

De WMO in internationaal perspectief

Jos Blank
Bart van Hulst



Achtergrondstudie uitgebracht bij het briefadvies over de Wet maatschappelijke ondersteuning van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Zoetermeer, 2005

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2005
ISBN 90-5732-142-4

U kunt deze publicatie bestellen of downloaden via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch bij de RVZ (079 3687 311) onder vermelding van publicatienummer 05/02.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
	Samenvatting	7
1	Inleiding	11
1.1	Achtergrond	11
1.2	Probleemstelling	13
1.3	Leeswijzer	13
2	Onderzoeksvragen en –aanpak	15
2.1	Onderzoeksvragen	15
2.2	Onderzoeksaanpak	15
2.3	Beantwoording van de onderzoeksvragen	17
3	Casus 1: ouderenzorg	18
3.1	Beschrijving casus	18
3.2	Vergelijking met andere landen	19
3.3	Conclusies	22
4	Casus 2: gehandicaptenzorg	24
4.1	Beschrijving casus	24
4.2	Vergelijking met andere landen	25
4.3	Conclusies	26
5	Casus 3: thuiszorg	28
5.1	Beschrijving casus	28
5.2	Vergelijking met andere landen	29
5.3	Conclusies	31
6	Casus 4: psychiatrische zorg	33
6.1	Beschrijving casus	33
6.2	Vergelijking met andere landen	34
6.3	Conclusies	35
	Bijlagen	
1	Questionnaire case 1 (hoofdstuk 3)	39
2	Questionnaire case 2 (hoofdstuk 4)	49
3	Questionnaire case 3 (hoofdstuk 5)	55
4	Questionnaire case 4 (hoofdstuk 6)	63
5	Literatuur	69
6	Overzicht publicaties RVZ	71

Voorwoord

De langdurige zorg in Nederland is sterk in beweging. Zo zal op korte termijn worden gezien welke verantwoordelijkheden binnen en buiten de AWBZ georganiseerd moeten en kunnen worden. Voorts werkt het kabinet aan een wetsontwerp, waarin de verantwoordelijkheden van gemeenten wettelijk worden verankerd. De zogenaamde Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) geeft de wettelijke grondslag voor het vastleggen van gemeentelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor bijzondere maatschappelijke ondersteuning, ook de langdurige zorg in de ons omringende landen is voortdurend onderhevig aan veranderingen. Niet alleen de veranderingen in het buitenland op zich zijn interessant, maar ook de wijze waarop die zorg is georganiseerd.

Ter voorbereiding van een advies over de WMO voor de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) ECORYS verzocht een internationale casestudy uit te voeren. Deze casestudy richt zich op de indicatiestelling, de organisatie en de coördinatie van langdurige zorg van een aantal concrete ziektegevallen. Deze studie bespreekt de lotgevallen van een aantal personen met een bepaalde handicap of ziekte in Canada, Duitsland, Denemarken en Zweden.

Voor de beschrijving van deze lotgevallen heeft ECORYS experts ter plekke geraadpleegd. Wij willen hen graag bedanken voor hun dikwijls uitvoerige behandeling van de cases. Het betreft hier Gretta Lynn Ell (Canada), Lone Bilde (Denemarken), Per-Olov Nylander (Zweden) en Johann Behrens (Duitsland).

Verder willen wij graag Jan Kasdorp en Marina de Lint van de RVZ hartelijk danken voor hun waardevolle bijdragen en de inspirerende discussies die wij met hen mochten voeren.

De WMO in internationaal perspectief

Samenvatting

In dit rapport staan drie onderzoeksvragen centraal:

1. Hoe verloopt in andere landen de samenwerking tussen formele en informele hulpverleners bij meervoudige hulp aan ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten?
2. Wat wordt in deze landen gedaan om de samenwerking te bevorderen?
3. Welke lessen zijn hieruit te trekken voor de invoering van de nieuwe wet op de maatschappelijke ondersteuning en meer in het algemeen voor de samenwerking tussen formele en informele hulpverleners bij meervoudige hulp aan ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten?

Op grond van vier casebeschrijvingen tracht het rapport inzicht te geven in de organisatie en coördinatie van de hulpverlening in vier andere landen. Het betreft hier Canada, Denemarken, Duitsland en Zweden. De beschreven cases hebben betrekking op de hulpverlening aan ouderen, aan lichamelijk gehandicapten, aan langdurig zieken en aan gedragsge stoorden. In deze samenvatting generaliseren we deze conclusies. Er zitten natuurlijk wel duidelijk verschillen tussen de verschillende cases. In relatie tot de onderzoeksvragen zijn de volgende algemene conclusies te trekken:

Samenwerking

De samenwerking tussen formele en informele hulp is in andere landen beperkt. De aanwezigheid van mantelzorg kan geen beperkende factor zijn voor de hoeveelheid te ontvangen zorg. Iemand heeft, gegeven zijn klachten en beperkingen en ongeacht zijn sociale omstandigheden, recht op een aantal voorzieningen. De aanwezigheid van de mantelzorg speelt wel een rol. In Canada wordt de rol van de mantelzorg het meest geëxpliciteerd. De rol van de mantelzorg wordt tijdens de indicatie in kaart gebracht en kan in een zorgplan worden vastgelegd. In alle landen is de mantelzorg vrijblijvend.

Bevorderen van de samenwerking

Het bevorderen van de samenwerking is geen doel op zich. De samenwerking tussen de verschillende soorten hulpverlening is uiteraard wel een aandachtspunt in alle landen. Hiervoor bestaan verschillende structuren. In Canada speelt de SWADD-coördinator een centrale. Hij/zij heeft een belangrijke rol in het zorgproces (coördinatie). In Denemarken ligt de

nadruk op het gegeven dat de gemeente verantwoordelijk is voor goede kwaliteit (controle). In Zweden zijn de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren duidelijk vastgelegd (standaardisatie). Welke vorm het best werkt is moeilijk te beoordelen, laat staan welke vorm in Nederland het best zal werken.

De aard van de problematiek bepaalt in belangrijke mate ook de samenwerking tussen de verschillende diensten. Zo ligt in het geval van mijnheer Gerrits (beroerte) het initiatief duidelijk bij het ziekenhuis. De overeenkomst is dat alle landen een procedure kennen waarbij de arts een behandelings- en zorgplan opstelt dat samen met een verpleegkundige uit het ziekenhuis wordt doorgesproken met hulpverleners van thuiszorg en/of de gemeente.

Aanbevelingen voor het in praktijk brengen van de WMO

Uit het voorafgaande is voor de invoering voor de WMO de volgende les te trekken. In nagenoeg landen is sprake van een scheiding van medische zorg en overige zorg (verschillende verzekeringsorganen, verschillende lokale overheden). Uitgezonderd Canada is er dus nooit sprake van integrale zorg. Afstemming en coördinatie blijft dus geboden. In de meeste gevallen ligt het accent toch op overige zorg, zoals verpleging, huisvesting (woningaanpassingen), transport en reïntegratie. Indien gemeenten op al deze terreinen een belangrijke bevoegdheid hebben ligt het voor de hand casemanagers aan te stellen. De hulpvrager kan in dit geval bij één loket terecht.

Zonder te pretenderen dat de volgende aandachtspunten ultieme oplossingen bieden. Dragen we de volgende aandachtspunt en ideeën voor de WMO aan:

- Bekijk reeds tijdens de indicatie de rol van de mantelzorgers. Beschrijf in het zorgpakket de taken en verantwoordelijkheden van de mantelzorg. Bepaal of dit vrijblijvend is en beoordeel de risico's van het eventueel weg vallen van de mantelzorg.
- Zorg voor een centraal punt (coördinator) voor iedere hulpvrager. Stel deze coördinator aan namens de gemeente voor alle welzijnsvra-

gen en zorg dat deze tevens goede contacten onderhoudt met de huisarts.

- Zorg dat duidelijke afspraken bestaan over de verantwoordelijkheden en taken van de verschillende hulpverlenende disciplines.
- Zorg voor de mantelzorg. Dit betekent niet alleen voorlichting en training, maar ook tijdelijke opvang van de cliënt zodat de mantelzorg op adem kan komen.
- Zorg voor een goede procedure bij overdracht. Kijk waar het initiatief ligt en zorg dat de initiatiefnemer tijdig met de verantwoordelijke voor vervolgzorg in contact treedt.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De Nederlandse langdurige zorg kenmerkt zich door een stelsel van voorzieningen die de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning voor langdurig zorgbehoevenden waarborgt. Dit stelsel van voorzieningen is wettelijk verankerd in de Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), WVG (wet voorzieningen gehandicapten) en delen van de welzijnswet. In termen van kosten is de AWBZ met afstand de belangrijkste wet. Onder de AWBZ vallen onder andere de ouderenzorg, thuiszorg, psychiatrische zorg en gehandicaptenzorg. In de WVG zijn zaken geregeld zoals bijvoorbeeld woningaanpassingen en vervoersvergoedingen. Naast de wettelijke kaders is er natuurlijk de mantelzorg en de mogelijkheid om de zorg op de particulier markt zelf in te kopen.

De AWBZ stamt uit 1968 en is oorspronkelijk bedoeld om onverzekerbare risico's in de gezondheidszorg af te dekken. Deze onverzekerbare risico's betroffen chronische ziekten, lichamelijk en verstandelijk handicaps. In de loop der jaren is de wet ruimhartig uitgebreid met een groot aantal aanspraken, zoals de thuiszorg en de verzorgingshuiszorg. Halverwege de jaren '90 is de zorg in beweging gekomen. Vanuit het veld is begonnen met het ontschotten van sectoren, het traditionele onderscheid tussen intramuraal en semi- en extramuraal is steeds verder aan het vervagen. Naast deze vervaging is het aanbod tevens meer extramuraal geworden. Vanuit de overheid werd het persoonsgebonden budget (PGB) geïntroduceerd, waarmee de cliënt meer dan voorheen in de eigen zorgbehoefte kan voorzien. Tegen de achtergrond van een ontwikkeling waarbij de vraag in plaats van het aanbod centraal staat, werd de modernisering van de AWBZ noodzakelijk. De meest recente stappen in de modernisering van de AWBZ betreffen een systeem van functiegerichte aanspraken en indicatiestelling alsmede het persoonsgebonden budget nieuwe stijl. Hiermee is een belangrijke stap gezet richting een vraaggerichte zorg.

Vraaggerichte zorg creëert, naast een grote keuzevrijheid en zeggenschap voor cliënten, ook een duidelijk spanningsveld tussen de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Enerzijds is het gewenst dat er geen drempels zijn voor het gebruik van langdurige zorg, anderzijds betekent het ontbreken van drempels een risico van overconsumptie. In dit kader is het belangrijk te signaleren dat de burger steeds mondiger wordt en steeds meer geneigd is om zijn rechten te verzilveren. Daar waar de burger individueel zoveel mogelijk gebruik wil maken van de voorziening, wil de burger de consequenties hiervan het liefst vermijden (hogere premies). Om de kosten van de zorg, en daarmee de premies, te beheersen heeft het kabinet besloten de langdurige zorg anders te organiseren.

Over de langdurige zorg, en de AWBZ in het bijzonder, heeft het kabinet een visie die moet leiden tot een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ (Tweede Kamer 2003). Hierdoor is de AWBZ nog steeds in beweging. Op korte termijn zal worden bezien welke verantwoordelijkheden binnen en buiten de AWBZ georganiseerd moeten en kunnen worden. Voorts werkt het kabinet aan een wetsontwerp, waarin de verantwoordelijkheden van gemeenten wettelijk worden verankerd. De zogenaamde Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) geeft de wettelijke grondslag voor het vastleggen van gemeentelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor bijzondere maatschappelijke ondersteuning aan mensen die zichzelf niet meer kunnen redden en nog geen (vernieuwde) AWBZ-zorg nodig hebben. Ook treedt een aantal verschuivingen van aanspraken op. Een voorbeeld hiervan is de op genezing gerichte zorg betreffen (cure), die onder de basisverzekering zal gaan vallen. Daarnaast wordt bezien welke verbeteringen in de uitvoeringsstructuur van de AWBZ kunnen leiden tot een doelmatige en goede zorg. Hierbij denkt het beleid aan een systeem van prikkels, waarbij de positie van zorgkantoren en de indicatiestelling worden herbezien.

Niet alleen de zorg in Nederland is in beweging, ook de zorg in de ons omringende landen is voortdurend onderhevig aan veranderingen. Zo is bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk een trend van decentralisatie ingezet, waarbij de verschillende delen van het Verenigd Koninkrijk ver of minder ver gevorderd zijn. België vervangt de forfaitfinanciering door een financieringssysteem met een globaal budget op basis van de casemix van cliënten. Niet alleen de veranderingen in het buitenland zijn interessant, maar ook de wijze waarop de zorg op dit moment in het buitenland is georganiseerd. Zo dekt het ene land slechts de medische kant van de langdurige zorg terwijl een ander land bekijkt welke aanvullende ondersteuning voor een cliënt nodig is.

De in Nederland ingezette en voorgenomen ontwikkelingen geven aanleiding tot de vragen:

- hoe is de langdurige zorg in het buitenland georganiseerd?
- waar liggen er voor Nederland mogelijkheden om te leren van de organisatie in andere landen?

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft ECORYS-NEI verzocht aan de hand van een aantal concrete cases onderzoek te verrichten naar mogelijke aanknopingspunten voor de Nederlandse situatie. Dit rapport is een weergave van dit onderzoek.

1.2 Probleemstelling

De WMO zal de lichtere vormen van hulp en ondersteuning door gemeenten laten organiseren. De WMO zal de taken van de WvG, de welzijnswet en een aantal onderdelen uit de huidige AWBZ omvatten. De AWBZ komt dan pas in beeld als sprake is van 'zware zorg'. Belangrijk voordeel voor de burger is dat het door de WMO makkelijker en duidelijker moet worden hoe men aan zorg kan komen. In de huidige situatie is er een veelvoud aan loketten, bureaucratie en een onduidelijke rolverdeling tussen gemeente en het rijk.

In het advies "Gemeente en zorg" van de RVZ (2003) wordt reeds geconcludeerd dat het versterken van de zorgtaak door de gemeente voordelen heeft. De gevolgen van het advies betreft een breed scala van aspecten. De bedoeling is dat de gemeente in de toekomst de mogelijkheid heeft de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen effectief aan te pakken. De gemeente wordt de regisseur van ketens voor zorg en ondersteuning, gericht op maatschappelijke participatie en krijgt ook de bevoegdheden die bij deze rol horen. Hiertoe behoort de mogelijkheid om verzekeraars en zorgaanbieders daar waar nodig ter verantwoording te roepen. Maar ook de verantwoordelijkheid over de beoordeling van indicaties en over de zorgtoewijzing.

Hoewel met WMO aan een aantal belangrijke randvoorwaarden wordt voldaan om problemen op te lossen impliceert dit natuurlijk niet dat de bestaande problemen vanzelf worden opgelost. Met andere woorden, de gemeenten zullen hun rol wel moeten waar maken. In deze studie staat de samenwerking tussen de verschillende actoren centraal. De gemeenten hebben straks vanuit hun centrale rol de mogelijkheid om de afstemming en samenwerking van zorg te verbeteren.

Vooral complexe situaties, zoals bijvoorbeeld patiënten die meervoudige hulp nodig hebben, verdienen de aandacht. Er ontstaan dan dikwijls problemen als gevolg van compartimentering, wet- en regelgeving, bureaucratie, schaarste, domeindenken en onvoldoende verantwoordelijkheidsgevoel. In dit onderzoek is de vraagstelling over de problematiek beperkt tot complexe situaties. Uit een internationale vergelijking met een beperkt aantal landen met een vergelijkbaar systeem voor langdurige zorg moet blijken hoe andere landen met deze complexe situaties omgaan.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 staat in het teken van de onderzoeksvragen en onderzoeksaanpak en bevat een korte toelichting over de casebeschrijvingen en de vragenlijsten. De hoofdstukken 3 tot en met 6 bevatten per onderdeel van

de langdurige zorg een casebeschrijving en een weergave van de antwoorden van de deskundigen. Hierbij is ervoor gekozen interessante aspecten uit de verschillende landen eruit te lichten. In de bijlage zijn de ruwe case beschrijvingen zoals door de respondenten aangeleverd opgenomen.

2 Onderzoeksvragen en –aanpak

2.1 Onderzoeksvragen

De probleemstelling geeft aan dat dit onderzoek de focus richt op de samenwerking tussen de verschillende disciplines. De onderzoeksvragen liggen in het verlengde van de probleemstelling en zijn als volgt geformuleerd:

1. Hoe verloopt in andere landen de samenwerking tussen formele en informele hulpverleners bij meervoudige hulp aan ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten?
2. Wat wordt in deze landen gedaan om de samenwerking te bevorderen?
3. Welke lessen zijn hieruit te trekken voor de invoering van de WMO en meer in het algemeen voor de samenwerking tussen formele en informele hulpverleners bij meervoudige hulp aan ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten?

2.2 Onderzoeksaanpak

Dit onderzoek omvat een beperkte internationale vergelijking op basis van vier cases van langdurige zorg. Een dergelijke aanpak geeft een goed inzicht hoe systemen omgaan met concrete situaties van alledag.

Internationale vergelijking

Bij voorstellen voor of implementatie van belangrijke systeemwijzigingen is internationaal vergelijkend onderzoek een beproefd instrument. Zo legden bijvoorbeeld Ten Have, Van Hulst en Visser (2004) een groot aantal kenmerken van de langdurige zorg bloot in zeven Europese landen. De beperking in dit type onderzoek zit hem vooral in de globaliteit. Allerlei andere verschillen, die zich bijvoorbeeld in de praktische uitvoering voordoen, blijven meestal buiten beeld. Daarvoor is veel meer onderzoek en detail nodig in een beperkt aantal landen. Het betreft dan meestal vergelijking met landen met een vergelijkbaar systeem. Interessante voorbeelden hiervan zijn te vinden bij onderzoek naar politie en justitie. Tak en Fiselier (2002, 2004) hebben uitgebreid onderzoek gedaan bij politie en justitie in Noord-Rijn Westfalen en in Denemarken. Dit gerichte onderzoek bestaat dan ook meestal uit interviews of enquêtering onder deskundigen in plaats van bronnenonderzoek.

In het onderhavige onderzoek spelen vragen aan deskundigen eveneens een sleutelrol. Aan de hand van vier casebeschrijvingen is een aantal vragen geformuleerd gesteld aan lokale experts.

Bij de keuze van de landen speelt de vergelijkbaarheid qua systeem een belangrijke rol. Uit het eerdere onderzoek van Ten Have, van Hulst en Visser (2004) blijken Duitsland en Zweden een vergelijkbaar systeem met Nederland te kennen. Andere goede kandidaten blijken Denemarken en Canada te zijn. In deze vier landen zijn deskundigen op het terrein van langdurige zorg benaderd.

De beschrijving van Canada heeft betrekking op hoe de zorg georganiseerd is in een regio binnen de provincie Saskatchewan. De beschrijving voor Canada geldt dus niet voor geheel Canada. Omdat we op zoek zijn naar interessante voorbeelden is dit geen probleem voor het onderzoek. Sterker nog, de onderzochte regio loopt voorop in het bieden van geïntegreerde zorg en is hierdoor uitermate geschikt voor het doel van dit onderzoek. In het vervolg van deze rapportage zullen we voor het gemak over Canada spreken, feitelijk wordt dus een specifieke regio in Canada bedoeld.

Casuïstiek

Het onderzoek bestaat uit de beschrijving van vier concrete 'problematische' cases waarbij met name de samenwerking tussen zorgaanbieders, informele hulpverleners, gemeenten en andere instanties (woningcorporaties) centraal staat.

Iedere case heeft betrekking op een van de specifieke zorgonderdelen: ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en psychiatrische zorg. De volgende cases komen aan de orde:

- Mevrouw Jansen is oud, alleenstaand en heeft last van dementie. Zij kan een beperkt beroep doen op haar familie. Alleen wonen is zeker op termijn niet goed meer mogelijk.
- Johan is 23 jaar en geboren met een open rug. Hij heeft meerdere beperkingen, maar zou toch op zichzelf kunnen wonen en ook eventueel aangepast werk verrichten.
- Mijnheer Gerrits heeft een beroerte gehad en is deels verlamd. Hij heeft een werkende vrouw en kan eigenlijk niet zonder thuishulp en allerlei voorzieningen.
- De heer Hansma is psychotisch en zorgt voor veel overlast in de buurt. Er zijn al verschillende klachten door de buurt bij de politie ingediend.

Een beschrijving van de Nederlandse situatie in de beschreven cases dient als referentiekader voor de case. Uit de cases is een aantal concrete vragen af te leiden over hoe in verschillende landen met de verschillende aspecten van de besproken problematiek wordt omgegaan.

2.3 Beantwoording van de onderzoeksvragen

De ideale uitkomsten van dit onderzoek zou een beantwoording van de onderzoeksvragen betreffen waarin op eenduidige wijze wordt aangegeven welke systeem het “best” werkt. Een dergelijke uitkomst is natuurlijk een utopie. Daar is een aantal redenen voor te noemen.

In de praktijk wordt in de betreffende landen geëxperimenteerd met verschillende vormen en is de zorg nog in beweging. Het systeem moet zich dan nog uitkristalliseren. Zo is men in Denemarken bezig met het doorvoeren van een ingrijpende verandering. De middelste bestuurslaag (Denemarken heeft de ordening: gemeente, county, regio) komt te vervallen. De verwachting is dat de gemeente meer en grotere verantwoordelijkheden krijgen. Ook is een aantal zaken vaak cultuurgebonden of systeemgebonden. Zo is de Zweedse cultuur er één waarin iedereen inspraak heeft en niemand meer en niemand minder is (lagom). Dit principe komt ook terug in de organisatie van de Zweedse zorg. Ook kunnen systemen op bepaalde punten afwijken waardoor wat in Nederland als knelpunt wordt gezien in een ander land niet relevant is. Cultuur- en systeemgebonden aspecten kunnen betekenen dat datgene wat in een bepaald land werkt niet hoeft te werken in Nederland. Daarnaast speelt een rol dat dit onderzoek zich baseert op casuïstiek. Dat wil zeggen dat voor de beschreven cases het meest waarschijnlijke traject wordt beschreven. In de praktijk kan een nuance in een case al een andere traject betekenen. En tot slot ontbreken er objectieve criteria om te kunnen beoordelen welk systeem het “beste” is.

De bedoeling van deze studie is dan ook niet zo zeer om een “beste” systeem van dienstverlening aan te wijzen, maar puur om op basis van een beschrijving van de praktijk van alledag een handreiking te geven aan de gemeenten. In de hoofdtekst zullen we dan ook niet alle cases per land in extenso bespreken. Per case rapporteren we over een aantal interessante of opvallende aspecten. Een uitgebreide bespreking per land is in de bijlage opgenomen.

3 Casus 1: ouderenzorg

3.1 Beschrijving casus

Dementie bij mevrouw Jansen

Mevrouw Jansen is 75 jaar en woont sinds het overlijden van haar echtgenoot alleen. Ondanks lichte artroseklachten kon zij zich altijd goed redden. Eén van haar dochters, die in dezelfde stad woont, komt regelmatig op bezoek en neemt dan de zwaardere huishoudelijke klussen voor haar rekening. De dochter maakt zich de laatste tijd ongerust over haar moeder, die in ras tempo vergeetachtig wordt. Laatst was ze zelfs vergeten dat ze pannen op het vuur had staan; ze is toen zomaar het huis uitgegaan om te gaan wandelen. Toevallig kwam haar dochter juist op dat moment even langs en kon ze tijdig ingrijpen. Zij is echter bang dat iets dergelijks weer gebeurt en dat zij er dan niet op tijd bij kan zijn. De dochter besluit om professionele hulp in te roepen.

Het meest waarschijnlijke scenario in de huidige Nederlandse situatie

De zorgvraag

Het ligt voor de hand dat de dochter contact opneemt met de huisarts van haar moeder. De huisarts zal zich een oordeel willen vormen over de ernst van de problematiek en zal moeder en dochter uitnodigen voor zijn spreekuur. Afhankelijk van zijn bevindingen zal hij mevrouw Jansen naar een geriater verwijzen voor nader onderzoek, diagnosestelling en eventueel behandeling. Daarnaast zal hij thuiszorg aangewezen achten en wellicht een vorm van dagbesteding.

Voor vergoeding van de medisch specialistische hulp (geriater) volstaat de medische verklaring van de huisarts. Om in aanmerking te komen voor vergoeding van thuiszorg en/of dagbesteding is een indicatiestelling door een onafhankelijke instantie vereist. De huisarts dient daarvoor het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) in te schakelen.

De indicatiestelling

Enige weken later komt een medewerker van het RIO bij mevrouw Jansen langs om de zorgbehoefte vast te stellen. Ze maakt daartoe gebruik van een standaard formulier, waarin wordt gescoord in hoeverre mevrouw Jansen nog in staat is zichzelf te verzorgen en huishoudelijke werkzaamheden uit te voeren. Inmiddels is dan al uit het geriatrisch onderzoek gebleken dat mevrouw Jansen zichzelf verwaarloost; ze eet heel slecht en heeft een duidelijk vitaminegebrek. De huisarts heeft een kopie van het verslag van de geriater naar het RIO gestuurd.

De zorg

Op grond van de eigen bevindingen en het rapport van de geriater stelt de medewerker van het RIO vast dat mevrouw Jansen ondersteuning nodig heeft bij de persoonlijke verzorging; iemand die erop toeziet dat ze goed eet en haar helpt met wassen en aankleden. Verder stelt ze vast dat ook hulp nodig is bij huishoudelijke werkzaamheden. Ze schat het aantal benodigde uren huishoudelijke hulp in op 4 uren per week. Dit aantal is relatief laag, omdat ze ervan uitgaat dat de dochter, net als voorheen, de zwaardere huishoudelijke werkzaamheden voor haar rekening neemt.

Het RIO geeft het indicatieadvies af aan de zorgverzekeraar, die het advies overneemt. Gezien de toestand van mevrouw Jansen wordt op instigatie van de dochter besloten de zorg in natura uit te keren en niet in de vorm van een persoonsgebonden budget. De indicatie is geldig voor een periode van twee jaar. Daarna heeft een herindicatie plaats. Het initiatief daartoe dient uit te gaan van het indicatieorgaan.

De dochter kan zich overigens niet helemaal vinden in het indicatiebesluit. Zij zou graag zien dat maaltijdservice wordt geboden en dat het gastoestel in huis vervangen wordt door een andere minder gevaarlijke kookvoorziening. De zorgverzekeraar kan niets voor haar doen - dit zijn geen verstrekkingen die behoren tot het collectieve pakket - en verwijst haar door naar de gemeente. De gemeente wijst de aanvraag voor maaltijdservice toe uit hoofde van de Welzijnswet, maar geeft aan dat mevrouw Jansen een andere kookvoorziening uit eigen middelen moet bekostigen.

3.2 Vergelijking met andere landen

De vragen over de situatie in het buitenland hebben betrekking op de volgende items:

Waar kan men terecht met de hulpvraag?

- Hoe ziet het indicatieproces eruit en waar wordt rekening mee gehouden?
- Welke zorg wordt verstrekt?
- Hoe ziet het zorgproces eruit en hoe wordt afstemming tussen verschillende diensten verkregen?
- Wat is de rol van de omgeving?

Deze items zijn bevestigd in 23 vragen, de vragen en de antwoorden van de experts zijn in de bijlage van dit rapport opgenomen.

De zorgvraag

Niet in alle landen is het officiële eerste aanspreekpunt een overheidsinstantie. De eerste instantie waar de dochter met de zorgvraag van haar moeder terecht kan blijkt toch vaak een zorginstantie, meestal is dit de

huisarts. In Zweden neemt de dochter zowel met de huisarts als met de afdeling zorg van de gemeente contact op. Canada wijkt duidelijk af. In Canada neemt de dochter (telefonisch) contact op met de SWADD (System Wide Admission Discharge). De SWADD is in de onderzochte regio in Canada het centrale punt waar mensen met een hulpvraag terecht kunnen. Er heeft direct een intakegesprek plaats met een intakecoördinator (erkend verpleegkundige). In het intakegesprek wordt aan de hand van een aantal vragen vastgesteld wat de zorgvraag is en wat het risicoprofiel van de cliënt is (hoe belangrijk is het om zo snel mogelijk de indicatie te stellen).

In Denemarken wordt, net als in Nederland, na het eerst contact doorverwezen naar een geriater die een diagnose maakt. In Canada wordt niet doorwezen naar de geriater, de intakecoördinator opent een dossier van de cliënt (algemene gegevens) en maakt een begin met de indicatie.

De indicatiestelling

De indicatiestelling verschilt van land tot land. Onderstaande tabel toont per land het aantal organen dat zich met de indicatie bezig houdt en de mate waarin de indicatie is gestandaardiseerd

Tabel 3.1 indicatiesteller en indicatie-instrument

	Indicatie	Instrument
Nederland	Indicatie door het RIO. Informatie van huisarts en geriater is doorgegeven aan RIO.	Standaard formulier om de zelfredzaamheid op een aantal gebieden te bepalen.
Canada	SWADD coördinator. Eventueel doorverwijzing naar andere disciplines voor aanvullende indicaties.	Standaard instrument met als uitkomst één van de vijf risiconiveaus
Denemarken	Indicatie voor en door thuiszorg. Indicatie voor bezigheidstherapie.	1. Standaard formulier, die de zelfredzaamheid op een aantal gebieden bepaald 2. N.v.t.
Duitsland	Indicatie door een inspectieteam van de sociale zorgverzekeringsfonds of de particuliere verzekeraar	Checklist
Zweden	1. Sociale zorg, gemeente 2. Medische thuiszorg, afhankelijk van de gemeente: of wel de gemeente ofwel de regio 3. Medisch zorg: regio	Geen standaard vragenlijst, indicatie is individuele aangelegenheid

In Canada geschiedt de indicatie aan de hand van een instrument (vragenlijst) bestaande uit 23 items. Zoals reeds eerder opgemerkt neemt de intakecoördinator een aantal items van deze lijst in het eerste telefoongesprek door met de betrokkene. De SWADD-coördinator maakt het indicatie-instrument in een face to face contact compleet. Hij stelt de indicatie en bekijkt of er ook andere diensten nodig zijn, zoals bijvoorbeeld

sociaal werk, bezigheidstherapie, bewegingstherapie et cetera. De SWADD biedt dan ook een breed pallet aan zorg. Duitsland en Denemarken betrachten uniformiteit bij de indicatiestelling door het gebruik van standaardlijstjes. Uitzondering is Zweden, waar de individuele zorgbehoefte als uitgangspunt dient. De indicatie instantie verschilt van land tot land. In Duitsland stelt de verzekeraar de indicatie, in Zweden de gemeente of regio en in Denemarken de zorgverlener.

De Europese landen brengen in ons onderzoek brengen het onderscheid tussen verzorging en medisch zorg in een vroeg stadium aan. In Canada heeft de SWADD-coördinator de regie in handen. In Canada is dit mogelijk omdat de SWADD een breed spectrum aanbiedt; de aanbieder van de verzorging en de medisch zorg zijn dezelfde. In Zweden kennen de verzorging en de medische zorg zelfs een aparte ingang in het systeem. Voor de huidige Nederlandse situatie geldt iets soortgelijks voor de welzijnszorg. Mevrouw Jansen moet de maaltijdservice apart bij de gemeente aanvragen.

In geen van de landen is de aanwezigheid van mantelzorg van invloed op de indicatie. Dit betekent dat er niet minder zorg wordt geïndiceerd omdat de omgeving ondersteuning moet bieden. De indicatie houdt wel rekening met de omgeving. In Denemarken beschrijft de indicerende verpleegster de rol en taken van de dochter, dit is echter geen verplichting en de dochter kan stoppen wanneer zij dat wil.

In geen enkel land speelt bij de toekenning het inkomen of het vermogen een rol. Dit sluit niet uit dat voor het ontvangen van de hulp een eigen (inkomensafhankelijke) bijdrage geldt.

De aanspraak

De zorg voor mevrouw Jansen omvat in alle landen een aantal verschillende diensten. De meeste landen bieden thuiszorg (verpleging en verzorging) en maaltijdverstrekkingen. Daarnaast noemen de respondenten ook diensten zoals bijvoorbeeld dagbesteding, noodopvang en aansluiting op een alarmsysteem. Een fornuis zit in het algemeen niet in de aanspraak. In Zweden is het wel mogelijk een alarm te krijgen op het elektrische fornuis en in Denemarken is het mogelijk dat iemand regelmatig komt controleren of het fornuis uit is.

Naast de omvang van de zorg voor mevrouw Jansen is het relevant hoeveel instanties hierin een rol spelen. Het proces van indicatie dient om vast te stellen welke zorg mevrouw Jansen gaat ontvangen. Zoals reeds aangegeven moet in de huidige Nederlandse situatie de dochter van mevrouw Jansen een aparte aanvraag voor de maaltijdverstrekking indienen bij de gemeente. Ook in Zweden speelt het gegeven dat de aanspraken in twee wetten zijn geregeld een rol; ook daar moet de dochter meer-

dere instanties benaderen. In Canada fungeert de SWADD-coördinator echt als een spelverdeler. Hij zorgt dat mevrouw Jansen de diverse vormen van zorg ontvangt. Overigens heeft de SWADD-coördinator deze mogelijkheid omdat hij deel uit maakt van een grote organisatie met een breed pallet aan diensten.

In geen van de landen is opname in een verpleeghuis een optie. Daarvoor is de situatie van mevrouw Jansen op dit moment te licht. Wel kan bij verslechtering een situatie ontstaan waarbij opname voor de hand ligt.

Het zorgproces en afstemming

In Canada is de SWADD-coördinator verantwoordelijk voor een integraal zorgpakket. De coördinator probeert de overlap van verschillende disciplines te minimaliseren. In Denemarken is de gemeente de eindverantwoordelijke voor goede zorg. Enerzijds is dit in de rol van zorgverlener en anderzijds de rol van toezichthouder indien zorg van een private aanbieder wordt betrokken. In Zweden heeft geen coördinatie plaats, omdat het uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines duidelijk zijn afgebakend. Wel hebben de gemeenten een verpleegkundige om de kwaliteit van de medisch zorg te controleren. De welvaartscommissie en de zorgcommissie van de gemeente zijn verantwoordelijk. Voor Duitsland gelden gescheiden verantwoordelijkheden.

Ondersteuning van de omgeving

In geen van de landen heeft de dochter een belangrijke rol in de coördinatie en toezicht op de zorg. Met vragen kan de dochter terecht bij de huisarts, gemeente of direct bij de zorgverleners. In het geval van mevrouw Jansen is er geen aparte organisatie waar de dochter om advies kan vragen. Denemarken en Canada onderkennen het belang van de mantelzorg wel. In Canada tracht de SWADD-coördinator te functioneren als een schakel tussen dochter en zorgverlener.

3.3 Conclusies

Met verwijzing naar de onderzoeksvragen uit paragraaf 2.1 dan kunnen we in deze casebeschrijving een paar voorlopige conclusie trekken. Uit de casebeschrijving zijn wellicht meer conclusie te trekken, we beperken ons hier tot de onderzoeksvragen.

Samenwerking

In geen van de onderzochte landen is sprake van een afdwingbare inbreng van familie. In twee landen wordt het belang van de mantelzorg wel duidelijk onderkend. De rol van de mantelzorg wordt dan ook tijdens het proces van de indicatie beschreven. Deze rol is overigens wel vrijblijvend.

Het blijkt dat er niet vaak één direct (eerste) aanspreekpunt voor de mantelzorg is. Het aanspreekpunt blijkt toch dikwijls de huisarts, de zorgverleners of de gemeente te zijn. In Canada is de SWADD-coördinator een centraal aanspreekpunt. De SWADD coördinator probeert zoveel mogelijk samen te werken met de dochter.

Bevordering samenwerking

Er zijn verschillende figuren ontwikkeld om de samenwerking tussen de delen van de zorg te bevorderen. In Canada speelt de SWADD-coördinator een zeer belangrijke coördinerende rol. De SWADD coördinator fungeert als een spelverdeler die contacten onderhoudt met alle disciplines, inclusief de mantelzorg.

In Zweden is een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden (in de wet) het uitgangspunt. Coördinatie is dan minder relevant omdat het standaardprocessen betreft. In Denemarken is de gemeente eindverantwoordelijke voor goede zorg.

Overweging bij het in de praktijk brengen van de WMO

In het kader van de WMO noemen we een aantal aandachtspunten. Sommige punten raken aan hetzelfde probleem. De aandachtspunten zijn bedoeld om ideeën aan te reiken en pretenderen geenszins een ultieme oplossing te zijn voor een probleemloze samenwerking. Aandachtspunten zijn:

- Bekijk reeds tijdens de indicatie de rol van de mantelzorgers. Beschrijf in het zorgpakket de taken en verantwoordelijkheden van de mantelzorg. Bepaal of dit vrijblijvend is en beoordeel de risico's van het eventueel weg vallen van de mantelzorg.
- Zorg voor een centraal punt (coördinator) voor iedere hulpvrager. Stel deze coördinator aan namens de gemeente voor alle welzijnsvragen en zorg dat deze tevens goede contacten onderhoudt met de huisarts.
- Zorg dat duidelijke afspraken bestaan over de verantwoordelijkheden en taken van de verschillende hulpverlenende disciplines.

4 Casus 2: gehandicaptenzorg

4.1 Beschrijving casus

De lichamelijke handicap van Johan

De 23-jarige Johan woont bij zijn ouders en is geboren met een ‘open rug’ (spina bifida). Als gevolg daarvan is hij rolstoelafhankelijk en heeft hij ernstige blaasproblemen. In het verleden is hij hiervoor veelvuldig en langdurig opgenomen geweest in het ziekenhuis. Sinds hij een verblijfskatheter heeft is zijn gezondheidssituatie stabiel en zijn ziekenhuisopnames niet meer noodzakelijk. Wel heeft hij hulp nodig bij het schoonhouden en verwisselen van de katheter. Zijn moeder heeft hiervoor destijds in het ziekenhuis uitgebreide instructies gehad en deze taak op zich genomen. Het is een diep gekoesterde wens van Johan om zelfstandig te kunnen leven (dat wil zeggen, op zichzelf te gaan wonen) en (zoveel mogelijk) in zijn eigen levensonderhoud te kunnen voorzien.

Het meest waarschijnlijke scenario in de huidige Nederlandse situatie

Wonen

Johan zal zich tot de gemeente moeten wenden met zijn verzoek om in aanmerking te komen voor een aangepaste woning. Hoewel steeds meer gemeenten overgaan tot ‘levensloopbestendig’ bouwen, is het contingent aan dergelijke woningen vooralsnog beperkt. Het ziet er dus naar uit dat Johan is aangewezen op een bestaande (‘gewone’) woning, welke aan zijn beperkingen zal moeten worden aangepast. De gemeente vraagt het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) om advies over de noodzakelijke aanpassingen. De gemeente neemt in de regel het advies van het RIO over.

Zorg/ondersteuning

Voor vragen over benodigde zorg en ondersteuning moet Johan zich wenden tot zijn ziektekostenverzekeraar. Deze vraagt het RIO de zorgbehoefte van Johan in kaart te brengen. Zolang Johan bij zijn ouders woont wordt bij het vaststellen van zijn zorgbehoefte de beschikbaarheid van zijn moeder voor het schoonhouden en verwisselen van de katheter meegerekend. In beginsel ligt dit anders wanneer/zodra Johan op zichzelf woont. Dat wil zeggen dat hij dan aanspraak kan maken op deze vorm van zorg. Hetzelfde geldt voor huishoudelijke hulp.

Na de vaststelling van de zorgbehoefte moet Johan beslissen of hij de zorg in natura afneemt of in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). Johan kiest voor een PGB, omdat hij daarmee zelf kan beslissen bij wie hij de benodigde zorg/ondersteuning ‘inkoopt’; dat kan zowel een professional als een mantelzorger zijn. De enige restrictie voor het inko-

pen van hulp bij het verwisselen van de katheter is dat hier formeel een opdracht van een arts aan ten grondslag moet liggen.

Johan krijgt waarschijnlijk een tegemoetkoming voor vervoerskosten. Ook de gemeenten kan in een aantal gevallen voor sociaal vervoer zorgdragen.

Johan kan gebruikmaken van bepaalde arbeidsmarktregelingen. Zo bestaan er regelingen waarbij werkgevers een tegemoetkoming krijgen in de loonkosten, maar ook gevrijwaard worden van kosten die direct voortvloeien uit een definitieve arbeidsongeschiktheid. Verder kan Johan via een zogenoemd reïntegratietraject intensief worden begeleid naar de arbeidsmarkt. Een privaat bedrijf voert dit uit in opdracht van een gemeente. Zo lang hij geen werk heeft, heeft hij recht op een uitkering. Zijn handicap bepaalt mede de hoogte van de uitkering.

4.2 Vergelijking met andere landen

Voorafgaand aan de bespreking merken we op dat de case van Johan complexer is dan die van mevrouw Jansen uit het vorige hoofdstuk. Johan heeft immers niet alleen te maken met zorg, maar ook nog met wonen en werk. In de casebeschrijving van de vier landen komt dit ook terug. Huisvesting en werk vallen veelal onder andere wet- en regelgeving dan zorg.

De vragen over de situatie in het buitenland hebben betrekking op de volgende items:

- Wie zijn er bevoegd om het katheter te verwisselen? Hoe zit dit als Johan zelfstandig woont?
- Van welk woon-, werk- en zorgaanbod kan Johan gebruik maken?
- Welke samenhang bestaat er tussen zorg, wonen en werk?

Deze items zijn bevestigd in 13 vragen, de vragen en de antwoorden van de experts zijn in de bijlage van dit rapport opgenomen.

Medisch handelen

Het verwisselen van de katheter door mantelzorgers is toegestaan. In de onderzochte landen geschiedt dit op vrijwillige basis. In Canada is een training noodzakelijk. Op het moment dat Johan op zich zelf gaat wonen wordt niet zonder meer verwacht dat de moeder het katheter blijf verwisselen.

Wonen, werken en zorg

In Denemarken en Zweden kan Johan naar de gemeente gaan met zijn woonwens. In Denemarken is er op dit ogenblik een schaarste aan aangepaste woningen. Het meest waarschijnlijk is dat een bestaande woning wordt aangepast. In Canada hangt het van Johan zijn inkomstenbronnen

(in geval van een te laag inkomen uit werk is dit de bijstand) af of Johan het financiële plaatje voor het wonen rond kan krijgen. In Duitsland financiert een integratiefonds de woningaanpassing.

Voor werk kan Johan zich in Canada tot de gehandicaptenrad wenden. In Denemarken bestaat er arbeidsmarktbeleid met het doel de participatie van gehandicapten te bevorderen. Eén van de mogelijkheden is een subsidie voor de werkgever op de loonkosten van Ohaën. Een ander mogelijkheid is intensieve begeleiding in een reïntegratietraject, aangeboden vanuit het regionale niveau.

Sommige landen onderstrepen de persoonlijke verantwoordelijkheid en zelfstandigheid. Zo kennen Zweden en Canada een systeem van G's of zelf managet care. In Canada is dit aan strikte voorwaarden verbonden, met name als het gaat om de keuze van zorgverleners. In Zweden is de keuzevrijheid veel groter. Daar heeft Ohaën de mogelijkheid om ook de hulp van zijn moeder uit het PGB te betalen.

Samenhang

De complexe hulpvraag naar medische zorg, huisvesting en werken komt bij verschillende instanties terecht. In geen van de landen is sprake van een centrale coördinatie, zowel bij de indicatie als de daadwerkelijke hulpverlening. Duitsland heeft op dit punt nog een aanpak waarop gemeentenniveau een centrale hulpinstantie is. Deze heeft weliswaar geen vergaande bevoegdheden, maar kan wel de nodige ondersteuning bieden.

Zowel de indicatie als de uitvoering liggen bij verschillende organisaties. In geen van de gevallen is er een centrale verantwoordelijke instantie aan te wijzen. Verantwoordelijkheden zijn ook niet altijd goed gescheiden.

In Canada heeft de SWADD- coördinator op het gebied van de zorg een centrale rol. Dit hebben we ook al in het voorgaande hoofdstuk gezien. Merk op dat de SWADD- coördinator geen coördinator is op het gebied van huisvesting en werk. De SWADD coördinator werkt dan ook voor een zorgorganisatie.

4.3 Conclusies

Met verwijzing naar de onderzoeksvragen uit paragraaf 2.1 dan kunnen we in deze casebeschrijving een paar voorlopige conclusie trekken.

Samenwerking

De samenwerking tussen formele en informele hulp is in de onderzochte landen beperkt. De moeder van Ohaën mag in alle landen een medische handeling uitvoeren, soms onder de voorwaarde van een training. Ook

hier is geen sprake van een afdwingbare inbreng van familie. Dat is ook lastig, omdat het hier een medische handeling betreft en geen huishoudelijke taken. In ieder land geldt verder dat Ohaën recht heeft op een eigen bestaan. Ook hier kan aan de ouders geen zorgplicht worden opgelegd..

Bevordering van samenwerking

De driedeling van zorg, wonen en werk betekent bijna vanzelfsprekend dat er drie verschillende aanspreekpunten zijn. In Canada speelt de Zwad-coördinator een belangrijke rol, maar veel minder dan in het geval van mevrouw Jansen uit hoofdstuk 3. De SWADD coördinator heeft geen verantwoordelijkheden op het gebied van wonen en werk. Een ondersteunende coördinator treffen we ook in Duitsland bij de gemeente aan. Een belangrijke verantwoordelijkheid ligt in het algemeen bij de betrokkene zelf. In een aantal landen is dan ook een systeem van self managed care of PGB's, waarbij het ene land een grotere keuzevrijheid kent dan het andere land.

Overweging bij het in de praktijk brengen van de WMO

De onderzochte landen boeken weinig vooruitgang op het terrein van een integraal aanbod van wonen, werk en zorg. Ook ontbreken specifieke regelingen waarmee coördinatie of samenwerking worden gestimuleerd.

Wellicht is in het kader van WMO te overwegen iedere hulpvrager ook een coördinator (casemanager) namens de gemeente aan te stellen voor alle welzijnsvragen en het onderhouden van goede contacten met de medische kant. Verder geldt hier waarschijnlijk de opvatting dat iemand die zelfstandig wil wonen ook voor zichzelf zijn hulp moet kunnen organiseren.

5 Casus 3: thuiszorg

5.1 Beschrijving casus

Mijnheer Gerrits raakt verlamd

De heer Gerrits is zojuist met pensioen gegaan als hij wordt getroffen door een beroerte (Cerebraal Vasculair Accident). Hij houdt hieraan een halfzijdige verlamming over. Wanneer zijn situatie gestabiliseerd is kan hij worden ontslagen uit het ziekenhuis. Het is duidelijk dat de heer Gerrits behoefte heeft aan ondersteuning bij dagelijkse levensverrichtingen, zoals wassen en aankleden. Verder heeft hij een looprek nodig en moet zijn woning worden aangepast. Het echtpaar woont in een eengezinswoning en heeft een slaapkamer op de eerste verdieping. Zijn echtgenote heeft een fulltime baan.

Het meest waarschijnlijke scenario in de huidige Nederlandse situatie

Om het ontslag van de heer Gerrits uit het ziekenhuis mogelijk te maken zal de behandelend arts in het ziekenhuis een behandel- en nazorgplan opstellen. Daarin geeft hij aan welke ondersteuning de heer Gerrits naar zijn inzicht in de thuissituatie nodig zal hebben. De maatschappelijk werker van het ziekenhuis neemt naar aanleiding hiervan contact op met de gemeente en met het zorgkantoor om de verschillende voorzieningen aan te vragen.

In Nederland is de lokale overheid verantwoordelijk voor woningaanpassingen ten behoeve van mensen met een beperking. Zo dient de heer Gerrits een aanvraag in te dienen bij de gemeente om de eengezinswoning zodanig te laten aanpassen dat de heer en mevrouw Gerrits daar kunnen blijven wonen ondanks de beperkingen die de heer Gerrits aan het CVA heeft overgehouden. Als de woningaanpassing naar verwachting een bepaald bedrag zal overschrijden is de gemeente verplicht een indicatieadvies te vragen aan het RIO.

De aanvraag voor een looprek wordt door de medisch specialist ingediend bij de zorgverzekeraar. Een onafhankelijk indicatieadvies is daarvoor niet nodig.

Hoewel het evident is dat de heer Gerrits ondersteuning nodig heeft bij zijn algemene dagelijkse levensverrichtingen (wassen, aankleden en eten) is niet met zekerheid te zeggen of hij daarvoor een beroep kan doen op zijn ziektekostenverzekering. Dat is afhankelijk van de vraag of het RIO bij het vaststellen van de indicatie rekening houdt met de beschikbaarheid van zijn echtgenote, die – ondanks haar fulltime baan – de nodige zorgta-

ken op zich kan nemen (of die kan bekostigen). RIO's zijn daarin niet altijd consequent.

5.2 Vergelijking met andere landen

We merken allereerst op dat in deze case het ontslag uit het ziekenhuis een sleutelmoment is. In hoofdstuk 3 en 4 bevinden Mevrouw Jansen en Johan zich in een situatie die zich geleidelijk aan heeft ontwikkeld en waar enig uitstel mogelijk is. De situatie van meneer Gerrits is onverwacht en de vraag is of na ontslag uit het ziekenhuis alles in de vervolgsituatie op orde is.

De vragen over de situatie in het buitenland hebben betrekking op de volgende items:

- Waar kan men terecht met de zorgvraag?
- Hoe ziet het indicatieproces eruit en waar wordt rekening mee gehouden?
- Hoe verloopt het ontslag uit het ziekenhuis?
- Welke zorg wordt verstrekt? Wat is de rol van de omgeving? Hoe ziet het zorgproces eruit en hoe wordt afstemming tussen verschillende diensten verkregen?
- Deze items zijn bevestigd in 23 vragen, de vragen en de antwoorden van de experts zijn in de bijlage van dit rapport opgenomen.

De zorgvraag

In het geval van meneer Gerrits ligt het initiatief bij het ziekenhuis. Dit is per land verschillend georganiseerd. In Zweden neemt het ziekenhuis contact op met de gemeente die verantwoordelijk is voor de nazorg. Ook meneer Gerrits wordt geïnformeerd en betrokken in de planning. In Denemarken maken de specialisten van het ziekenhuis een behandel- en zorgplan. De ergotherapeut (of bezigheidstherapeut) en psychotherapeut van de gemeente komen op bezoek bij meneer Gerrits om de aanvraag bij de gemeente rond te krijgen. In Canada gaat de ziekenhuis SWADD-coördinator met meneer Gerrits aan de slag. De ziekenhuis SWADD-coördinator overlegt bijvoorbeeld met de revalidatiearts. In Duitsland moet een aanvraag ingediend worden bij de sociale verplichte langdurige zorg verzekering (SLTI-fonds) of de particuliere zorgverzekeraar. Deze beoordelen de aanvraag, vervolgens kan dan de zorg in natura of als een PGB worden aangeboden.

De indicatiestelling

In de zorgvraag zit al een stukje van de indicatie opgesloten. In het ziekenhuis wordt een behandel en nazorgplan ontwikkeld.

In Canada wordt bij de indicatie rekening gehouden met de rol van de echtgenote. Aangezien mevrouw Gerrits werkt wordt hier meer hulp geboden dan wanneer zij geen werk zou hebben. In geen van de landen bestaat er een impliciete of expliciete druk op mevrouw Gerrits om te stoppen met werken en haar echtgenoot te verzorgen.

Bij de indicatie is de inkomens- en vermogenpositie van de familie in geen van de landen van belang. In Canada bestaat wel een inkomensafhankelijke bijdrage.

Canada en Duitsland maken gebruik van een checklist. De in Canada gebruikte checklist is dezelfde als voor mevrouw Jansen (zie hoofdstuk 3). In Denemarken worden aanvraagformulieren ingevuld of hier echt sprake is van een checklist is onduidelijk. In Zweden wordt geen gebruik gemaakt van een checklist.

Ontslag uit het ziekenhuis

De ziekehuisarts is verantwoordelijk voor het ontslag uit het ziekenhuis. In Canada is de ziekehuis SWADD-coördinator verantwoordelijk voor een goede organisatie van de vervolgzorg. Na het ontslag neemt de gemeenschaps SWADD-coördinator de verantwoordelijkheid voor de cliënt van de ziekehuis SWADD-coördinator over. In Denemarken en Duitsland neemt de huisarts de medische verantwoordelijkheid over, de thuiszorg de zorg. In Zweden is de gemeente verantwoordelijk. Zowel in Zweden als in Denemarken bespreekt het ziekehuis de situatie met meneer en mevrouw Gerrits en de thuiszorg. In Zweden maken ook de eerstelijnszorg en de gemeente deel uit van de planningsstaf van het ziekehuis.

De zorg

De zorg bestaat uit thuiszorg, materialen (rollator /looprek) en aanpassingen in de woning. In Canada is een tijdelijke verblijf in een herstellingsoord eveneens mogelijk.

In Denemarken valt op dat bij een tijdelijk gebruik van het looprek het ziekehuis dit voor zijn rekening neemt. Voor langdurig gebruik van het looprek zijn de lokale autoriteiten (gemeente) verantwoordelijk.

In Canada is self Managed care mogelijk onder een aantal voorwaarden. In Zweden is een PGB niet mogelijk. Indien de zorg naar verwachting langer dan een half jaar duurt valt men in Duitsland onder de verpleegverzekering. In theorie is een PGB mogelijk, in de praktijk wordt meestal voor een vergoeding in natura gekozen omdat dit gunstiger is.

De woningaanpassingen zijn in Denemarken en Zweden voor rekening van de gemeente. In Denemarken kan de gemeente ook een ander woning aanbieden. In Canada kan de provincie een bijdrage geven voor

de woningaanpassing. Er moet dan wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan.

Mevrouw Gerrits is in geen van de landen verantwoordelijk voor de zorg van haar man. Het gegeven dat mevrouw Gerrits voor haar man kan zorgen speelt wel een rol. In Canada wordt de vrijwillige mantelzorg van mevrouw Jansen in het zorgplan opgenomen. Ook in Denemarken wordt afgesproken welke taken mevrouw Gerrits op zich neemt. In Zweden wordt aangenomen dat mevrouw Gerrits de huishoudelijke taken uitvoert.

In Canada en Duitsland is tijdelijke opname mogelijk om de mantelzorg tijdelijk te ontlasten, bijvoorbeeld ten behoeve een vakantie. In Zweden zijn er ook supportprogramma's voor mantelzorgers (onderbreking en ontlasting, ondersteuning en training, economische steun). De gemeente is verantwoordelijk voor deze programma's.

Voor meneer Gerrits gaan na ontslag nagenoeg dezelfde structuren gelden als voor mevrouw Jansen uit hoofdstuk 3. De vorm van deze afstemming/overleg verschilt wel per land. Bij het toezicht spelen in Denemarken en Zweden de gemeente de belangrijkste rol, in Canada de SWADD en in Duitsland de verschillende verzekeringen.

5.3 Conclusies

Verwijzend naar de onderzoeksvragen uit paragraaf 2.1 kunnen we in deze casebeschrijving een paar voorlopige conclusie trekken.

Samenwerking

De rol van de informele hulp in de onderzochte landen is niet afdwingbaar. In Denemarken, Duitsland en Zweden is de positie van Mevrouw Gerrits niet van belang. In Canada heeft mijnheer Gerrits zelfs recht op aanvullende hulp, omdat zijn vrouw werkt. In Canada wordt de rol van mevrouw Gerrits in het zorgplan opgenomen. In Canada, Duitsland en Zweden bestaan ook nog regelingen voor mevrouw Gerrits om haar de gelegenheid te geven even op adem te komen.

Bevordering samenwerking

De zorg na het ziekenhuisontslag komt in grote lijnen overeen met de organisatie van de zorg van mevrouw Jansen. Als we hier even van afzien en ons beperken tot het moment waarop meneer Gerrits wordt ontslagen uit het ziekenhuis, dan kunnen we het volgende concluderen. Het ziekenhuis heeft het initiatief voor het behandel- en zorgplan. In de afstemming met de uitvoerders van de plannen zien we twee modellen:

1. De uitvoerders van de zorg (ook verantwoordelijken vanuit de gemeente) komen in het ziekenhuis overleggen met betrokkenen, inclusief arts.
2. Eén persoon vanuit het ziekenhuis draagt zorg voor een goede vervolgsituatie. Deze persoon vormt een schakel met de betrokkenen, inclusief artsen.

Overweging bij het in de praktijk brengen van de WMO

De genoemde aandachtspunten zijn bedoeld om een aantal ideeën aan te reiken. In het kader van de WMO noemen we de volgende aandachtspunten:

- Zorg voor een goede procedure voor de overdracht van ziekenhuis naar vervolgzorg. Het initiatief voor ontslag ligt bij het ziekenhuis. Vanuit het ziekenhuis moet dus tijdig contact worden gelegd. Dit kan door in gesprek te gaan met de betrokkenen in het ziekenhuis of door in het ziekenhuis een coördinator te hebben.
- Omschrijf de rol van de mantelzorg in het zorgplan.
- Zorg voor de mantelzorg. Dit betekent niet alleen voorlichting en training, maar ook tijdelijke opvang van de cliënt zodat de mantelzorg op adem kan komen.

6 Casus 4: psychiatrische zorg

6.1 Beschrijving casus

De gedragsgestoorde heer Hansma geeft problemen

De heer Hansma is 35 jaar. Hij woont alleen en heeft geen contact meer met zijn familie. Zijn ouders hebben hun handen van hem afgetrokken omdat hij, naar hun zeggen, zeer wispelturig is in zijn gedrag en daarop absoluut niet aanspreekbaar is. Hij heeft slechts sporadisch contact met buurtbewoners, die hem vooral 'vreemd' vinden. Hij reageert of niet of verward als buurtbewoners hem aanspreken. Soms reageert hij zelfs agressief. De laatste tijd ondervinden buurtbewoners in toenemende mate overlast van de heer Hansma, die steeds vaker doelloos in de buurt rondzwerft en dan mensen lastigvalt. De gemoederen lopen zo hoog op dat één van hen de politie belt.

Onduidelijkheid over de Nederlandse situatie

Het vermoeden bestaat dat de heer Hansma een psychiatrische stoornis heeft (schizofrenie). Het probleem is dat dit (nog) niet onderkend is en hij zelf niet een zorgvraag uit. In plaats daarvan veroorzaakt hij overlast en is zijn 'ingang' in het sociale systeem een bijzondere, namelijk (handhaving van) de openbare orde.

Een gedwongen opname in Nederland kan alleen wanneer iemand een gevaar vormt voor zichzelf, anderen of hun omgeving, en dat niet op een andere manier is af te wenden. Indien hij gedwongen wordt opgenomen in een instelling, moet er volgens de wet een behandelingsplan zijn. De betrokkene moet zelf instemmen met het behandelings- of zorgplan. Kan hij dat niet, dan kan de partner, ouder of wettelijke vertegenwoordiger namens hem instemmen.

Een probleem is dat zolang de heer Hansma zijn situatie niet onderkent, hij niet zonder meer kan worden opgenomen. In de wet is getracht met een aantal nieuwe vormen van hulp (ook ambulante), soms met sterke drang in plaats van dwang via de rechter, zorg te verlenen. De manier waarop het begrip 'gevaar' in de praktijk wordt ingevuld kan nogal verschillen. Dit betekent weer dat hulpverleners soms niet ingrijpen wanneer dat wel kan, terwijl zij in andere gevallen juist meer dwang toepassen dan de wet toestaat. Kortom in Nederland bestaat onduidelijkheid over de wijze waarop de heer Hansma in het zorgcircuit terecht komt en welke zorg wordt geboden.

6.2 Vergelijking met andere landen

De situatie van meneer Hansma wijkt af van de voorgaande cases. De heer Hansma oefent namelijk geen zorgvraag uit. De omwonende ervaren de overlast. Het punt is dat meneer Hansma de hulpverlening kan weigeren en de rechter er aan te pas moet komen. Dit komt ook terug in de onderzochte landen.

De vragen over de situatie in het buitenland hebben betrekking op de volgende items:

- Tot wie kan de omgeving zich wenden?
- Hoe zien de juridische aspecten eruit? Kan er ergens sprake zijn van dwang en zijn hiervoor expliciete criteria? Welke afspraken en afstemming bestaan er tussen het justitie- en zorgcircuit?
- Zijn er mogelijkheden om een coach of toezichthouder aan te stellen?

Het aankaarten van het probleem

De omgeving kan verschillende acties ondernemen: het bellen van een dokter, sociaalwerker van de gemeente of de politie. In Canada is er een crisis response team. In alle landen is sprake van samenwerking tussen politie en de GGZ/sociaal werk. In hoeverre de politie wordt ingeschakeld hangt af van de mate van overlast en de inschatting dat meneer Hansma een gevaar voor zichzelf vormt. De politie gaat niet direct het pad op van toepassing van het strafrecht, maar zoekt eerst contact met de hulpverlening. Indien er echt sprake is van een misdrijf dan volgt wel rechtsvervolgning.

Er lijken geen geformaliseerde afspraken te bestaan tussen zorgverleners en politie. De samenwerking lijkt vanzelf te gaan, de verantwoordelijkheden zijn duidelijk afgebakend. Alleen met een verklaring van een arts kan iemand worden opgenomen. Denemarken stelt als eis dat de arts onafhankelijk moet zijn (dus niet in dienst van de instelling).

Juridisch aspecten

Hulpverlening geschiedt in de meeste gevallen op vrijwillige basis. Slechts wanneer de betrokkene een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving vormt kan via een uitspraak van de rechtbank gedwongen opname plaatshebben. In de meeste landen komt hier een psychiater aan te pas, die voor een indicatie zorgt. In Canada en Zweden is sprake van certificering, in Denemarken van rode documenten. Het gaat hier in alle gevallen om vergelijkbare procedures. De Zweedse respondent benadrukt dat een gedwongen opname meestal een paar dagen duurt. Indien iemand bijvoorbeeld zijn medicijnen neemt, dan is er geen enkele reden om hem langer vast te houden.

Enigszins meer variatie treedt op in het aspect van huisuitzetting. In Canada wordt de “community mental health worker” gewaarschuwd als een huisbaas iemand dreigt uit te zetten. De “community mental health worker” neemt het voortouw en legt contacten met bijvoorbeeld sociale diensten of het Leger des Heils. Het is ongebruikelijk dat iemand op straat eindigt. In Zweden moet de huisbaas eerst goedkeuring hebben van de huurcommissie om een bewoner uit zijn woning te zetten. Vervolgens moet de sociaal werker zorgen dat er opvang voor hem is. In Denemarken moet de gemeente een nieuwe accommodatie voor meneer Hansma vinden.

Vertegenwoordiger cliënt/voogd

Indien iemand handelsonbekwaam is verklaard, dan wordt ook een wettelijke vertegenwoordiger aangesteld. In de onderzochte regio in Canada is er niemand die kan opkomen voor de rechten van meneer Hansma. Meest voor de hand liggend is dat een familie of vriend de besluiten voor meneer Hansma neemt. In Denemarken is een familielid ook vaak de vertegenwoordiger van meneer Hansma. In Duitsland betreft het een sociaal werker. In Zweden bestaat de mogelijkheid een voogd aan te stellen. In 80% van de gemeenten bestaat een systeem van “personligt ombud”. Iemand die opkomt voor de rechten van meneer Hansma, n het algemeen zijn de bevoegdheden van de vertegenwoordiger/voogd beperkt.

6.3 Conclusies

Niet alleen in Nederland bestaat er onduidelijkheid over meneer Hansma. Ook in de onderzochte landen bestaat deze onduidelijkheid. Daarenboven komt dat meneer Hansma eigenlijk geen gebruik wil maken van de WMO. Hierdoor is het lastige een conclusie te trekken voor deze casus, zeker voor de onderzoeksvragen uit paragraaf 2.1. Desondanks kunnen we de volgende conclusies trekken.

Samenwerking

Over de samenwerking tussen formele en informele hulp in de onderzochte landen is weinig bekend. Meneer Hansma weigert hulp en is er bovendien niemand die zich om meneer Hansma bekommert. Slechts in die situaties dat iemand handelingsonbekwaam is stellen de autoriteiten een wettelijke vertegenwoordiger/voogd aan. In een aantal landen kan een familielid deze rol vervullen. Verder zal de omgeving van de betrokkene in eerste instantie het initiatief nemen voor actie. In alle landen is de hulpverlening rechtstreeks toegankelijk voor de omgeving.

Bevordering samenwerking

Politie en hulpverlening werken in het algemeen samen. De politie schakelt meestal niet direct het strafrecht in, maar richt zich tot de hulpverle-

ning. Samenwerking berust ook op impliciete structuren: de politie kan meneer Hansma niet gedwongen laten opnemen daar is een verklaring van een arts voor nodig. De feitelijke “coördinator” is de betrokkene zelf. Hulpverlening gaat bijna uitsluitend vrijwillig.

Overweging bij het in de praktijk brengen van de WMO

Voor deze case is het moeilijk om tot aanbevelingen te komen. Er is geen duidelijkheid over de precieze aanpak, laat staan of de aanpak goed functioneert. Wellicht is het een goed idee om de aanstelling van casemanagers te overwegen. Een casemanager kan de schakel vormen tussen de hulpverlening, politie, maatschappelijk werk, GGZ (bij opname), huisbaas en huisvesting. De casemanager kan daarnaast ook nog communiceren en bemiddelen met de omwonenden, die de overlast ervaren.

Bijlagen

Bijlage 1

Questionnaire case 1 (hoofdstuk 3)

1. Are there official government-appointed bodies the daughter can approach?
2. If so, who does the daughter have to approach in this situation?
3. Who decides what care Ms Jansen needs and how does that happen?
4. What bodies are involved in providing an indication assessment?
5. If there is more than one body, do they provide a single indication or do they each provide separate assessments?
6. Is there a checklist and related degrees of need for the various items in the indication assessment?
7. In the case described above, is the subject entitled to home care, home nursing, electronic monitoring, material alterations or other forms of formal help?
8. Does the presence of the daughter or other family members/neighbours play a role?
9. If so, does this involve explicit agreements with them?
10. Do income or financial assets play a role when assessing an indication?
11. In this case, is there any reason to indicate a need for admission to a nursing home?
12. If so, would she be a day patient or full time?
13. If this lady continues to live at home and receives a variety of forms of help (medical examination and treatment, home help, medical aids, etc.), will these be provided by different organisations?
14. What organisations are they (are the municipal council or local authorities involved)?
15. If more than one organisation is involved, does the help overlap or are responsibilities clearly separated?
16. Is the help co-ordinated centrally?
17. If so, who is responsible for the co-ordination?
18. Is it possible that deterioration in Ms Jansen's condition would require the co-ordination to be transferred to a different organisation?
19. Is there supervision to ensure that the care being provided is adequate?
20. If so, who is responsible for the supervision?
21. Does the daughter play a significant role in the co-ordination and supervision?
22. If the daughter and other family members/neighbours play a significant role, can they contact official organisations for support and information?
23. If so, what organisations?

Canada (Qu'Appelle Health Region)

Questions 1 and 2

In the Regina Qu'Appelle Health Region there is a “single point of entry” that the daughter would phone. She would make a phone call to the System Wide Admission Discharge Department (SWADD) and ask for “Intake”. An Intake Co-ordinator (who would be a Registered Nurse) will ask a series of questions in order to obtain basic information that helps determine what the daughter needs (e.g.: information regarding other services or agencies, arrangements for someone to visit and assess Ms. Jansen's needs, etc.).

The Intake Co-ordinator completes a Saskatchewan Client Information Profile – Intake (SCIP-I) to obtain demographic and personal information (client name, gender, age, address, next-of-kin, etc.). The Intake Co-ordinator partially completes the Regina Risk Indicator Tool (RRIT) – partially because a couple of the attributes are difficult to code and score via the initial telephone discussion.

The RRIT is a 23-item tool that provides a profile of the client and an immediate indication of how at risk the client is (i.e.: risk of not being able to remain in a community setting/risk of institutionalization). This helps the Intake Co-ordinator to determine how quickly the client and caregiver require having a SWADD Co-ordinator visit to complete an assessment and develop a care plan and service package.

Question 3

The Intake Co-ordinator will glean a basic profile of Ms. Jansen and her care needs by completing the SCIP-I and RRIT. The Intake Co-ordinator provides that information to the SWADD Co-ordinator who is assigned to work with the client/caregiver by completing an assessment and developing a service package.

Question 4 and 5

The assigned SWADD Co-ordinator completes the Saskatchewan Client Information Profile – Assessment (SCIP-A) and also reviews/completes the RRIT that was begun by the Intake Co-ordinator. Based on what the SWADD Co-ordinator learns when completing the assessment, the SWADD Co-ordinator will arrange to have additional assessments completed by other disciplines as needed, e.g.: Social Work, Occupational Therapy, Physical Therapy.

The SWADD Co-ordinator is responsible for the overall case co-ordination for the client. The other disciplines provide their reports and recommendations to the SWADD Co-ordinator so that a cohesive care plan can be developed.

Question 6

The RRIT provides information regarding how at risk the client is. There are five levels (or degrees) of risk: minimal, low risk, some risk, at risk and high risk. There is an expected correlation between the client's level of risk and the amount of services/programs that is included in the client's service package.

The frequency and intensity of case management that will be provided to a client is also predictable on the basis of the RRIT score. The Regina Qu'Appelle Health Region partnered with the University of Regina to complete a research study that matched the amount of case co-ordination time a client requires with the level of client need as determined by applying the RRIT. The results have been published and titled Guidelines for Case Coordination of Community Elderly/Matching Case Coordination Time with Client Need. (Information available upon request.)

Question 7

The client's service package might include:

- .Services from Home Care (nursing, Home Health Aide assistance for personal care, meals on wheels, and homemaking, therapies, social work).
- .Lifeline (electronic call system that is worn as a bracelet or necklace).
- .Being registered with the Wandering Registry (which provides information regarding personal appearance, etc. to police in case they have to initiate a missing person's search).
- .Access to long term care community-based programs, e.g.: Adult Day Support Program (daytime program that clients can attend one to seven days per week depending on assessed need), institutional Respite Care (temporary institutional care which clients/caregivers can access up to four weeks per year and book for their own convenience to provide, for the caregiver, periods of being relieved from responsibility of providing care to the client).
- Quick Response/community assessment, seven to ten-day stay in a designated assessment bed providing a comprehensive review of need and functioning levels.
- Nursing home placement.

Questions 8, 9 and 10

The availability of dependable, informal caregiver support (i.e.: family or friends – not staff who are paid) is an important factor that strengthens the likelihood of the client being able to remain living in the community. The services and programs are allocated on the basis of assessed need. If the client's family chooses to supplement with additional care, programs for socialization, etc. this will not disqualify the client for the publicly-subsidized services that were allocated by the SWADD Co-ordinator.

Questions 11 and 12

In the Regina Qu'Appelle Health Region, we have developed a variety of services and programs (see Question 7) that help to maintain clients in the community. Ms. Jansen's needs are consistent with those of other clients who are being maintained in the community. Admission to a nursing home as a permanent placement would not be considered at this time. Some of the Adult Day Support Programs are located in long term care facilities and she might be approved to attend during daytime hours for a defined number of days per week. The Respite Care beds are located in long term care facilities. If Ms. Jansen accessed Respite Care, she would occupy a Respite Care bed for a predefined length of time, generally no longer than one to two weeks for any single stay.

Questions 13 and 14

In the Regina Qu'Appelle Health Region we have an integrated system of service delivery. The Home Care staff are employees of the Regina Qu'Appelle Health Region and include Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, Home Health Aides, Social Workers, Occupational Therapists, and Physical Therapists.

The Regina Qu'Appelle Health Region either owns or operates long term care facilities or has an affiliate agreement (contract) with long term care facilities that are privately or municipally owned. The physicians are private practitioners, as are other disciplines that could operate as private businesses, e.g.: Physical Therapists. There is a provincial program known as Saskatchewan Aides to Independent Living (SAIL). Clients are assessed by Occupational Therapists or Physical Therapists, who are authorized to determine their eligibility for the use of particular aids, e.g.: wheelchairs, walkers, etc. Mental Health services are also part of the integrated service delivery system. The Mental Health Services staff that are employees of the Regina Qu'Appelle Health Region include Psychiatrists, Psychiatric Nurses, Social Workers, mental health workers. There are also psychiatrists who are private practitioners.

Questions 15, 16 and 17

The SWADD Co-ordinator who is assigned to work with the client/caregiver is responsible for developing and co-ordinating the integrated package of service delivery. The Co-ordinator attempts to minimize overlap.

Question 18

Before Saskatchewan underwent the reform/redesign of the system of health delivery in the early 1990s, a client would have been assessed by a different assessor for each service or program that the client wished to access.

Since the implementation of the integrated delivery system and the single point of entry for services/programs in the Regina Qu'Appelle Health Region, the assigned SWADD Co-ordinator continues to assess the client's changing needs ongoing and adjust the service package as needed so that the client receives smooth access to the continuum of services and programs.

Questions 19 and 20

The SWADD Co-ordinator monitors the client's conditions ongoing and adjusts the service package as needed. If the services being provided (e.g.: nursing from Home Care, attendance at Adult Day Support Program, etc.) were not adequately meeting the client's needs, the SWADD Co-ordinator would make the necessary adjustments.

If client/caregiver are not satisfied with the services, there is a Client Representative to whom they can take their concerns. The Client Representative will address the needs/dissatisfaction with the relevant service provider.

Question 21

Input from the client's support system (e.g.: Ms. Jansen's daughter) is valuable information that assists the SWADD Co-ordinator's understanding of the client's situation.

Questions 22 and 23

The SWADD Co-ordinator will provide the daughter with information, contact persons, etc. The daughter is encouraged to continue to work with, and through, the SWADD Co-ordinator. However the daughter is also free to contact the organizations and service providers directly, e.g.: Mental Health Services, Director of Care in the long term care facility where the client accesses Respite Care.

Denmark

Questions 1-7

The officially government-appointed body to approach is the GP who is a private practitioner paid by public funds. So the obvious thing to do is for the daughter to bring her mother to her GP. Depending on his findings, the GP will refer Ms Jansen to a geriatrician for further examination in order to set the diagnosis and prescribe medical treatment if needed.

The GP will prescribe home care and perhaps also occupational treatment.

The responsibility and financing of home care services lie with the municipalities (local authorities) in Denmark. The exact amount and type of

services allocated to the citizen in need is based on an assessment carried out by local visitation officers (nurses).

The medical referral from the GP is sent to the local home care services office where the visitation (nurses) are centrally placed.

A referral for occupational therapy is sent to another centrally placed visitation officer (case officer) at the local council.

If the GP finds that Ms Jansen should see a geriatrician, Ms Jansen will not be admitted to a hospital until after some weeks as there is a waiting list due to a current lack of geriatricians in Denmark.

A few days later a visitation nurse from the home care services will invite Ms Jansen and her daughter (or other close relations) to a meeting at Ms Jansen's place. Here, Ms Jansen's situation will be discussed, what are her own wishes, is she insecure about staying at home, would she like help in her daily living? The visitation nurse uses a standard form "Fælles sprog" (assessing the ability to make food, get dressed and so on is described and so is the mental state and other parameters according to preset standards) to establish the extent to which Ms Jansen is able to look after herself and perform her housework. The amount of home care service time to be allocated to Ms Jansen will be calculated using this standard scheme based on "Fælles sprog".

An older person like Ms Jansen with senile dementia will often refuse help at first, but later on when Ms Jansen gets to know the nurses and care assistants from the local home care services, she will probably be happy for their company, help with personal care (getting washed and dressed etc.) and the nursing treatment (medication etc.).

The local council (municipality) will approve to pay for daily meals-on-wheels delivered by a hospital cuisine, a municipal or private catering company, but will probably not offer to pay for a new cooker as from a professional point-of-view it is not recommendable because Ms Jansen will not be able to perform safe cooking on her own. From an economic point-of-view a new stove is not included in her entitlements. However, if Ms. Jansen can/will pay for a new cooker herself, the local council will offer to send a person every now and then to assure that Ms. Jansen has turned off the stove.

Sometimes a geriatric examination is performed and to a certain extent, Ms Jansen's neglects are identified but more often a neurological and medical examination will be performed. After the examination the hospital sends an electronic copy of the geriatrician's report to the GP and the home care services.

Based on her own findings and the geriatrician's report, the visitation nurse decides that Ms Jansen needs help looking after herself; someone to make sure that she eats properly and help her wash and get dressed. This nurse also decides that help is required for the housework. She estimates that four hours a week for household chores is enough. This is relatively low, because she assumes that the daughter will continue to do the heavy work. If not the home care services will take over this task too.

The recommendations from the visitation nurse are passed on to the conveyors/nurses and nursing assistants. (Lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordning. Indførelse af mulighed for privat hjemmesygeplejerske. 1. april 2000).

The care is given in kind and not as a personal budget. Ms Jansen is also free to choose a private company to do the household and help her to get washed and dressed etc. This is an arrangement introduced in January 2003, where people can hire a private care giver paid by the local council. ("Frit valg ordning af hjemmehjælp "01-01-2003)
<http://www.fritvalgsdatabasen.dk/filer/kapitel14.pdf> (lov om social service)

Ms Jansen could also buy a private nurse to visit her. If a private organisation is chosen (except for private nurses), it is still the responsibility of the local council to ensure the quality of the care being provided.

The indication is valid until Ms Jansen's condition changes for the better or for worse. The local council will take the initiative to do a follow up.

Ms Jansen is entitled to home care, home nursing, electronic monitoring, material alterations and other forms of formal help financed by public funds on the basis of a medical assessment. Her situation must be described and the severity of the problem will be assessed.

Questions 8 - 12

The presence of the daughter or other family members/neighbours does indeed play a role. The role and tasks of the daughter or other care givers are described by the visitation is not regarded as an agreement. Care givers can at any time stop nurse, but to help and then the local authorities have to take over. Income or financial assets do not play a role in the assessment of an indication. There is no reason yet to indicate a need for admission to a full time nursing home, but Ms Jansen could maybe benefit to become a day patient.

Questions 13- 19

The organisations are represented by:

- The GP (independent), who is the gatekeeper of the medical treatment and has the responsibility of the treatment through life. In this way a GP is responsible for the co-ordination of the medical treatment.
- The specialists from the public hospital or private specialists (independent but paid by public funds) in the communities sometimes take over the responsibility of a patient for a period (eg. Ms Jansen when she gets her diagnosis and a treatment plan).
- The local authorities (“municipality”) are responsible for the home care in two ways, both in performing care and in supervising the quality of the care performed by private companies if Ms Jansen chooses a private organisation. In this way the help is centrally co-ordinated and controlled. (Lov nr 755 af 09.09.2002. Lov om social service kap 14).

Questions 20- 23

The daughter does not play a significant role in the co-ordination and supervision, but her knowledge about her mothers behaviour, habits and wishes is important for a good medical treatment and care of her mother. The daughter and other family members/neighbours can contact the GP or the local authorities for support and information after a signed agreement form Ms Jansen, which is needed to protect Ms Jansen’s integrity. If Ms Jansen gets mentally worse, a guardian (værg) must protect her interests.

Germany

1. nursing care insurance
2. general practitioner
3. medical service of health insurance agencies; assessment on site
4. medical service of health insurance agencies
5. single assessment by the medical service of the insurance
6. the “Medizinischer Dienst”, including medical Doctors and qualified nurses
7. Yes. The client asks for the indication assessment. No asking client, no indication assessment. But then client’s wishes are not relevant for the assessment of the need in terms of nursing dependence level (Pflegestufe).
8. nursing service at home, assistant for household
9. no
10. no
11. if danger for public or herself exists; possible referral to nursing home
12. both is possible
13. yes

14. general practitioner, nursing service at home. Local social work centers are often involved as coordinators. But there could be other coordinators as well, i.e. churches, private companies.
15. responsibility is separated, communication is essential
16. no
17. she herself
18. yes, possible referral to nursing home
19. medical service of health insurance agencies controls
20. -
21. no, she could help organizing
22. -
23. -

Sweden

1. Yes.
2. She will contact the municipal care department and the GP at the primary health care (county council).
3. The municipal for social care according to SoL. When it comes to medical home care, it can be either the municipal or the county council. 50% of all municipals have the responsibility for medical home care. For care given by a physician, the county council is always responsible.
4. -
5. Separate.
6. No checklist. The care is always based on an individual assessment.
7. Home care - yes, meals on wheels - yes, home nursing - yes, electronic monitoring - probably no, emergency medical alarm - yes, stove alarm - yes (we have electric stoves in Sweden, very few have gas stoves).
8. Yes to some extent. The municipal care knows of their existence.
9. No.
10. No
11. No
12. -
13. Most of it from the municipality. See 3 above.
14. Municipal and county council.
15. Not always in real life. The legislation is rather clear.
16. No.
17. -
18. No.
19. The county administrative board (government) and the National Board of Health and Welfare execute control and the municipalities have a special appointed registered nurse who controls the quality of the medical care. The Social Welfare and Care Committee in the

municipality are responsible. The municipalities must have security requirement program

20. –
21. No
22. They can always contact the municipality and the GP.
23. If the care isn't adequate. Complaints can be addressed to a freestanding political board for the municipality and county council called "Patients Committee.

Bijlage 2

Questionnaire case 2 (hoofdstuk 4)

1. Is it possible for a family member/relation to perform a medical task such as cleaning and replacing a catheter, or does this always have to be done by a professional?
2. In these circumstances, can Johan be given an indication for professional medical care?
3. Once Johan goes to live on his own, is his mother still responsible for looking after him and his catheter or can/must he call in professional help?
4. Can Johan approach official bodies with a request for his own accommodation and suitable work?
5. If so, what bodies are involved in the indication assessment (particularly the municipal council or other local authorities)?
6. If there is more than one body, do they provide a single indication or do they each provide separate assessments?
7. Is there a checklist and related degrees of need for the various items in the indication assessment?
8. Does the fact that the mother provides some of the care play a role in the care assessment?
9. What options are open to Johan so he himself can arrange care and support? In other words, is it possible for him to be given money to buy his own care?
10. If so, does this also apply if Johan asks his mother to look after him?
11. What bodies are involved in providing Johan with care (distinguish between care, living, home alterations, transport and labour market)?
12. Is there any supervision or a central contact point to guarantee Johan's help?
13. Johan is applying for all kinds of help, just like many other people. Is there any policy that co-ordinates care, living and welfare at regional local level, for example?

Canada

Questions 1 and 2

If family members/friends are capable of being trained to perform some of the care tasks and are willing to do the tasks, they can assume responsibility. If there is no one who volunteers to assist with medical tasks and Johan is unable to manage them by himself, the SWADD Co-ordinator would arrange for the procedure to be done by the appropriate Home Care staff.

Question 3

Johan's mother would not be required to look after him or his catheter care if he was living in his own place.

Questions 4 and 5

Unless Johan's education equipped him for gainful employment, he may have to apply for Social Assistance to make it financially feasible for him to live in a place of his own choosing. If he depends solely on Social Assistance to fund him, his choices of living accommodations will be limited to the amount of money they will provide. There are some housing options for persons with physical limitations but the demand exceeds the current supply. The Saskatchewan Abilities Council could advise him regarding possible employment or educational opportunities.

Question 6

The interaction of service providers for someone like Johan would be of a collaborative nature.

If Johan requires health services (Home Care nursing, Home Health Aide, etc.) the SWADD Co-ordinator would assess his needs and arrange the services.

If he is seeking housing, appropriate for physical limitations, he would be assessed by the Housing Authority and they would determine his eligibility.

If he wishes to pursue education and/or employment, he would connect with services from Saskatchewan Abilities Council and ask for Career Counselling from Social Services.

Question 7

When assessing and care planning for Johan's health needs, the SWADD Co-ordinator would complete the same forms as for any other person's assessment, e.g.: SCIP-A and RRIT. The other agencies/service providers would complete their own assessments.

Question 8

If the situation is that of Johan's moving out of his mother's house to a home (e.g.: apartment) of his own, his care needs and his own ability to manage those needs would be assessed. The plan of care that would be developed would specify the type and amount of care that is required and who could meet that need. If the mother chooses to provide some of the care, her contribution would be included in the care plan. If the mother does not choose to provide some of the care, other arrangements would be made (e.g.: Home Health Aide).

Questions 9 and 10

The province of Saskatchewan has developed a program titled "Self-Managed Care". A client who qualifies (i.e.: who meets the criteria for access to this program) will be given an amount of money (determined by

the client's objectively assessed care needs). The client can purchase services directly (i.e.: contracts with a paid care provider) provided the client agrees to comply with the protocols that have been established regarding self-managed care. There are restrictions on who can be contracted as caregivers, e.g.: money cannot be used to purchase care from family members.

Question 11

See Question 6.

Question 12

The service providers/agencies that would be involved with Johan's situation would work in a collaborative relationship. As such, there would not be one single contact who would be responsible for the overall service delivery plan.

Question 13

No.

Denmark

Question 1 - 11

Living/housing

Johan will have to approach the local authorities (municipality and in some cases, the county) with his request for a suitable accommodation. Although more and more municipalities are switching to 'lifelong' accommodation, which are houses or apartments constructed with the aim to accommodate for the needs of disabled people, the availability of this type of housing is still limited. It seems that Johan will have to make with an existing (ordinary) form of accommodation which will have to be altered to cater for his special needs. Sometimes the local council can allocate an apartment for disabled people.

Care/support

For questions about the necessary care and support, Johan has to contact his GP who will refer to a specialist to assess his disabilities and capacity. As long as Johan lives with his parents, the availability of his mother to clean and change his catheter is included in the assessment of his care needs. If/when Johan moves out to live on his own he will be entitled to this kind of care from public authorities. The same applies to home care.

Johan can get an escort 15 hours per month because of his handicap. (*Lov nr 755 af 09.09.2002. Lov om social service kap. 14*)

Free to choose

Once the care requirements have been established, Johan will first have to decide whether he wants the care in kind or as a personal budget. Johan opts for a personal budget because it leaves him free to decide who he

'buys' the necessary care/support from; this could be either a from professional or a volunteer (family member).

He is free to choose his own assistant after agreement with the local authorities. (*Lov nr 755 af 09.09.2002. Lov om social service kap. 14*)

The only restriction when buying help for changing the catheter is that this must officially be based on a doctor's report stating an indication.

Johan will probably receive an allowance for transport costs. The local council (a personal social worker) will provide social transport and home alterations. This will be paid by either the municipality or the county depending on the level of expenses (*Grundtakstmodel*) (the more expensive the larger part the county assumes).

Johan can make use of certain labour market schemes. There are public schemes under which employers receive an amount of compensation for the wage costs, and are also exempt from costs that arise directly from permanent incapacity for work. Johan can also be given intensive guidance and supervision into the labour market in a 'reintegration procedure'. This is provided by the local county. As long as he does not have a job, he is entitled to benefit from this scheme. The amount of benefit will partly depend on his handicap. If Johan is not able to work he will get a full pension for the rest of his life.

Question no. 12 – 14

Care is described earlier.

Living is provided by the local council until he gets a job. A personal social worker is taking care of his case including transport. Johan can also apply for a car of his own specially converted for him. Several criteria will be taken into account.

The different organisations are handling different aspects but sometimes overlap occurs as the responsibilities are not always clear.

Germany

Living

For his health care status it is irrelevant whether he lives alone or with his parents. In either case he receives full support. Spatial or constructional adaptations in his environment would be – if necessary – financed by bodies for Integration.

Care

The social code nine (SGB IX) determines a lot of measures for integration and participation of handicapped people like Johan. One distinguishes a) medical rehabilitation, b) participation in working life and c) participation in the community. Every help could also be given as money in

form of personal budgets (like PGB). Affected persons (here: Johan) have recently a legal right to get such a personal budget if they want. Johan can freely decide who provides the care he needs. Johan can use professional medical care to help cleaning and changing his catheter, independently whether he lives alone or with his parents. His mum may also further do this in the future.

For advice and support Johan may use the one collective office provided by the related institutions. Therefore he has just one contact for all questions.

There is a special office for work integration which provides special help for search and adaptation of a suitable workplace.

Sweden

Sweden has a legislation that gives him the right to live an independent life, LSS, se above.

1. Yes
2. Yes
3. His mother is not responsible.
4. Yes
5. The municipality, se Case 1 Q 3. The municipality finances Service according to The Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments – the first 20 hours/month. For help above that, the Local Insurance Office is responsible. The care receivers do not pay anything.
6. Separate assessments that are co-ordinated
7. A person must fulfil some specific indications according to LSS, and Johan fulfils them.
8. No
9. He decides for himself. He can use staff from the local authority, private entrepreneur or a co-operative organization
10. That is possible.
11. Care/ living– municipality and Local Insurance Office, medical home care – municipality or county council (50/50 se Case 1 Q 3), physician – county council, house/home adaptation for impaired persons is fully financed by the local authority, transport – municipality (county council in the Stockholm county), labour market – employment office (government).
12. The contact point is the municipality. Johan can always go to the County Administrative Court and then to the Administrative Court of Appeal and finally if the case is of general interest – to the Supreme Administrative Court.
13. No

Bijlage 3

Questionnaire case 3 (hoofdstuk 5)

1. Are their official government-appointed bodies that Mr Gerrits can approach?
2. If so, who does he have to approach in this situation?
3. Who decides what care Mr Gerrits requires and how does that happen?
4. Does the fact that he is married and that his wife works full time factor in the care assessment?
5. What bodies are involved in the indication assessment?
6. If there is more than one body, do they provide a single indication or do they each provide separate assessments?
7. Is there a checklist and related degrees of need for the various items in the indication assessment?
8. In the case described, is the subject entitled to home care, home nursing, material alterations or other forms of formal help?
9. Do income or assets play a role in the indication assessment?
10. Who takes the initiative to enable transfer/discharge from hospital?
11. Who co-ordinates the care before discharge from hospital and who does so afterwards?
12. How are intramural and extramural care co-ordinated?
13. If Mr and Mrs Gerrits receive different kinds of help (help in the household, medical aids, house alterations), is the help co-ordinated centrally?
14. If so, who is responsible for this co-ordination?
15. Is there supervision to ensure that the care being provided is adequate?
16. If so, who is responsible for the supervision?
17. Does the municipal council or another local authority have any responsibility in the care process?
18. Is Mr Gerrits less entitled to help than someone without a partner?
19. If Mrs Gerrits assumes responsibility for some of the care, what happens with her job? Are there schemes in place for this situation?
20. Can Mr Gerrits receive financial support to enable him to buy his own care?
21. Can the council assign this family a modified flat/bungalow with priority?
22. What body is responsible for modifying the accommodation and how are the financial aspects arranged?
23. Who pays for the costs of the alteration of the bedroom (distinguish between rented or owner-occupied accommodation)?

Canada

Questions 1, 2 and 3

SWADD Co-ordinators are assigned positions either as Hospital SWADD Co-ordinators or Community SWADD Co-ordinators. When Mr. Gerrits' condition began to stabilize and he was nearing discharge, the Hospital SWADD Co-ordinator would have begun to work with him and his wife to determine what care and services would be needed to support them in the community.

Depending on the severity of Mr. Gerrits' CVA and the potential for him to improve, the Hospital SWADD Co-ordinator would explore in consultation with rehabilitation specialists, whether he would benefit from active rehabilitation in an acute rehabilitation bed. If this is not appropriate, the Hospital SWADD Co-ordinator would explore whether he would benefit from a period of strengthening and reactivation which could be provided by the Convalescent Care Program, i.e.: Convalescent Care beds are located in a long term care facility for the purpose of allowing a longer period (usually four to six weeks) of convalescence than the length of stay that would be provided in hospital.

In order to facilitate Mr. Gerrits' discharge to his home (either from the hospital bed or from the Convalescent Care bed), a SWADD Co-ordinator will design a service package based on Mr. Gerrits' needs as assessed at the time of his discharge.

Question 4

The availability of a dependable support system (e.g.: a wife) is always a positive factor for a client who is returning to live in the community. The fact that his wife works full time would mean that arrangements would be made to provide for his care needs when she is at work.

Questions 5, 6 and 7

The assigned SWADD Co-ordinator completes the Saskatchewan Client Information Profile – Assessment (SCIP-A) and also reviews/completes the RRIT that was begun by the Intake Co-ordinator. Based on what the SWADD Co-ordinator learns when completing the assessment, the SWADD Co-ordinator will arrange to have additional assessments completed by other disciplines as needed, e.g.: Social Work, Occupational Therapy, Physical Therapy.

The SWADD Co-ordinator is responsible for the overall case co-ordination for the client. The other disciplines provide their reports and recommendations to the SWADD Co-ordinator so that a cohesive care plan can be developed.

The RRIT provides information regarding how at risk the client is. There are five levels (or degrees) of risk: minimal, low risk, some risk, at risk and high risk. There is an expected correlation between the client's level of risk and the amount of services/programs that is included in the client's service package.

The frequency and intensity of case management that will be provided to a client is also predictable on the basis of the RRIT score. The Regina Qu'Appelle Health Region partnered with the University of Regina to complete a research study that matched the amount of case co-ordination time a client requires with the level of client need as determined by applying the RRIT.

Question 8

The client's service package might include:

- Convalescent Care Program (i.e.: four to six weeks in a Convalescent Care bed in the long term care facility) to provide a longer period of time in which to convalesce, strengthen and gain self-confidence. This program includes assessment and programming by a physical therapist.
- Services from Home Care (nursing, Home Health Aide assistance for personal care and some homemaking, in-home respite, physiotherapy).
- Lifeline (electronic call system that is worn as a bracelet or necklace).
- Attendance at Adult Day Support Program which would provide social stimulation, appropriate activities, assistance with activities of daily living as needed (i.e.: to transfer, to eat, to toilet, etc.) and supervision/monitoring during the time his wife is at work. If it is too difficult to equip their home with aids for bathing him, the client could access bathing while at the Adult Day Support Program.
- Access to Respite Care up to four weeks per year to give his wife intermittent periods of time when she is relieved of the responsibility of caregiving, and could choose to travel, etc.

The SWADD Co-ordinator would continue to work with Mr. Gerrits and his wife, to assess his condition and care needs and to adjust the service package to meet his changing needs.

Question 9

In Saskatchewan, health services are an insured service. Level of income does not disqualify clients from accessing services from the publicly subsidized system. All clients who access services in the community are charged an income-based sliding-scale fee that is arrived at by applying a formula. There is a ceiling on the amount of money a client would pay, regardless of how high his income might be.

Clients who have disposable income have the option of purchasing additional services from private agencies to augment the services they use.

Question 10

The Hospital SWADD Co-ordinators are responsible for discharge planning and arranging services that will support the client/caregiver when the client returns to his home in the community. The physician is responsible for determining when the client's care needs no longer require being in the Acute Care bed and for writing the discharge order.

Question 11

The Hospital SWADD Co-ordinator is responsible for arranging the service package to support the client who returns home. Responsibility for the client's case co-ordination in community is transferred to a Community SWADD Co-ordinator.

Question 12

Question not relevant for Canada: intramural and extramural is not recognised by the respondent.

Questions 13 and 14

In the Regina Qu'Appelle Health Region we have an integrated system of service delivery. The Home Care staff and services that are employees of the Regina Qu'Appelle Health Region include Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, Home Health Aides, Social Workers, Occupational Therapists, and Physical Therapists.

The Regina Qu'Appelle Health Region either owns or operates long term care facilities or has an affiliate agreement (contract) with the long term care facilities that are privately or municipally owned.

The physicians are private practitioners, as are other disciplines that could operate as private businesses, e.g.: Physical Therapists.

There is a provincial program known as Saskatchewan Aides to Independent Living (SAIL). Clients are assessed by Occupational Therapists or Physical Therapists, who are authorized to determine their eligibility for the use of particular aids, e.g.: wheelchairs, walkers, etc.

Mental Health services are also part of the integrated service delivery system. The Mental Health Services staff that are employees of the Regina Qu'Appelle Health Region include Psychiatrists, Psychiatric Nurses, Social Workers, mental health workers. There are also psychiatrists who are private practitioners.

The SWADD Co-ordinator who is assigned to work with the client/caregiver is responsible for developing and co-ordinating the integrated package of service delivery. The Co-ordinator attempts to minimize overlap.

Questions 15 and 16

The SWADD Co-ordinator monitors the client's conditions ongoing and adjusts the service package as needed. If the services being provided (e.g.: nursing from Home Care, attendance at Adult Day Support Program, etc.) were not adequately meeting the client's needs, the SWADD Co-ordinator would make the necessary adjustments.

If client/caregiver are not satisfied with the services, there is a Client Representative to whom they can take their concerns. The Client Representative will address the needs/dissatisfaction with the relevant service provider.

Question 17

The municipal government is not directly responsible for the care delivery. However the funding that is used by the Regina Qu'Appelle Health Region to develop and implement programs and services is provided by the provincial government via Saskatchewan Health.

Question 18

The amount of help (i.e.: services and programs) that Mr. Gerrits is entitled to is based on his assessed care needs.

If his wife is willing and able to provide some of the care, her contribution will be included in the care plan. If she is not willing or able to provide care, arrangements will be made to have the care provided by the appropriate service agency (e.g.: Home Health Aide to provide personal care).

Question 19

If Mrs. Gerrits assumes responsibility for some of the care, she would be responsible for making whatever arrangements are necessary with her employer.

Question 20

Mr. Gerrits would only qualify for Self-Managed Care if he met the criteria for access to that program.

Question 21

Mr. and Mrs. Gerrits could apply to Saskatchewan Housing for a suite that is modified for persons who have physical disabilities. Saskatchewan Housing has its own criteria for accepting applications and prioritizing

applicants. The Regina Qu'Appelle Health Region has no authority regarding housing options.

Questions 22 and 23

If clients own their own home and wish to make modifications in order to accommodate physical limitations, some financial assistance may be available from the Saskatchewan government, provided the client needs meet the criteria.

Denmark

Question 1- 9

The specialists from the hospital are responsible for making a diagnosis. To enable Mr Gerrits to be discharged from hospital, the specialists will design a treatment and after care programme, indicating what type of help Mr Gerrits will need in his domestic surroundings.

The ergotherapist/occupational therapist and the physiotherapist from the local authorities will visit Mr Gerrits in to order the right alterations and fill in the application forms to the local authorities to have his house altered so that he and his wife can stay there in spite of his handicap. If the costs of modifying the house are expected to exceed a certain amount, the local county will pay some of the expenses if the couple wishes to stay in the house. (*Lov om ændring om lov om social service 31.03.2004*)

The medical specialist from the hospital submits an application for a Zimmer frame to borrow. The walking aid is then considered a temporary arrangement. If the Zimmer frame is for a durable use the local authorities are responsible for the arrangement. (*Serviceoven § 97, stk 1*)

Mr Gerrits needs help with his general daily vital functions (washing, dressing, eating, etc.) which will be provided by the home care service. Income or assets do not play a role.

Question 10 – 17

The hospital takes the initiatives to discharge Mr. Gerrits (a doctor at the hospital). Before this a meeting takes place at the hospital between Mr and Mrs Gerrits, a representative from the home care service, and a doctor and a nurse from the hospital staff. At this meeting Mr Gerrits' situation is discussed and his needs are identified. After discharge the GP will be responsible for Mr Gerrits' medical treatment. The home care service is responsible for his care.

Question 18 – 23

Mr Gerrits is less entitled to help than someone without a partner, if his wife is able to help him but Mrs Gerrits is not responsible for any of the care. She will get the needed advice to be able to help her husband the

way the couple decides it to be. She will be able to keep her job as she pleases. The local authorities can assign this family a modified flat/bungalow with priority and is responsible for financing the alteration of the bedroom no matter if the accommodation is rented or owner-occupied. (*Serviceloven §102*) If the needed alterations are extensive, another accommodation is recommended.

Germany

1. nursing care insurance, health insurance, pension insurance
2. social worker, social nurse; general practitioner; nursing care insurance, health insurance
3. medical service of health insurance agencies; doctor in hospital; after-care programme
4. no
5. medical service of health insurance agencies (doctor, relatives, hospital, nursing service)
6. separate assessment of medical service of health insurance agencies
7. checklist of medical service of health insurance agencies
8. cash or non-cash benefit or combination of those; nursing material, bed
9. no
10. doctor in hospital
11. before: social nurse in hospital; afterwards: general practitioner and nursing service
12. general practitioner, nursing service, patient
13. no
14. patient
15. medical service of health insurance agencies
16. medical service of health insurance agencies
17. medical service of health insurance agencies
18. no
19. no
20. no
21. no because there are no waiting lists respectively assignments
22. adaptation of accommodation, bed rental, care devices (bed, lifter); pension insurance
23. nursing care insurance

Sweden

1. Yes
2. The hospital must contact the municipality for making up a treatment and after care program according to the The Municipalities' Liability for Payment for Certain Health Care Services Act. Mr G.

must be informed and involved in the planning. All this must take place before Mr G. is discharged from the hospital.

3. That is decided in the program. In the planning staff from the hospital, primary care and municipality participates.
4. No
5. See above
6. –
7. No
8. Hem care – yes, home – nursing – yes, alterations – yes, safety alarm – yes if that is wanted, transportation service – yes, rollator a walking frame on wheels – yes. (A Zimmer frame is rather useless. You can stand but hardly walk.)
9. No
10. The hospital doctor.
11. See 2 above.
12. –
13. According to the story Mrs G. does not need any help.
14. See case 1 Q 19.
15. The municipalities must have security requirement program.
16. –
17. Yes
18. Probably yes when it comes to household cleaning and washing. Mrs G. is not impaired.
19. She is not responsible for his care. It is better for her if she continues to work full-time. Support programmes for family caregivers are available in Sweden. There are primarily three types of support: respite and relief services, support and educational groups and economic support for caring. The municipalities are responsible for the programs.
20. No
21. Yes, he municipality can.
22. House/home adaptation for impaired persons is fully financed by the municipality.
23. The municipality. It does not matter if it is rented or owned.

Bijlage 4

Questionnaire case 4 (hoofdstuk 6)

1. Are there government-appointed bodies to which people in this kind of situation can apply for help or is it only possible to be taken into care via the police and the courts?
2. If so, who should approach for help (those involved or the police or...)?
3. Are there agreements between the police and social workers or do the police deal with the situation within the criminal circuit?
4. What bodies are involved in the indication assessment for Mr Hansma?
5. If there is more than one body, do they provide a single indication or do they each provide separate assessments?
6. Are there clear-cut, unambiguous criteria for the indication assessment?
7. Is involuntary institutionalisation possible?
8. What legal provisions are in place to enable treatment of someone who is incompetent to act in a legal sense?
9. Will Mr Hansma be evicted and end up on the street?
10. Who/what party or parties are responsible for this?
11. Is anyone accountable for Mr Hansma's behaviour? If so, who is it and on what grounds?
12. Who 'looks after' Mr Hansma or who protects his interests?
13. Do the police call in others or do they deal with the situation within the criminal circuit?
14. Is there any co-ordination between law enforcement bodies and the care circuit?

Canada

Questions 1 and 2

Mental Health Services in the Regina Qu'Appelle Health Region include the Psychiatric Inpatient Unit at the hospital and the community services that are available via the Community Mental Health Clinic. Both sites are staffed with Psychiatrists, Registered Psychiatric Nurses and Social Workers.

Clients who live in community and are being seen by a psychiatrist at the Community Mental Health Clinic can be assigned a Community Mental Health Worker who fulfills the function of case manager for the client.

There is Mobile Crisis (a community agency) and a Crisis Response Team (part of Mental Health Services). Family, friend, neighbours, etc. can call the Crisis Response Team if the client is causing serious concern. The Crisis Response Team will assess the situation, and advise client/caregiver of

recommended steps to take if the client will voluntarily accompany Crisis Response Team. If the client is violent and/or could pose a safety risk to self or others, the police would be called.

Question 3

The police would deal with the situation within the criminal circuit if a crime had been committed. Police, Mobile Crisis, and the Crisis Response Team who work together generally know clients who are frequently causing disturbances.

Question 4

If Mr. Hansma is in an acute psychotic state, the service providers that would be involved in his assessment/treatment could include:

- The police, if someone contacted them to lodge a complaint.
- Mobile Crisis.
- The Crisis Response Team.
- The psychiatrist in hospital if Mr. Hansma is taken to the Emergency Department for assessment.
- The psychiatrist in the Community Mental Health Clinic if Mr. Hansma accesses the clinic.
- Mental Health Worker (Community Mental Health Nurse or Social Worker).

Question 5

The various service providers/agencies would complete their own assessments and provide copies to the Community Mental Health Clinic where they would become part of the same file.

Question 6

When a client clearly poses a danger to self or others, an assessment would have to be done. Anyone can lay evidence before the court if the client appears to be a danger. If the court accepts the evidence, the court will issue a warrant for the client to go for a psychiatric treatment. The client has the choice of going voluntarily. If the client refuses to voluntarily go for psychiatric treatment, the court can issue an order for police to pick the client up and take him for treatment.

Question 7

Involuntary institutionalization is only possible if the client is certified by a psychiatrist under the *Mental Health Act*. The only location where the client (now certified) can be held against his will is in the Inpatient Psychiatric Unit in the hospital. The psychiatrist can issue a Community Treatment Order which requires that the client (who is living in the community) must either voluntarily go to the Community Mental Health Clinic for treatment, or he will be picked up by the police and taken to the clinic for treatment (which would be medications).

Question 8

There is no Office of Public Guardian in Saskatchewan. If a client is declared incompetent to make health decisions, every effort is made (by the Mental Health worker) to locate someone (family, friend) who will accept the responsibility of being a substitute decision maker.

Questions 9 and 10

It would be an unusual occurrence for a client in Regina Qu'Appelle Health Region to be evicted and end up on the street. The Community Mental Health Worker would be made aware if a landlord was going to evict a client and would work with other agencies (e.g.: Social Services, Salvation Army Hostel) to find alternate living accommodations.

Question 11

Unless Mr. Hansma has been found to be incompetent for making personal and care decisions, he will be held accountable for his own behaviour.

Question 12

The Community Mental Health Work would act as an alternate for Mr. Hansma. If Mr. Hansma is certified under the *Mental Health Act*, there is an obligation to inform him that he can appeal to have the certification lifted and also to inform him of the process he would use to have this done.

Questions 13 and 14

The police work closely with Mobile Crisis, the Crisis Response Team and the Community Mental Health Clinic.

Denmark

Questions 1- 8

Involuntary institutionalization ("red papers" are needed, signed by the police and a doctor) is only possible in Denmark if someone is insane or appears to be and if the person poses a threat to himself, others or his surroundings, and there is no other way to resolve the situation. The person involved has to agree with the treatment or care plan. If they cannot, a partner, parent or legal representative can do it for them.

If Mr Hansma's mental illness gets worse, the situation might get more serious. If he gets violent and no one calls for a doctor (family or neighbours) the police will do so. The doctor will examine the patient and if hospitalization is needed and the patient opposes he will be admitted to a mental hospital. (*Psykiatriloven. Frihedsberøvelse og tvangindlæggelse*)
The doctor must not be incompetent/disqualified that is, he must be different from the doctor from the mental hospital. (*Forvaltningsloven §3*)

The problem here is that as long as Mr Hansma refuses to recognise his situation, he cannot be admitted to an institution. The way in which 'threat' is interpreted often differs in practice. This means that social workers sometimes fail to intervene when they can, whereas in other cases, more coercion is applied than the law permits.

Sometimes a team of trained nurses sent from the mental hospital can visit a patient like this after the diagnosis is distinct and if it is estimated that this kind of visit can improve his mental illness.

<http://home7.inet.tele.dk/erikjapp/info/kontakt/kongrund.htm#Social%20begivenhed> (kontanthjælp)

Questions 9 - 14

Home

Mr Hansma can be evicted from his home but he will not end up in the street. The local authorities must find him an accommodation and they also account for his behavior if he is causing trouble for the neighbours.

*http://www.sm.dk/netpublikationer/statusrap_sindslidende/del1/kap6.htm
(Den sociale sektors tilbud til sindslidende)*

*http://www.formidlingscentret.dk/sidste_nyt.htm#aarsstatistik%202002
(Årsstatistik 2002. Brugere af botilbud efter servicelovens §94 : Personer, der er hjemløse eller som har problemer med at fungere i egen bolig. Den Sociale Ankestyrelses kommenterede statistik for 2002 udarbejdet på grundlag af styrelsens register over ind- og udskrivninger på boformerne efter servicelovens §94.)*

A social worker from the local authorities will deal with his practical problems, for example fill in the applications for an accommodation paid by the local region to people like him.

*(Botilbud efter bistanndsloven §112, stk. 2. Amtskommunal ordning)http://www.sm.dk/netpublikationer/statusrap_sindslidende/del1/kap6.htm
(bolig til sindslidende)*

*http://www.formidlingscentret.dk/sidste_nyt.htm#aarsstatistik%202002
(Årsstatistik 2002. Brugere af botilbud efter servicelovens §94 : Personer, der er hjemløse eller som har problemer med at fungerer i egen bolig. Den Sociale Ankestyrelses kommenterede statistik for 2002 udarbejdet på grundlag af styrelsens register over ind- og udskrivninger på boformerne efter servicelovens §94.)*

The social worker will apply for money for the person to make a living through the welfare system.

<http://home7.inet.tele.dk/erikjapp/info/kontant/kongrund.htm#Social%20begivenhed> (kontanthjælp)

“Psykiatriloven” (Act on psychiatrics) will protect his integrity and ensure medical examination and treatment. Medical treatment is based on a voluntary basis otherwise a lot of conditions must be made to treat him against his will.

The co-ordination between law enforcement bodies and medical care is clear.

<http://www.danmark.dk> (Grundtakster for 2005)

Germany

The problem with the missing diagnosis is in Germany similar to the situation in the Netherlands. There two ways are to get help. First, Mr. Hansma can get (temporarily) a care person appointed by court who decides for him, if he is incompetent to act in a legal sense. Anyone can apply to court in this matter.

Secondly he can get help by a social worker who gives Mr. Hansma support in his life. This social worker can't decide instead of him. Mr. Hansma also gets help by hospitals and doctors. If necessary (means: Mr. Hansma acts dangerously for others or himself) he can be institutionalized for treatment against his will. This decision must also be made by a court.

Social workers specialized on persons with mental disorders provide help and support for Mr. Hansma to manage his life before, during, and after receiving medical treatment. If he declines all help it's also possible that Mr. Hansma will be evicted and ends up on the street. Otherwise, supported living is available if necessary. If Mr. Hansma is known by the police and they also know of his mental disorder they often involve social workers.

Sweden

As in the Netherlands involuntary institutionalisation is only possible when someone is a threat to themselves, others or their surroundings. The case is just as difficult to solve in Sweden as it is in the Netherlands. The last paragraph in the case description is applicable to Sweden. I have been discussing the case with some colleagues. Here are some answers to your questions. We found it rather difficult to answer them in an easy way.

1. The neighbours will contact the police or/and the social authority in the municipality. Probably they also contact the landlord.
2. a) If the situation isn't acute dangerous the neighbours start the process and then the social worker contact Mr H. In 80% of the municipalities there is a system of care management (personligt ombud)

who protects Mr H's interests.

b) If the situation is dangerous, the social worker brings a psychiatrist along who examines Mr H. The psychiatrist issues a certificate that Mr H is dangerous to others. If Mr H refuses to go to hospital the police can bring him to the psychiatric care. And in hospital a new examination takes place. Very often in a case like this the person will be back home in a few days if he isn't mad as a hatter. And if he takes his medication, the situation is under control. If he stops taking his medicine, the circus starts all over again.

3. If the police have the first contact with the case, they contact the social authority in the municipality. No written agreements but cooperation.
4. –
5. The police, the social authority and the psychiatrist have different assessment criteria's. And the scared neighbours have a different view on what is normal behaviour and not compared to the psychiatrist.
6. No.
7. See above. In this case no.
8. He can have a personal representative, a guardian, appointed by the court.
9. He can be evicted. In that case the social authority has a responsibility to make arrangements so he won't end up in the street.
10. The landlord, but after a trial in the regional rent tribunal.
11. No. He is responsible as long as he is not in such a bad shape that he can be taken in to involuntary institutionalisation.
12. He can have an appointed care manager (personligt ombud) who protects Mr H's interests. See 2 above.
13. See above. They call in others.
14. The county administrative court plays an important role when it handles appeals against decisions made by the social authorities according to the Social Services Act (SoL).

Bijlage 5

Literatuur

Have A. ten, B. van Hulst en M. Visser. Internationale vergelijking organisatie langdurige zorg. Rotterdam: ECORYS-NEI (EE10903), 2004.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gemeente en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gemeente en zorg: achtergrondstudie. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Tak, P.J.P. en J.P.S. Fiselier. Denemarken-Nederland. De rechtspleging vergeleken. Nijmegen: Wolf Legal Publishers, 2004.

Tak, P.J.P. en J.P.S. Fiselier. Duitsland-Nederland en de afhandeling van strafzaken. Nijmegen: Wolf Legal Publishers, 2002.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ: brief aan de Tweede Kamer. Den Haag: oktober 2003.

Bijlage 6

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net).

Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00
05/01	Briefadvies WMO	gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)	gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004	gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00

03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08

00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

Bijzondere publicaties

04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€ 15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€ 15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen	gratis
01M/01E	E-health in the United States	€ 11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€ 9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€ 6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€ 9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	€ 11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€ 6,81

Signalelementen

Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€ 15,00
-----------	---------------------------	---------

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies economisering en beroepsethiek (2004)	gratis

Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis

