwerk heeft voor de patiënt als voordeel dat een

individueel, op maat gesneden zorgaanbod tot stand komt. Omdat de patiënt niet binnen een vooraf gedefinieerde patiëntencategorie valt en dus niet voor een confectioneer-aanbod (= ketenzorg) in aanmerking komt, is hij aangewezen op maatwerk, in de vorm van een individueel, tijdelijk netwerk.

Het risico bij een zorgnetwerk is echter dat de vraag, wie nu voor wat verantwoordelijk is, niet beantwoord wordt. Het gaat immers om een niet geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband, waarbij geen afspraken vooraf bestaan over taken en verantwoordelijkheden. Er zijn geen protocollen op voorhand aanwezig.

Dit risico zal ondervangen moeten worden in het verticale samenwerkingsverband. De samenwerkende instellingen en beroepsbeoefenaren maken immers afspraken over de bijdrage die elke participant levert. Die afspraken zullen dan niet alleen betrekking moeten hebben op bijdragen aan ketenzorg, maar ook op de verantwoordelijkheidsverdeling bij zorgnetwerken. Zo kan in een verticaal samenwerkingsverband worden afgesproken dat bij een zorgnetwerk de huisarts de primaire verantwoordelijkheid draagt voor de totstandkoming en het goed functioneren van het netwerk.

Verticaal samenwerkingsverband

Ketenzorg en zorgnetwerken omvatten samen de noodzakelijke zorg aan patiënten in een omschreven gebied. De ontwikkeling van een verticaal samenwerkingsverband in dat gebied is te beschouwen als een organisatorische voorwaarde voor het goed functioneren van ketenzorg en zorgnetwerken.

Voor de patiënt heeft de ontwikkeling van verticale samenwerkingsverbanden zowel voor- als nadelen. Een voordeel is dat er één adres is waar de patiënt alle noodzakelijke zorg kan krijgen. De keerzijde daarvan is dat de patiënt weinig te kiezen heeft, wanneer in zijn regio slechts één verticaal samenwerkingsverband voorhanden is. Bij dit laatste nadeel mag overigens de vraag gesteld worden in hoeverre de patiënt op dit moment feitelijk keuzevrijheid kent.

Een voordeel van de ontwikkeling van verticale samenwerkingsverbanden voor professionals in de zorg is dat nieuwe, interessante carrièreperspectieven kunnen ontstaan. Er wordt veelal projectmatig en resultaatgericht gewerkt, waarbij verantwoordelijkheden zo dicht mogelijk bij de werkvloer komen te liggen.

Voor de betrokken instellingen heeft ketenvorming als voordeel dat de doelmatigheid van het bedrijfsproces vergroot kan worden.

Een nadeel van verticale samenwerkingsverbanden is dat transparantie binnen de huidige financieringsystematiek onvoldoende gewaarborgd is. Voor het management van het verticale samenwerkingsverband kan dit overigens tot op zekere hoogte een voordeel zijn. Het geld komt binnen en wordt achter de voordeur flexibel ingezet.

7. Conclusies

Vanuit inhoudelijke, bedrijfsmatige en strategische overwegingen gaan steeds meer instellingen in de gezondheidszorg verticale samenwerkingsverbanden aan. De samenwerking is gericht op twee doelen:

- het leveren van ketenzorg aan helder omschreven patiëntencategorieën, op basis van protocollen;
- het garanderen dat individuele zorgnetwerken tot stand komen voor patiënten met complexe hulpvragen, die niet in aanmerking komen voor ketenzorg.

Een gevolg van de ketenvorming is dat gebruikelijke kaders in de gezondheidszorg - zoals *cure* en *care* en eerste en tweede lijn - aan herijking toe zijn. Domeinen die voorheen afgebakend waren door traditionele grenzen komen nu samen in het verticale samenwerkingsverband.

Een noodzakelijke voorwaarde voor een goed functionerend verticaal samenwerkingsverband is dat de eerste lijn (en dan met name de huisartsen) zich professioneel organiseert. Het initiatief voor de ontwikkeling van een verticaal samenwerkingsverband ligt immers vaak bij de van oudsher sterk georganiseerde en geprofessionaliseerde tweedelijns voorzieningen. Voor een sterk en evenwichtig verticaal samenwerkingsverband is daarom tegenwicht nodig. De eerste lijn moet daartoe als volwaardige samenwerkingspartner aangesproken kunnen worden.

De ontwikkeling van verticale samenwerkingsverbanden brengt met zich dat voor zorgverzekeraars en overheden een meer overzichtelijk veld ontstaat. Daar waar ketenvorming leidt tot een monopolie - zodat patiënten zijn aangewezen op één zorgconcern, die in de regio alle zorg levert - zullen waarborgen geschapen moeten worden op het terrein van kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid.

Bijlage 7

Thuiszorg en persoonlijke dienstverlening

Secretariaatsnotitie

Een van de vragen waar het advies Redesign van de eerste lijn antwoord op moet geven, luidt: waar ligt de grens tussen thuiszorg en persoonlijke dienstverlening?

In deze notitie gaan we op die vraag in. De achtergrond waartegen deze vraag geplaatst moet worden is de discussie over het domein van de gezondheidszorg.

Welke activiteiten behoren tot het domein van de gezondheidszorg c.q. het ziektekostenstelsel en welke activiteiten zouden tot andere domeinen gerekend moeten worden?

1. Waarom is de vraag relevant?

Waarom moet er zo nodig afgebakend worden? Waarom is het van belang om het domein van de gezondheidszorg scherper in beeld te krijgen? Op die vraag is de RVZ in een aantal adviezen nader ingegaan, met name in de adviezen De toekomst van de AWBZ (1997), Met zorg wonen (1997 en 1998), Medische hulpmiddelen (1997) en GGZ in de 21e eeuw (1998).

Een centrale gedachte in die adviezen is dat het domein van de gezondheidszorg scherper afgebakend dient te worden ten opzichte van andere domeinen, zoals huisvesting en dienstverlening. Motieven om tot een scherpere afbakening te komen zijn:

- de doelstellingen van gezondheidszorg zijn in de afgelopen decennia verbreed: naast de klassieke doelstellingen (preventie, herstellen, draaglijk maken) is maatschappelijke participatie sluipeenderwijs een doelstelling van gezondheidszorgbeleid geworden. Dat heeft geleid tot een vermenging van domeinen. Onderdelen van gezondheidszorg, huisvesting en dienstverlening worden - vaak op starre wijze - gekoppeld in totaalarrangementen. Een ontkoppeling van domeinen kan leiden tot een meer flexibel aanbod op maat;
- een scherpere afbakening van domeinen kan het burgerschaps perspectief vergroten. Het gaat dan om de afhankelijkheid van een zorginstelling te verkleinen en om consumentensovereiniteit en keuzevrijheid te vergroten. Omgekeerd geldt dat een diffuus zorgdomein kan leiden tot medicalisering van het dagelijks leven;

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- het gebrek aan helderheid over de doelstellingen van de verschillende stelsels leidt tot onduidelijkheid in de toedeling van verantwoordelijkheden en financiering. Voor welke onderwerpen heeft de minister van VWS een eigen verantwoordelijkheid, wanneer beleidsterreinen door elkaar lopen (facetbeleid)? Een ander voorbeeld: moeten kosten van medische hulpmiddelen die bijdragen aan maatschappelijke participatie binnen het ziektekostenstelsel gefinancierd worden of niet?

Een helder onderscheid tussen domeinen op basis van kern-doelstellingen kan bijdragen aan een betere verantwoordelijkheidsverdeling en kostentoedeling. Dit is van belang vanuit het oogpunt van parlementaire controle, transparantie van geldstromen, toezicht op rechtmatigheid en doelmatigheid.

In het advies Met zorg wonen (hoofdstuk 2) wordt nader op de verschillende motieven ingegaan.

Ook de politieke context is relevant bij de domeindiscussie. Het gaat dan om de vraag wat een sociale ziektekostenverzekering zou moeten dekken en in welk compartiment de verschillende aanspraken ondergebracht zouden moeten worden. Dit laatste aspect houdt verband met de discussie over de geschiktheid van *cure* en *care* als ordeningsprincipes. Hierover zal de Raad separaat adviseren (zie Werkprogramma RVZ 1999).

2. Welke afbakening heeft de RVZ gekozen?

De RVZ heeft in het advies Met zorg wonen (deel I, p. 24 e.v.) een onderscheid gemaakt tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting. Voor deze notitie is met name het onderscheid tussen gezondheidszorg en dienstverlening relevant. De Raad baseert dit onderscheid op het conceptueel kader van de ICIDH (oorzaken, stoornissen, beperkingen, handicaps):

- *gezondheidszorg* heeft betrekking op interventies die zich primair of overwegend richten op de oorzaken van gezondheidsproblemen. Aangrijpingspunten zijn dus ziekten, aandoeningen, symptomen of stoornissen. Het accent ligt op medische, verpleegkundige en paramedische diensten;
- *dienstverlening* heeft betrekking op interventies die zich primair of overwegend richten op de gevolgen van ziekte voor het dagelijks functioneren en de deelname aan het maatschappelijk leven. Het aangrijpingspunt hier is de beperking in de

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

zelfredzaamheid.

Dienstverlening omvat in de visie van de Raad ondersteuning bij de volgende beperkingen in de zelfredzaamheid: zelfverzorging, huishoudelijke vaardigheden, mobiliteit, communicatieve en cognitieve vaardigheden, sociale interactie, werk/inkomen/vrije tijd. In een bijlage (bijlage 7A) bij deze notitie wordt een uitgebreide opsomming gegeven.

In andere adviezen, zoals Medische hulpmiddelen en GGZ in de 21e eeuw, is deze lijn doorgetrokken.

Concreet beveelt de Raad in het advies Met zorg wonen deel I aan om de functie dienstverlening nader uit te werken op basis van de volgende principes:

- functioneel en niet institutioneel;
- op geleide van de behoeften van met name mensen met ernstige en langdurige beperkingen;
- op basis van reële kostprijzen;
- zo veel mogelijk betaald door de gebruiker, zo nodig met financiële compensatie (integratietegemoetkoming of PGB-achtige compensatievormen);
- maak dienstverlening tot een wettelijke aanspraak via het uitbouwen van de WVG.

In het advies Medische hulpmiddelen komt de Raad met wederom de ICIDH als referentiekader tot een scherper onderscheid in functies van medische hulpmiddelen en tot een herbezinning op de verdeling van aanspraken over de stelsels. De medische hulpmiddelen die primair tot doel hebben de maatschappelijke participatie te bevorderen c.q. het dagelijks functioneren te ondersteunen moeten in de visie van de RVZ op termijn uit het ziektekostenstelsel gehaald worden en worden overgeheveld naar het dienstverleningstelsel.

'Op termijn', want de RVZ adviseert op dit moment geen grootschalige herschikking. De reden hiervoor is dat de Raad meent dat op dit moment niet kan worden voldaan aan de condities voor het scheiden van wonen, zorg en dienstverlening, zoals geformuleerd in het advies De toekomst van de AWBZ.

3. De grens tussen thuiszorg en persoonlijke dienstverlening

Wat wordt bedoeld met thuiszorg en persoonlijke dienstverlening?

Bij de vraag wat nu de grens is tussen thuiszorg en persoonlijke dienstverlening moeten we allereerst nader preciseren wat bedoeld wordt met de genoemde termen.

Thuiszorg is langzamerhand een onbruikbaar begrip aan het worden in de gezondheidszorg, omdat de term verwijst naar een lokatie c.q. organisatie en niet naar een doelgerichte activiteit. Wat is bijv. het verschil tussen thuiszorg en verpleeghuiszorg in de thuis situatie? Verder kunnen we constateren dat thuiszorg in de loop der tijd een verzamelbegrip is geworden, waarmee een scala aan zorgactiviteiten en diensten kan worden aangeduid.

Algemene thuiszorg is momenteel een aanspraak in het kader van de AWBZ. In de AWBZ wordt onder algemene thuiszorg verstaan: verpleging, verzorging adl-assistentie), huishoudelijke hulp (hdl-assistentie), begeleiding en voorlichting in verband met ziekte, herstel, invaliditeit, psychosociale of gezinsproblemen en ouderdom. Ook het gedurende maximaal 26 weken in bruikleen krijgen van verpleegartikelen hoort tot de thuiszorg.

Voor verpleging en verzorging geldt een maximum van 3 uur per dag. Heeft iemand tijdelijk meer zorg nodig, dan kan een beroep gedaan worden op de subsidieregeling voor intensieve thuiszorg van de Ziekenfondsraad.

Persoonlijke dienstverlening is geen wettelijk omschreven activiteit. Gedoeld wordt op diensten als alarmering, woonbegeleiding e.d.

Antwoord op de vraag

Zo opgevat lijkt het antwoord op de vraag duidelijk, wanneer we de lijn uit voorgaande RVZ-adviezen consequent doortrekken. Thuiszorg omvat in de huidige omschrijving onderdelen uit twee domeinen: gezondheidszorg en dienstverlening. Verpleging en begeleiding en voorlichting in verband met ziekte en herstel behoren tot het domein van de gezondheidszorg; alle overige functies behoren tot het domein van de dienstverlening.

Commentaar en nadere uitwerking

Strikt genomen ligt de grens bij verpleging; adl-assistentie valt niet meer onder gezondheidszorg maar onder dienstverlening. In het advies Met zorg wonen deel II (p. 85) wordt op dit punt een nuancing aangebracht. "De Raad meent dat deze activiteiten (gedoeld

wordt op adl-assistentie) *zich afspelen op het snijvlak van beide concepten. Hulpmiddel bij de plaatsbepaling zou het antwoord op de vraag kunnen zijn of de adl-assistentie een op zichzelf staande activiteit is (dan dienstverlening), of dat de assistentie rechtstreeks in het verlengde ligt van andere verpleegkundige en (para)medische activiteiten en daar als het ware uitvoeringsvoorwaarde van is (dan gezondheidszorg)."*

Meer principieel kan hier de vraag gesteld worden in hoeverre activiteiten of handelingen altijd voldoende eenduidig van elkaar te onderscheiden zijn. Daar waar sprake is van een enkelvoudige hulpbehoefte (bijv. behoefte aan hulp bij zwaar huishoudelijk werk) is er geen probleem. Wanneer de hulpbehoefte meerdere aspecten omvat, wordt het lastiger. Waar gaat wassen (adl-assistentie) over in wondverzorging (verpleging)? Is het doelmatig om deze handelingen te onderscheiden en zo ja op welk niveau (uitvoering, financiering)?

Producttypering kan hier uitkomst bieden. De Raad heeft dat ook sterk benadrukt in het advies Met zorg wonen. Op het terrein van de gezondheidszorg is al ervaring opgedaan met producttypering. De functie dienstverlening zal ook in termen van producten nader gespecificeerd moeten worden.

In dat proces van producttypering is het goed denkbaar dat producten zullen ontstaan die qua inhoud en financiering onder verschillende domeinen vallen (bijv. gezondheidszorg en dienstverlening).

De afbakening tussen (onderdelen van) gezondheidszorg en dienstverlening hangt ook samen met de vraag of er voor de patiënt sprake is van huisvesting of verblijf. Bij intramuraal verblijf in een verpleegkliniek zijn de verschillende onderdelen van het aanbod (gezondheidszorg, verblijf en dienstverlening) gecombineerd in één integrale aanspraak binnen de AWBZ (eerste compartiment).

Bij opname in een ziekenhuis (tweede compartiment) is eveneens sprake van verblijf en vallen dienstverlenings-componenten zoals adl-assistentie, maaltijdbereiding en bezorging onder de noemer gezondheidszorg.

In beide situaties speelt doelmatigheid een hoofdrol.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Dienstverlening (uit: bijlage 7 van advies Met zorg wonen, deel I)

Dienstverlening

De ondersteuning bij het dagelijks leven wordt door de RVZ samengevat met het begrip *dienstverlening* en omvat - afhankelijk van de gezondheidssituatie - een scala aan activiteiten:

- trainen / reactiveren;
- begeleiding bij uiteenlopende activiteiten op verschillende levensterreinen: boodschappen doen, gedrag, communicatie, huishouden voeren, recreatieve activiteiten etc.;
- geheel of gedeeltelijk overnemen van taken zoals: hulp bij aan- en uitkleden, koken, eten, wassen, stofzuigen, bed opmaken etc. (hdl en adl; care in engere zin).

De RVZ onderscheidt de volgende onderwerpen:

- * zelfverzorging (adl), onder andere:
 - wassen, aan- en uitkleden.
- * huishoudelijke vaardigheden, onder andere:
 - schoonmaak;
 - boodschappen doen;
 - maaltijdverzorging.
- * mobiliteit/bewegingsvaardigheden, onder andere:
 - (aangepast) individueel en collectief vervoer, rolstoel.
- * cognitieve vaardigheden, onder andere:
 - omgaan met geld; administratief regelvermogen: geld-, verzekerings- en bank-zaken;
 - woonbegeleiding, structureren van de dag, coping;
 - psycho-sociaal regelvermogen: herkennen van risico's zoals omgaan met elektriciteit, gas, brand, lekkage.
- * communicatie, onder andere:
 - communicatie met de buitenwereld;
 - alarmering, alarmopvolging.
- * interpersoonlijke relaties, onder andere:
 - functioneren in een sociale situatie;
 - ondersteuning in het onderhouden en eventueel uitbreiden an sociale contacten.
- * werk, opleiding, vrije tijd, onder andere:
 - dagbesteding;
 - omgaan met fysieke, psychologische en cognitieve aspecten.

- * wonen en woonomgeving:
 - zorgdragen voor sociale en fysieke veiligheid buiten de

- woning;
- ondersteunen mantelzorg.

Bijlage 8

Achtergrondstudie 'Omvang van de groep thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen'

Geschreven door dr. R.L. Hulsman en dr. A. Kerkstra
in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Inhoudsopgave

1	Inleiding	103
2	Methode	105
2.1	Steekproef	105
2.2	Operationalisaties	106
3	Resultaten	111
3.1	Zorggebruik	111
3.2	Zorgbehoefte	112
3.3	Zorggebruik en zorgbehoefte	116
4	Conclusies	122
	Bijlage	
A	Literatuur	127

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

1 Inleiding

In de nota 'Thuiszorg en Zorg Thuis' (VWS 1997) meldt de minister van VWS dat zij de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) om advies zal vragen over een 'redesign van de eerste lijn'. De reden hiervoor is de aarzeling of met de toenemende extramuralisering van medische zorg en zorg thuis de huidige organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg nog wel voldoet om tegemoet te komen aan patiënten met complexe zorgvragen.

Dit onderzoek is bedoeld als achtergrondstudie voor het advies van de RVZ met als doel inzicht te geven in de *omvang* van de categorie thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen. De aarzeling met betrekking tot de toereikendheid van de coördinatie en continuïteit in de complexe zorgverlening heeft namelijk de behoefte aan feitelijke informatie hieromtrent doen toenemen.

Daarom staan in dit onderzoek de volgende vragen centraal:

1. Wat is de omvang van de categorie thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen?
2. Is de omvang van de groep patiënten met een complexe zorgvraag toegenomen in de jaren 90?

Volgens de RVZ kan van complexe zorg worden gesproken als een patiënt van verschillende hulpverleners zorg ontvangt en er bij de patiënt meerdere zorgproblemen spelen. Bij het identificeren van de omvang van het probleemaanbod dat een multidisciplinaire aanpak vergt kan men derhalve uitgaan van zorggebruik en van zorgbehoefte. In navolging van de procedure die destijds werd gevolgd bij de Scenariostudie van eerstelijnszorg en thuiszorg worden beide benaderingen gecombineerd (STG, 1992).

Informatie over multidisciplinair gebruik van de gezondheidszorg krijgt voor onze onderzoeksvragen pas betekenis als dat gecombineerd wordt met indicatoren voor zorgbehoefte.

Gezien de substitutie van intramurale door extramurale zorg en een toenemende vergrijzing wordt verwacht dat de omvang van de groep patiënten met een complexe zorgvraag de afgelopen jaren is toegenomen. Dat impliceert voor het zorggebruik dat naar verwachting een grotere groep mensen gebruik maakt van meer dan één zorg discipline. Vanuit de zorgbehoefte gezien is de verwachting dat er een grotere groep mensen is met een intensievere zorgvraag als gevolg van meerdere aandoeningen en verminderd zelfstandig functioneren.

2 Methode

Voor het beantwoorden van de vraagstellingen is gebruik gemaakt van de Gezondheidsenquêtes van het CBS van 1990 en 1996. Op deze wijze wordt het meest recent beschikbare bestand (1996) vergeleken met het oudste vergelijkbare bestand (1990). Het doel van de Gezondheidsenquête is een zo volledig mogelijk en representatief overzicht te verschaffen van de gezondheidstoestand en medische consumptie van de Nederlandse bevolking in relatie tot persoons- en achtergrondkenmerken. De Gezondheidsenquête wordt ieder jaar afgenomen bij personen (of proxy's) in particuliere huishoudens van 0 jaar en ouder. Personen die in inrichtingen, instellingen of tehuizen verblijven, worden niet ondervraagd. De enquête van 1990 omvat 7335 personen, die van 1996 omvat 8731 personen.

Aan deze enquêtes zijn indicatoren voor zorggebruik en voor zorgbehoefte ontleend. De zorggebruik indicatoren zijn tijdens interviews verzameld. Deze gegevens zijn derhalve volledig. De zorgbehoefte indicatoren zijn gemeten door middel van een schriftelijke vragenlijst die is voorgelegd aan personen van 16 jaar en ouder. Niet alle geënquêteerden hebben deze vragenlijst aan het CBS geretourneerd. De non-respons onder de geënquêteerden van 16 jaar en ouder bedraagt 7 procent in 1990 (398 personen) en 12 procent in 1996 (813 personen). Deze non-respons is gelijkmatig verdeeld over alle leeftijden. Het is daardoor onwaarschijnlijk dat als gevolg van de non-respons er een vertekening in de zorgbehoefte en zorggebruik indicatoren is opgetreden.

In dit onderzoek wordt gerapporteerd over de steekproef van personen van 16 jaar en ouder waarvan ook de vragenlijstgegevens beschikbaar zijn. De steekproef bestaat uit 5497 personen in 1990 en 6189 personen in 1996.

2.1 Steekproef

De enquêtes van 1990 en 1996 zijn vergeleken op de demografische kenmerken leeftijd, geslacht en soort huishouden van de respondenten (Tabel 1). Beide steekproeven verschillen niet qua geslachtsverdeling van de respondenten. Wel is er een verschil in de gemiddelde leeftijd; de respondenten van 1996 zijn gemiddeld een jaar ouder dan die in 1990. De leeftijdsopbouw is representatief voor de bevolking (Tabel 1). Het percentage alleenwonenden is toegenomen van 13 procent in 1990 naar bijna 15 procent in

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

1996. Dit verschil zou deels verklaard kunnen worden door een toegenomen percentage ouderen in 1996. Indien echter gecorrigeerd wordt voor het leeftijdsverschil tussen beide jaren, dan is het percentage alleenwonenden in 1996 nog steeds groter dan in 1990.

Tabel 1: Demografische kenmerken van de twee steekproeven

	1990 (N=5497)	1996 (N=5497)
Geslacht¹		
- aantal mannen	2646 (48.1%)	2922 (47.2%)
- aantal vrouwen	2851 (51.9%)	3267 (52.8%)
Gemiddelde leeftijd (s.d.)²		
- mannen	42.73 (17.13)	44.38 (16.67)
- vrouwen	44.56 (17.95)	45.12 (17.53)
Alleenwonend³	721 (13.1%)	910 (14.7%)

¹ niet significant

² $t=3.39$; $df=11445$; $p<.001$

³ $\chi^2=6.11$; $df=1$; $p<.05$

Tabel 2: Leeftijdsverdeling van de ouderen in de bestanden en in de bevolking

leeftijd	Gezondheidsenquête			
	Bevolking		1990	1996
jonger dan 55 jaar	71.3	71.0	72.3	71.4
55-64 jaar	13.3	13.6	12.0	12.2
65-74 jaar	9.8	9.4	9.4	9.8
75-84 jaar	4.8	5.0	5.4	5.6
85 en ouder	0.7	1.0	1.0	1.1

2.2 Operationalisaties

Multidisciplinair zorggebruik

Bij de benadering vanuit het gebruik vormen de in de enquête gestelde vragen of men het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van de diensten van de: huisarts, specialist, ziekenhuis-opname, fysiotherapie, wijkverpleging, gezinsverzorging, en Algemeen Maatschappelijk Werk het centrale gegeven. Gevraagd is of men in het afgelopen jaar één of meer keren van deze instanties of hulpverleners gebruik heeft gemaakt. Op basis van deze gegevens

Redesign van de eerste lijn in transmurale perspectief

kan het aantal patiënten worden vastgesteld dat in de peiljaren gebruik heeft gemaakt van hulp van één of meerdere disciplines. Opgemerkt dient te worden dat niet zichtbaar is of er een samenhang bestaat tussen het zorggebruik van de verschillende disciplines qua tijdstip en qua inhoud van de zorg. Als iemand binnen één jaar hulp heeft gebruikt van meer dan één discipline, dan hoeft dat nog niet voor dezelfde problematiek te zijn geweest.

Behoeft aan multidisciplinaire zorg

De wijze waarop de zorgbehoefte indicatoren geoperationaliseerd zijn is ontleend aan de Scenariostudie voor eerstelijnszorg en thuiszorg (STG 1992). Daarin wordt gesteld dat de zorgbehoefte van chronisch zieke patiënten afhankelijk is van: gezondheid, zelfredzaamheid m.b.t. ADL en HDL, psychosociale redzaamheid en mantelzorg. De aard van de aandoening is van ondergeschikt belang voor de zorgbehoefte; het zijn vooral de tekorten in het zelfstandig functioneren die de zorgbehoefte bepalen. Er zijn zeven zorgbehoefte indicatoren geanalyseerd:

1. Leeftijd ouder dan 75 jaar
Met het ouder worden neemt het aantal lichamelijke beperkingen sterk toe. Ondervindt van de ouderen van 65 tot 74 jaar nog 24 procent matige of ernstige lichamelijke beperkingen; bij mensen van 75 jaar en ouder is dit percentage gestegen tot bijna de helft (49%) (Timmermans e.a. 1997).
2. Aantal chronische aandoeningen
Aan de respondenten werd een lijst van 24 chronische aandoeningen voorgelegd, met de vraag of men al of niet aan één of meer van deze aandoeningen lijdt. Analoog aan STG (1992) zijn in deze lijst **tien** aandoeningen als ernstig aangemerkt: CARA, hartkwalen, beroerte, nierziekte, diabetes, artrose, arthritis, reuma, epilepsie, kanker. Van personen die aangeven aan één of meer van deze ernstige aandoeningen te lijden, wordt aangenomen dat zij tot de groep gerekend kunnen worden die behoefte heeft aan zorg van meerdere disciplines.
Daarbij dient te worden opgemerkt dat een aantal belangrijke ziekten zoals multiple sclerose, parkinson en dementie geen onderdeel uitmaken van deze lijst van de Gezondheidsenquête.
3. ADL/HDL indicatoren

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

De behoefte aan multidisciplinaire zorg wordt niet in de eerste plaats bepaald door het voorkomen van specifieke aandoeningen, maar vooral door de mate waarin de aandoeningen beperkingen in het dagelijks functioneren met zich meebrengen (STG 1992). Gemeten zijn beperkingen in de Algemene Dagelijks Levensverrichtingen (ADL) en in de Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL). Deze aspecten zijn gemeten met twee vragenlijsten:

- Langdurige lichamelijke beperkingen (OECD; Organisation for Economic Cooperation and Development)

Deze vragenlijst bevat 8 vragen gemeten op een 4-puntschaal. De vragen betreffen beperkingen in zien, horen en mobiliteit.

- Activiteiten van het dagelijks leven (ADL)

Deze vragenlijst heeft 10 items die zijn gemeten op een 4-puntsschaal. De vragen betreffen lichamelijke verzorging en mobiliteit. Deze ADL vragenlijst is alleen afgenomen bij mensen van 55 jaar en ouder. Verondersteld wordt dat bij jongere personen het aantal klachten van dit type verwaarloosbaar klein is.

Deze vragenlijsten bevatten geen typische HDL items over het bereiden van een maaltijd of het huishouden doen. Er wordt daarom geen apart onderscheid gemaakt tussen ADL en HDL activiteiten.

Op basis van beide lijsten is een ADL/HDL schaal samengesteld met vijf categorieën, variërend in de hoeveelheid moeite waarmee de ADL en HDL activiteiten worden verricht:

- 0 = alle activiteiten zonder moeite en zonder hulp;
- 1 = moeite met één activiteit, wel alles kunnen zonder hulp;
- 2 = moeite met twee of meer activiteiten, wel alles kunnen zonder hulp;
- 3 = één activiteit niet of alleen met hulp kunnen uitvoeren;
- 4 = twee of meer activiteiten niet of alleen met hulp kunnen uitvoeren.

4. Subjectief gezondheidsoordeel

De Gezondheidsenquête bevat een vraag naar de subjectieve gezondheid die door de enquêteurs aan de respondenten is voorgelegd. Deze vraag luidt: 'Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?'. Antwoorden betreffen een 5-puntsschaal variërend van 'zeer goed' tot 'slecht'.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Subjectief ongezond is geoperationaliseerd als een score van 4 (soms goed/soms slecht) of 5 (slecht) op deze schaal.

5. Algemene ervaren gezondheid (VOEG)
De Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG) bestaat uit 23 vragen naar aanwezigheid van vage klachten zoals pijn, moeheid, hoesten, nervositeit. Als operationalisatie van de algemene ervaren gezondheid wordt het aantal klachten waarvan men last heeft bekeken, en of men last heeft van één of meer van deze klachten.
6. Psychisch welbevinden (ABS)
Deze vragenlijst bestaat uit 5 vragen naar of men de afgelopen weken wel eens last heeft gehad van klachten als eenzaamheid, rusteloosheid en een terneergeslagen stemming. De vragen worden gemeten op een 4-puntsschaal, variërend van 'helemaal niet' tot 'erg vaak'. Psychisch welbevinden is geoperationaliseerd als (erg) vaak last hebben van één of meer van deze klachten.
7. Zorgklassen
Op basis van de zorgbehoefte indicatoren zijn evenals in de Scenariostudie (STG 1992) een viertal zorgklassen gedefinieerd. De zorgklassen zijn toegespitst op chronisch zieken met één of meer ernstige chronische aandoeningen. De klassen variëren in de mate waarin de respondenten hulpbehoevend zijn op basis van ADL/HDL indicatoren. De vier zorgklassen zijn als volgt gedefinieerd:
Zorgklasse 1:
 - één of meer chronische aandoeningen;
 - moeite met één of meer activiteiten uit de ADL/HDL schaal;
 - wel alle ADL/HDL activiteiten zonder hulp.Zorgklasse 2:
 - één of meer chronische aandoeningen;
 - één activiteit uit de ADL/HDL schaal kan niet of alleen met hulp worden uitgevoerd.Zorgklasse 3:
 - één of meer chronische aandoeningen;
 - twee of meer ADL/HDL activiteiten kunnen niet of alleen met hulp worden uitgevoerd.Zorgklasse 4:
 - zelfde criteria als Zorgklasse 3;

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

- een minder goede subjectieve gezondheid;
- alleen een huishouden voeren;
- 55 jaar en ouder.

3 Resultaten

3.1 Zorggebruik

Het percentage respondenten dat in een jaar van de zeven soorten zorgvoorzieningen of hulpverleners heeft gebruik gemaakt is weergegeven in Tabel 3. De tabel laat zien dat het zorggebruik in 1996 is afgenomen ten opzichte van 1990. Met name het percentage respondenten dat een specialist heeft bezocht is significant gedaald. Ook is in 1996 minder vaak gebruik gemaakt van meer dan één discipline, terwijl men juist vaker gebruik heeft gemaakt van één discipline. Daarmee blijkt het aantal personen dat multidisciplinaire zorg gebruikt af te nemen van 46.8 procent in 1990 naar 43.1 procent in 1996.

Tabel 3: Zorggebruik per discipline en multidisciplinair zorggebruik

	1990	(N=	1996	(N=
		5497)		6189)
huisartsbezoek ¹	4261	(77.5%)	4788	(77.4%)
specialist bezoek ²	2361	(43.0%)	2446	(39.5%)
fysiotherapie ¹ 932	(17.0%)	971	(15.7%)	
ziekenhuis-opname ¹	426	(7.7%)	454	(7.3%)
gezinszorg ¹	143	(2.6%)	159	(2.6%)
wijkverpleging ¹	84	(1.5%)	81	(1.3%)
algemeen maatschappelijk werk ¹	61	(1.1%)	64	(1.0%)
Aantal disciplines: ³				
- geen	991	(18.0%)	1131	(18.3%)
- een	1934	(35.2%)	2390	(38.6%)
- twee	1643	(29.9%)	1708	(27.6%)
- drie	714	(13.0%)	742	(12.0%)
- vier of meer	215	(3.9%)	218	(3.5%)

¹ niet significant

² $\chi^2=14.1$; $df=1$; $p<.000$

³ $\chi^2=18.2$; $df=4$; $p<.001$

In Tabel 4 zijn specifieke combinaties van multidisciplinair zorggebruik weergegeven. Bekeken zijn de combinaties van huisarts en specialisten bezoek en gebruik van gezinszorg en

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

wijkverpleging. Een duidelijke verandering is waarneembaar in het gebruik van de combinatie van huisarts en specialist dat in 1996 een daling laat zien t.o.v. 1990. Van de overige combinaties van zorggebruik in Tabel 4 is in 1996 even vaak gebruik gemaakt als in 1990. Procentueel laten deze combinaties een lichte daling zien, hetgeen correspondeert met de gegevens uit Tabel 3. Uitzondering daarop vormt de combinatie specialist bezoek en gezinszorg, dat procentueel een lichte (maar niet significante) stijging vertoont.

Tabel 4: Zorggebruik: combinaties van disciplines

	1990	(N=	1996	(N=
		5497)		6189)
Huisarts en specialist ¹	2162	(39.3%)	2215	(35.8%)
Gezinszorg en wijkverpleging ²	26	(0.5%)	26	(0.4%)
Huisarts met:				
- gezinszorg ² 139	(2.5%)	147	(2.4%)	
- wijkverpleging ²	80	(1.5%)	78	(1.3%)
- gezinszorg en wijkverpleging ² 26	(0.5%)	26	(0.4%)	
Specialist met:				
- gezinszorg ² 107	(1.9%)	130	(2.1%)	
- wijkverpleging ²	64	(1.2%)	59	(1.0%)
- gezinszorg en wijkverpleging ² 21	(0.4%)	24	(0.4%)	

¹ $\chi^2=15.6$; $df=1$; $p<.000$

² niet significant

3.2 Zorgbehoefte

Tabellen 5 en 6 geven een overzicht van de zorgbehoefte indicatoren voor 1990 en 1996.

Tabel 5 laat zien dat een aantal indicatoren wijzen op een toename in de zorgbehoefte tussen 1990 en 1996, met name met betrekking tot het aantal chronische aandoeningen en de ADL/HDL indicatoren. De overige indicatoren laten geen verschillen zien tussen 1990 en 1996.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Zowel het percentage respondenten met één als dat met twee of meer chronische aandoeningen is toegenomen in 1996. Deze toename zou deels een gevolg kunnen zijn van het verschil in gemiddelde leeftijd tussen beide steekproeven. Na correctie voor leeftijd is er inderdaad geen verschil in het percentage respondenten met 1 chronische aandoening in 1996 vergeleken met het percentage in 1990. Het percentage respondenten met 2 of meer ernstige chronische aandoeningen is na correctie voor leeftijd nog steeds groter in 1996 vergeleken met 1990.

De ADL/HDL indicatoren in Tabel 5 laten zien dat in 1996 een groter percentage respondenten moeite heeft met het verrichten van de dagelijkse activiteiten, maar dat de groep mensen die daarbij hulp nodig heeft niet is gegroeid. Bij het toetsen van de verschillen tussen 1990 en 1996 blijkt dat de gemiddeld hogere leeftijd van de respondenten in 1996 een verklaring is voor de toename van de groep die moeite heeft met dagelijkse activiteiten.

Tabel 5: Zorgbehoefte indicatoren

	1990	(N=5497)	1996	(N=5497)
Leeftijd:				
- 55 jaar en ouder ¹	1579	(28.7%)	1795	(29.0%)
- ouder dan 75 jaar ¹	261	(4.7%)	323	(5.2%)
Ernstige chronische aandoeningen²				
- 1 ernstige aandoening	857	(15.6%)	1013	(16.4%)
- 2 of meer ernstige aandoeningen 225	(4.1%)	358	(5.8%)	
OECD:				
- 1 of meer beperkingen ¹	892	(16.2%)	998	(16.1%)
ADL:				
- 1 of meer items met grote moeite ¹	160	(2.9%)	203	(3.3%)
ADL/HDL categorieën:³				
- alles zonder moeite en zonder hulp	3349	(60.9%)	3629	(58.6%)
- moeite met 1 activiteit, alles zonder hulp	838	(15.2%)	1025	(16.6%)
- moeite met >1 activiteit, alles zonder hulp	712	(13.0%)	903	(14.6%)
- 1 activiteit alleen met hulp kunnen	364	(6.6%)	412	(6.7%)
- >1 activiteiten alleen met hulp kunnen	234	(4.3%)	220	(3.6%)
Subjectieve gezondheid (soms) slecht ¹	422	(7.7%)	464	(7.5%)
Algemene ervaren gezondheid (VOEG):				
- gemiddeld aantal klachten ¹	3.5	(3.8)	3.6	(3.8)
- 1 of meer klachten ⁴	4072	(74.1%)	4751	(76.8%)
Psychisch welbevinden (ABS):				
- 1 of meer klachten ¹	701	(12.8%)	782	(12.6%)

¹ niet significant

² $\chi^2=20.0$; $df=2$; $p<.000$

³ $\chi^2=15.1$; $df=4$; $p<.005$

⁴ $\chi^2=11.4$; $df=1$; $p<.001$

In Tabel 6 is de omvang van de zorgklassen weergegeven die zijn geformuleerd op basis van een combinatie van het hebben van één of meer ernstige chronische aandoening(en) en de ADL/HDL indicatoren.

Tabel 6: Zorgklassen

	1990	(N=	1996	(N=
		5497)		6189)
Zorgklassen ¹				
- Geen ernstige chronische aandoeningen en/of niet zorgafhankelijk	4798	(87.3%)	5230	(84.5%)
- Zorgklasse 1	413	(7.5%)	617	(10.0%)
- Zorgklasse 2	130	(2.4%)	184	(3.0%)
- Zorgklasse 3	134	(2.4%)	132	(2.1%)
- Zorgklasse 4	22	(0.4%)	27	(0.4%)
Zorgklasse 3 en 4 samen	156	(2.8%)	158	(2.6%)

¹ $\chi^2=28.0$; $df=4$; $p<.000$

Tabel 6 laat zien dat de omvang van Zorgklasse 4 erg klein is in beide jaren. Deze klasse bestaat uit mensen die voldoen aan de criteria van Zorgklasse 3 en daarnaast ouder dan 55 jaar zijn, alleen wonen en subjectief ongezond zijn. Door deze geringe omvang is het niet zinvol om Zorgklasse 4 apart in de analyses op te nemen. Daarom zal deze groep toegevoegd worden aan Zorgklasse 3.

De groep respondenten die niet tot de zorgklassen behoren, d.w.z. geen ernstige chronische aandoeningen hebben en/of niet zorgafhankelijk zijn, is van 1990 tot 1996 gedaald met 3 procent. Deze daling is gepaard gegaan met een toename in het percentage chronisch zieken met één of meer ernstige aandoeningen die moeite hebben met één of meer activiteiten (Zorgklasse 1), of één activiteit niet zonder hulp kunnen uitvoeren (Zorgklasse 2). De groep chronisch zieken die meerdere activiteiten niet zonder hulp kunnen doen (Zorgklasse 3) is nagenoeg gelijk gebleven.

3.3 Zorggebruik en zorgbehoefte

In Tabel 7 is voor iedere zorgklasse het zorggebruik per discipline in kaart gebracht. Zowel in 1990 als in 1996 is er een duidelijke

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

relatie te zien tussen het zorggebruik per discipline en de zwaarte van de zorgklasse. Ook het multidisciplinaire zorggebruik neemt toe met de zwaarte van de zorgklasse ($F=58.0$; $p<.000$). Bij het vergelijken van de cijfers van 1996 met die van 1990 valt op dat in Zorgklasse 1 het zorggebruik in grote lijnen ongewijzigd is gebleven. In Zorgklasse 2 is een toename zichtbaar van het percentage mensen met gezinszorg. Het overige zorggebruik laat geen verschuivingen zien. In Zorgklasse 3 is het percentage personen dat in 1996 fysiotherapie had gedaald ten opzichte van 1990. Op het overige zorggebruik zijn geen verschuivingen waarneembaar. Het gemiddeld aantal disciplines waarvan men zorg heeft ontvangen per zorgklasse verschilt niet tussen 1990 en 1996.

Tabel 7: Zorggebruik per zorgklasse

	1990	1996
Zorgklasse 1	(N=413)	(N=617)
- Huisarts ¹	90.1%	91.4%
- Specialist ¹	68.3%	66.8%
- Fysiotherapie ¹	29.1%	29.3%
- Ziekenhuis ¹	13.3%	13.1%
- Gezinszorg ¹	4.6%	5.7%
- Wijkverpleging ¹	1.7%	1.1%
- AMW ¹	1.9%	1.6%
Zorgklasse 2	(N=130)	(N=184)
- Huisarts ¹	96.2%	92.4%
- Specialist ¹	72.3%	80.4%
- Fysiotherapie ¹	29.2%	34.8%
- Ziekenhuis ¹	19.2%	14.7%
- Gezinszorg ²	6.2%	14.1%
- Wijkverpleging ¹	2.3%	1.6%
- AMW ¹	1.5%	1.6%
Zorgklasse 3	(N=156)	(N=154)
- Huisarts ¹	96.8%	97.5%
- Specialist ¹	78.8%	77.8%
- Fysiotherapie ³	45.5%	32.3%
- Ziekenhuis ¹	29.5%	28.5%
- Gezinszorg ¹	32.1%	26.6%
- Wijkverpleging ¹	14.7%	15.8%
- AMW ¹	4.5%	1.3%
Gemiddeld aantal disciplines: ¹		
Zorgklasse 1	2.1 (.97)	2.1 (.98)
Zorgklasse 2	2.3 (.93)	2.4 (.93)
Zorgklasse 3	2.9 (1.0)	2.7 (1.1)

¹ niet significant

² $\chi^2=5.02$; $df=1$; $p<.05$

³ $\chi^2=5.79$; $df=1$; $p<.05$

In Tabel 8 is het aantal contacten weergegeven dat patinten in 1990 en 1996 in een periode van twee maanden hadden met de huisarts en de specialist. Van de overige zorgdisciplines is dit gegeven niet precies geregistreerd in de Gezondheidsenquêtes. Bij statistische analyse blijkt dat het gemiddeld aantal huisartscontacten niet is veranderd tussen 1990 en 1996 voor alle subgroepen. Wel is in 1996 voor de chronisch zieken met ADL/HDL beperkingen (zorgklassen) het aantal contacten met de specialist toegenomen ten opzichte van 1990. Daaruit kan geconcludeerd worden dat voor deze categorie patiënten de specialistische zorg intensiever is geworden.

Tabel 8: Gemiddelde frequenties (standaard deviaties) van huisarts en specialist bezoek

	1990	1996
Aantal huisarts consulten in 2 maanden bij:		
Ernstige chronische aandoeningen ¹		
- geen	0.63 (1.1)	0.60 (1.0)
- 1 of meer	1.09 (1.7)	1.08 (1.7)
Zorgklassen: ¹		
- Zorgklasse 1	0.99 (1.3)	1.01 (1.3)
- Zorgklasse 2	1.17 (2.3)	1.48 (2.8)
- Zorgklasse 3	1.76 (2.8)	1.66 (2.1)
Aantal specialist consulten in 2 maanden bij:		
Ernstige chronische aandoeningen: ¹		
- geen	0.63 (1.1)	0.57 (1.0)
- 1 of meer	0.79 (1.3)	0.97 (2.4)
Zorgklassen: ²		
- Zorgklasse 1	0.79 (1.3)	0.91 (2.3)
- Zorgklasse 2	0.89 (1.3)	1.13 (2.4)
- Zorgklasse 3	0.94 (1.4)	1.38 (3.9)

¹ F_{jaar} niet significant

² F_{jaar}=6.3; p<.05

In Tabellen 9a en 9b wordt de relatie geïllustreerd tussen de afzonderlijke zorgbehoefte indicatoren en het aantal disciplines waar men zorg van ontvangt. De tabellen laten duidelijk zien dat een groter zorggebruik (van meerdere disciplines) op alle indicatoren samengaat met een toename op de zorgbehoefte indicatoren. Deze samenhang geldt zowel voor de steekproef van 1990 als voor de steekproef van 1996.

Teneinde inzicht te krijgen in de mate waarin de zorgbehoefte indicatoren bepalend zijn voor het zorggebruik, is een aanvullende regressie analyse gedaan met het aantal disciplines waarvan men zorg ontvangt als afhankelijke variabele en als onafhankelijke variabelen: 75 jaar en ouder, één of meer ernstige chronische aandoeningen, ADL/HDL categorieën, subjectieve gezondheid, algemene gezondheid en psychisch welbevinden.

In 1990 is 16,3 procent van de variantie in het zorggebruik te voorspellen met deze determinanten (Adj. R^2 ; $F=215.3$; $df=5$; $p<.000$); in 1996 is dit 18,6 procent ($F=236.4$; $df=6$; $p<.000$). In beide jaren zijn de belangrijkste determinanten voor zorggebruik de chronische aandoeningen, gevolgd door respectievelijk de ADL/HDL schaal en de subjectieve gezondheid. Leeftijd is de minst belangrijke determinant; in 1990 is dit zelfs geen relevante predictor van zorggebruik.

Tabel 9a: *Zorgbehoefte indicatoren naar het aantal gebruikte disciplines (1990)*

Aantal disciplines	0	1	2	3	4
	N=991	N=1934	N=1643	N=714	N=215
Leeftijd:					
% 55 jaar en ouder	20.8	23.7	32.3	39.2	48.8
% ouder dan 75 jaar	1.9	3.8	5.5	6.2	15.8
Ernstige chronische aandoeningen					
% 1 ernstige aandoening	4.7	10.5	21.4	26.3	31.6
% 2 of meer ernstige aandoeningen	0.3	1.8	4.1	11.2	18.6
OECD:					
% 1 of meer beperkingen	7.6	10.8	18.4	27.9	49.8
ADL:					
% 1 of meer items met grote moeite	0.4	1.0	2.4	6.4	23.3
ADL/HDL categorieën:					
% alles zonder moeite en zonder hulp	75.2	67.7	55.9	43.4	30.7
% moeite met 1 act, alles zonder hulp	13.7	15.1	16.1	17.1	10.2
% moeite met >1 act, alles zonder hulp	10.5	15.5	19.7	20.0	7.0
% 1 act alleen met hulp kunnen	3.1	5.2	8.2	10.2	11.2
% >1 act alleen met hulp kunnen	1.0	1.4	4.2	9.5	27.9
% Subj. gezondheid (soms) slecht	1.4	3.0	9.0	19.0	31.2
Algemene ervaren gezondheid (VOEG):					
% 1 of meer klachten	60.0	71.0	78.8	86.6	88.4
Psychisch welbevinden (ABS):					
% 1 of meer klachten	6.6	10.2	14.5	20.0	27.0
Zorgklassen:					
% Zorgklasse 1	1.9	4.8	9.9	15.4	13.0
% Zorgklasse 2	0.4	1.0	3.4	5.5	5.1
% Zorgklasse 3	0.2	0.6	2.6	6.7	23.7

Tabel 9b: *Zorgbehoefte indicatoren naar het aantal gebruikte disciplines (1996)*

Aantal disciplines	0	1	2	3	4
	N=1131	N=2390	N=1708	N=742	N=218

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

leeftijd:					
% 55 jaar en ouder	17.9	22.9	36.7	42.2	48.6
% ouder dan 75 jaar	1.7	3.1	6.8	9.6	19.7
Ernstige chronische aandoeningen					
% 1 ernstige aandoening	5.0	12.3	21.7	29.5	33.5
% 2 of meer ernstige aandoeningen	0.5	2.5	7.6	15.4	22.0
OECD:					
% 1 of meer beperkingen	6.9	10.4	19.0	32.9	47.7
ADL:					
% 1 of meer items met grote moeite	0.3	1.1	3.6	8.9	21.1
ADL/HDL categorieën:					
% alles zonder moeite en zonder hulp	71.7	66.7	52.1	38.1	23.4
% moeite met 1 act, alles zonder hulp	17.2	16.4	17.8	14.6	12.8
% moeite met >1 act, alles zonder hulp ^{7.3}	11.0	18.4	24.9	26.6	
% 1 activiteit alleen met hulp kunnen	3.2	4.6	8.1	13.3	13.3
% >1 act alleen met hulp kunnen	0.7	1.3	3.6	9.0	23.9
% Subj. gezondheid (soms) slecht	0.9	3.2	9.4	21.1	28.4
Algemene ervaren gezondheid (VOEG):					
% 1 of meer klachten	61.3	75.3	81.6	90.2	89.9
Psychisch welbevinden (ABS):					
% 1 of meer klachten	6.2	10.5	14.5	20.2	29.4
Zorgklassen:					
% Zorgklasse 1	2.4	6.1	14.3	20.8	21.1
% Zorgklasse 2	0.4	1.0	4.3	8.4	9.2
% Zorgklasse 3	0.2	1.0	2.5	6.2	19.7

4 Conclusies

Het doel van deze achtergrondstudie is inzicht te verschaffen in de omvang van de categorie thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen. Volgens de definitie van de RVZ kan van complexe zorg worden gesproken als een patiënt van verschillende hulpverleners zorg ontvangt (multidisciplinair) en er bij de patiënt meerdere zorgproblemen spelen. Aan de hand van de gepresenteerde cijfers over zorgbehoefte en zorggebruik, die zijn ontleend aan de Gezondheidsenquêtes van het CBS van 1990 en 1996, kunnen nu de vraagstellingen worden beantwoord.

1. Wat is de omvang van de categorie thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen?

Op basis van het aantal personen van 16 jaar en ouder in particuliere huishoudens in Nederland in 1990 en in 1996 kan de absolute en relatieve omvang van de categorie thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen berekend worden. Bij deze berekening is een correctie toegepast door middel van een weegfactor gebaseerd op leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en een combinatie van regio en urbanisatiegraad. De aantallen zijn weergegeven in Tabel 10.

In 1996 bedroeg het aantal patiënten met één of meer ernstige chronische aandoeningen 2.731.000 personen (22,3%). Bijna de helft daarvan heeft moeite met één of meer ADL/HDL activiteiten (Zorgklasse 1). Een kwart is hulpbehoevend voor één ADL/HDL activiteit (Zorgklasse 2) of voor meerdere ADL/HDL activiteiten (Zorgklasse 3). Ruim een kwart van de chronisch zieken heeft in 1996 geen ADL/HDL beperkingen.

Het aantal chronisch zieken met de zwaarste ADL/HDL beperkingen (Zorgklasse 3) bedraagt in 1996 in Nederland 326.000 (2,7%). Dit komt overeen met 12 procent van de patiënten met een ernstige chronische aandoening. De overgrote meerderheid van de patiënten in Zorgklasse 3 heeft in 1996 gebruik gemaakt van multidisciplinaire zorg.

Tabel 10: Absolute en relatieve omvang van categorieën chronisch zieken en zorggebruik bij de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder.

Aantallen x 1000	1990		1996	
Aantal personen in particuliere huishoudens van 16 jaar en ouder in Nederland	11.772	(100%)	12.249	(100%)
Aantal ernstig chronisch zieken:				
- met één of meer aandoeningen	2.291	(19.5%)	2.731	(22.3%)
- Zorgklasse 1	856	(7.3%)	1.219	(10.0%)
- Zorgklasse 2	268	(2.3%)	360	(2.9%)
- Zorgklasse 3	353	(3.0%)	326	(2.7%)
Aantal ernstig chronisch zieken dat multidisciplinaire zorg gebruikt:				
- met één of meer aandoeningen	2.184	(18.6%)	2.609	(21.3%)
- Zorgklasse 1	812	(6.9%)	1.164	(9.5%)
- Zorgklasse 2	260	(2.2%)	352	(2.9%)
- Zorgklasse 3	345	(2.9%)	322	(2.6%)

Op basis van de RVZ definitie van complexe zorg, waarbij sprake moet zijn van meerdere zorgproblemen en een multidisciplinair zorggebruik, bedraagt in 1996 het aantal patiënten met een complexe zorgvraag 322.000. Dat aantal is 2,6 procent van de personen van 16 jaar en ouder in particuliere huishoudens, en 12 procent van het aantal chronisch zieken.

Dit getal is onderhevig aan een tweetal onzekerheden. Vanuit het multidisciplinair zorggebruik bekeken kan er sprake zijn van een lichte *overschatting*. In de CBS Gezondheidsenquête is namelijk niet zichtbaar of er een samenhang bestaat tussen het zorggebruik van de verschillende disciplines qua tijdstip en qua inhoud van de zorg. Daardoor kunnen in het algemeen de gepresenteerde cijfers over multidisciplinair zorggebruik een overschatting geven van de werkelijke situatie. Naar verwachting is deze overschatting gering bij ernstig chronisch zieken met meerdere ADL/HDL beperkingen (Zorgklasse 3) omdat men mag aannemen dat bij deze groep contacten met verschillende hulpverleners betrekking hebben op klachten die voortkomen uit de chronische aandoening.

Wellicht van grotere invloed op het berekende aantal patienten met een complexe zorgvraag is het feit dat in de Gezondheidsenquête niet alle (ernstige) chronische aandoeningen zijn geregistreerd. Door het ontbreken van een aantal belangrijke chronische ziekten

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

zoals MS, Parkinson en dementie geven de gepresenteerde cijfers een *onderschatting* van de omvang van het aantal chronisch zieken in Nederland en dus ook van de groep patiënten met een complexe zorgvraag.

Van de ontbrekende aandoeningen vormt dementie de grootste groep: 2,1 procent van de bevolking in 1994 (Maas e.a. 1997). Daarvan verblijft 88 procent in particuliere huishoudens en 12 procent in een verzorgingshuis. Parkinson heeft een prevalentie van 3,1 promille en MS van 1,6 promille in 1994 (Maas e.a. 1997). Met name in gevorderde stadia kunnen deze ziekten in hoge mate gepaard gaan met ADL/HDL beperkingen. Zolang deze patiënten nog niet opgenomen zijn in een verzorgingshuis, bijvoorbeeld door wachtlijsten, zal dit leiden tot een hoger gebruik van multidisciplinaire zorg.

2. Is de omvang van de groep patiënten met een complexe zorgvraag toegenomen in de jaren 90?

In de negentiger jaren is het aantal patiënten met een complexe zorgvraag in aantal gedaald, zowel absoluut als relatief (Tabel 10). De absolute daling bedraagt 23.000 personen; van 345.000 in 1990 naar 322.000 in 1996. Relatief is het aantal patiënten gedaald van 2,9 procent van het aantal mensen in particuliere huishoudens van 16 jaar en ouder in 1990 naar 2,6 procent in 1996. Ook hier geldt dat ziekten als MS, Parkinson en dementie niet in deze cijfers zijn opgenomen. Deze ziekten dragen bij aan een stijging van het aantal chronisch zieken. Voor deze ziekten geldt een toename van zowel prevalentie als incidentie als gevolg van een verbeterde vroegdiagnostiek en een hogere levensverwachting (Maas e.a. 1997). Een verbeterde vroegdiagnostiek heeft echter geen consequenties voor een toename van de complexe zorgvraag. Een hogere levensverwachting van chronisch zieken daarentegen kan wel leiden tot een toename van de complexe zorgvraag.

De cijfers laten zien dat een toename in het aantal patiënten met een of meer ernstige chronische ziekten (met ruim 2,8 procent) niet gepaard is gegaan met een toename van het aantal chronisch zieken met complexe zorgvragen. Aldus lijkt de waargenomen toename in het aantal chronisch zieken vooral voor rekening genomen wordt door 'lichtere' gevallen. De veranderingen in omvang van de zorgklassen geven daar een aanwijzing toe. Terwijl het aantal chronisch zieken dat *moeite* heeft met één of meer ADL/HDL activiteiten (Zorgklasse 1) is gestegen tussen 1990 en

1996 met 2,5 procent, is het aantal chronisch zieken dat *hulpbehoevend* is voor één of meer activiteiten (Zorgklassen 2 en 3) met slechts 0,4 procent gestegen.

Deze bevinding stemt overeen met de bevinding in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 dat er tussen 1983 en 1994 sprake is van een verschuiving van het aantal levensjaren in matige ongezondheid naar een toename van het aantal jaren in lichte ongezondheid (Maas e.a. 1997, p135).

Dat de grootste toename van de chronisch zieken voor rekening komt voor de minder ernstige gevallen kan wellicht verklaard worden door een verbeterde vroege opsporing van veel ziekten als gevolg van een verbeterde diagnostiek. Chronische ziekten worden eerder en daardoor in een vroeger stadium vastgesteld, als de klachten nog niet zo ernstig zijn. Dit mechanisme is bijvoorbeeld van toepassing bij de diagnostiek van astma. Voor deze ziekte wordt inderdaad een toename waargenomen van met name de matig ernstige gevallen (Maas e.a. 1997, p502).

Uit het bovenstaande kunnen we concluderen dat in 1996 de omvang van de groep thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen die gebruik maakt van meerdere hulpverleners ten minste 322.000 personen bedraagt. Dat aantal is 2,6 procent van de personen van 16 jaar en ouder in particuliere huishoudens, en 12 procent van het aantal chronisch zieken.

Het aantal thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen is tussen 1990 en 1996 niet toegenomen. De waargenomen toename, zowel absoluut als relatief, van het aantal chronisch zieken in deze periode is vooral toe te schrijven aan de 'lichtere' gevallen, die niet te maken hebben met ernstige ADL/HDL beperkingen.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Bijlage 8A

Literatuur

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1997*. Voorburg/Heerlen: CBS, 1997.

Maas, I.A.M., *et al.* *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*.
I. De gezondheidstoestand: een actualisering.
Bilthoven/Maarssen (RIVM): Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg*.
Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.

Timmermans, J. (red.) *Rapportage Ouderen 1996*. Rijswijk:
Sociaal Cultureel Planbureau, 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Nota Thuiszorg en Zorg Thuis, kansen voor de toekomst*.
Verkenningen ouderenzorg 1995-2000. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1997.

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Bijlage 9

Lijst van afkortingen

ABS	Affecten Balans Schaal
ADL	Algemene Dagelijks Levensverrichtingen
AMC	Academisch Medisch Centrum
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BUTRAP	Bureau transmurale patintenlogistiek
CARA	Chronische aspecifieke respiratore aandoeningen
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CVA	Cerebro-vasculair accident
DHV	Districtshuisartsenvereniging
EPD	Elektronisch patiëntendossier
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
FTTO	Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg
HAGRO	Georganiseerde huisartsen groep
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
HOED	Huisartsen onder één dak
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
IT	Informatietechnologie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Pharmacie
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging
LVG	Landelijke Vereniging voor Gezondheidszorg
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MCC Klik	Medisch Cordinatie Centrum Klik
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
NDT	Neuro Development Treatment
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PAAZ	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
RHV	Regionale huisartsenvereniging
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen

RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiene
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SIGRA	Samenwerkende Intramurale Gezondheidsvoorzieningen in Regio Amsterdam
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SZG	Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem e.o
UvA	Universiteit van Amsterdam
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VOEG	Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand
VU	Vrije Universiteit
VWS	Ministerie van Volksgezondheid en Sport
WHO	World Health Organization
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZFW	Ziekenfondswet
ZON	Zorgonderzoek Nederland

Bijlage 10

Literatuur

Amelsvoort, F. van e.a. *Functionele netwerken en functionele zorgcircuits: een antwoord op een vraaggerichte zorg?* Utrecht: NIZW, 1990.

Ankoné, A. Het patiëntgeoriënteerde behandelcentrum. *Medisch Contact*, 1996, 51, nr. 11, p. 351-353.

Ankoné, A. Domeinorlogen door overheidsregels en financiering: naar een kleinschalig en veelzijdig eerstelijns zorgcentrum. *Medisch Contact*, 1998, 53, nr. 19, p. 653-655.

Assmann, P., Wieringa, G.J. en Héman, R. De zorgbrug in de regio. *Medisch Contact*, 1998, 53, nr. 10, p. 330-333.

Bekkers, M.J.T.M., Bakker, D.H. de en Boter, J.P. *Cordinaiecentra chronisch ziekenzorg geëvalueerd*. Utrecht: NIVEL, 1997.

Bröcking, B.C. en Hout, A.C. van den. Kleinschalige verpleeghuizen: mythe en werkelijkheid revisited. *Medisch Contact*, 1994, 49, nr. 50, p. 1598-1599.

Dukkers van Emden, D.M., Ros, W.J.G. en Berns, M.P.H. De transferverpleegkundige. *Medisch Contact*, 1998, 53, nr. 10, p. 327-329.

Hoek, H. Concerns in de gezondheidszorg. *ZM Magazine*, 1996, nr. 1, p. 12-18.

Huijsman, R. *Koesteren en ketenen. Over regionaliseren in de ouderenzorg*. Inaugurele rede bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar Ouderen(zorg)beleid aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit. Rotterdam: 30 januari 1998.

Huijsman, R. Managementvraagstukken bij de vorming van zorgketens. In: *Boon, L.(red.), Zorg in bedrijf*. Amstelveen: Stichting Sympoz, 1998.

Klinkert, J.J. Marktwerking in de thuiszorg. *ZM Magazine*, 1997, nr. 5, p. 18-22.

Koning, P.C.J. de en P.G. de Vries. Ketenvorming: samen de schouders eronder. *ZM Magazine*, 1998, nr. 5, p. 16-21.

Kruyt, J en Achterbergh, D. De Zuster is zoek. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 1998, nr. 6, p. 169-172.

Lamberts, H. *In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject*. Lelystad: MEDITekst, 1994.

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging. *Taakverschuiving arts richting verpleegkundige*. Utrecht: LCVV, 1998.

Landelijke Huisartsen Vereniging. *De wereld verandert en de huisarts verandert mee*. Utrecht: LHV, 1995.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. *Basisdocument thuiszorg met het oog op Tweede Kamer-verkiezingen en regeerakkoord 1998-2002*. Bunnik: LVT, 1998.

Lieshout, C. van. Het zorgnetwerk Land van Cuijk. *ZM Magazine*, 1995, nr. 1, p. 8-10.

LVG-Nieuws. De LVG pakt de handschoen op. *LVG-Nieuws*, 1998, nr. 2, p. 9.

Melker, prof. dr. R.A. de. Huisartsbedden: een nieuw concept van medische zorg. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 1995, 12, nr. 11, p. 580-581.

Meijboom-de Jong, B. *Bejaarde patiënten: een onderzoek in twaalf huisartspraktijken*. Proefschrift ter verkrijging van het doctoraat in de geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Groningen: 21 juni 1989.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. *Gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor chronisch zieken*. Zoetermeer: NCCZ, 1995.

NIVEL. *Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden*. Utrecht: NIVEL, 1996.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Zwart op wit: schriftelijke indicatiestelling voor de thuiszorg*. Utrecht: NIZW,

Redesign van de eerste lijn in transmurale perspectief

1997.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Lokale netwerken in de openbare gezondheidszorg; achtergrondstudie bij het RVZ-advies Openbare gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: NIZW/RVZ: 1998.

Peters, R. Transmurale zorg Velzen. *Medisch Contact*, 1996, 51, nr. 50, p. 1620-1621.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Programmatistische jeugdzorg*. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Farmaceutische zorg*. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Rijn, M.H.F. van en Wieringa, G.J. Transmurale zorg boekt flinke terreinwinst. *ZM Magazine*, 1997, nr. 4, p. 14-17.

Sales, I. en Crasborn, L. *Transmurale zorg als Onderneming: een studie naar de voortschrijdende inzichten in transmurale zorg*. Afstudeerscriptie Strategie en Management van Organisaties in de Gezondheidszorg. Katholieke Universiteit Brabant. Tilburg: april 1998.

Schadé, prof. dr. E. Intensieve thuiszorg: De huisarts de wanhoop nabij? *Huisarts en Wetenschap*, 1998, 41, (2), p. 55-56.

Schrijvers, A.J.P., et al. *Health and Health Care in the Netherlands: a critical Self-assessment by Dutch Experts in the Medical and Health Sciences*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.

Sluijk, Chr. en Elzinga, A. Een telefonisch verpleegkundig spreekuur. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 1998, nr. 8, p. 252-254.

Spreeuwenberg, C. *(Net)werken voor chronisch zieken*. Inaugurele rede bij zijn aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht: 16 december 1994.

Spreeuwenberg, C. Huisartsenzorg na 2000: erop of eronder. *Medisch Contact*, 1997, 52, nr. 9, p. 273.

Starfield, B. Is primary care essential? *The Lancet*, 1994, vol. 344, p. 1129-1133.

Starfield, B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA*, 1991, vol. 266, p. 2268-2271.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Managed care en disease management in Nederland*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. *Gezond in de wijk: wijkgericht werken aan vermindering van sociaal economische gezondheidsverschillen*. Den Haag: VNG, 1998.

Vissers, J.M.H. Ziekenhuizen wisselen ervaringen uit. *Het Ziekenhuis*, 1992, nr. 5, p. 213-215.

Weelderen, G. van en Kerkstra, A. *Functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep: feiten, knelpunten en wensen*. Utrecht: NIVEL, 1998.

Wennink, H.J. c.s., Complexe thuiszorg: welke zorg onder welke voorwaarden? *Medisch Contact*, 1992, nr. 12, 47, p. 373-381.

Wieringa, G.J. en Munstermann, D.K. Ziekenhuisverplaatste zorg: kansen voor zorgintegratie. *ZM Magazine*, 1997, nr. 4, p. 4-9.

Windt, W. van der, Calsbeek, H. en Hingstman, L. *Verpleging en verzorging en kaart gebracht 1998*. Utrecht: NZi/Nivel, 1998.

World Health Organization, Regional Office for Europe (EURO). *Health for All Data Base*. Kopenhagen:WHO, 1995) (<http://www.who.ch>).

Bijlage 11

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1998 kost f 270,-.

Werkprogramma 1995

-	Volksgezondheid met beleid	gratis
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00

Werkprogramma 1996

96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/08	Stand van zaken preventie en ouderen (achtergrondnota)	25,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg Deel 1: Advies Deel 2: Achtergronden	30,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/13	Achtergrondstudie Thuis in de ggz	25,00

Werkprogramma 1997

97/01	Adviesprogramma 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

97/05	Met zorg wonen deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/07	Achtergrondnota Beter (z)onder dwang	20,00
97/08	Adviesprogramma 1998 RVZ	gratis
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/12	Met zorg wonen deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/13	Achtergrondstudies Geestelijke gezondheids- zorg in de 21e eeuw	40,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest : essay door Herman Vuijsje	10,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrond- nota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
Werkprogramma 1998		
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
98/03	Werkprogramma 1999	gratis
98M/01	Magazine bij het advies Met zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	3,50

Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1998
ISBN: 90-5732-038-x

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f25,-
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 98/04*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg