de mantelzorgers tot 'slaven van de liefde' maakt. Gegeven de constatering dat deze taak in het merendeel van de gevallen op de schouders van dochters en schoondochters rust, valt er bovendien vanuit emancipatoir opzicht nog het een en ander over op te merken. Mantelzorg lijkt met dit alles zowel essentieel als onvoldoende aanwezig. In zekere zin geeft dit de grens aan van de mogelijkheden: gaat bij afwezigheid van mantelzorg complexe thuiszorg voor zorgafhankelijke alleenstaanden de huidige mogelijkheden te boven.
Complexe thuiszorg zal – en dat is het tweede probleem – bijna per definitie stuiten op *coördinatiek*westie. Het impliceert immers dat er verzorging en ondersteuning op allerlei levensgebieden wordt gegeven en dat er verschillende hulpverleners op wisselende tijden bij betrokken zijn, en dat wil ook zeggen: verschillende disciplines met uiteenlopende organisatiewijzen. Anders gezegd: indien het de bedoeling is buiten de muren van ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgingstehuis complexe zorg te geven, dan zal het duidelijk zijn dat daar ontbreekt wat 'binnen de muren' per definitie aanwezig is, te weten veel verschillende disciplines en 24-uurszorg met grote continuïteit en toezicht. Wil complexe thuiszorg mogelijk zijn, dan zal de zorg meer samenhang moeten vertonen dan nu het geval is.
In dit verband wordt wel gesproken over twee desiderata: coördinatie (het afstemmen van de zorg van afzonderlijke instellingen) en case management (het regelen van zorg voor individuele patiënten). Beide strategieën moeten het mogelijk maken dat de huidige eerstelijnsvoorzieningen in concert 'een op de individuele hulpvrager toegesneden pakket van verschillende soorten zorg, hulp en diensten' kunnen gaan bieden. Het probleem is evenwel dat de ene strategie (coördinatie van voorzieningen) verschijnt als voorwaarde voor het welslagen van de andere (coördinatie van zorg rond de patiënt). Immers, een flexibele organisatie van zorg rond de patiënt zal vergaande bevoegdheden en financiële middelen vereisen, en in de huidige situatie is het tamelijk ondenkbaar dat de autonome eerstelijnsinstellingen en -disciplines die uit handen geven. Er is met andere woorden sprake van een *vicieuze cirkel:* er is behoefte aan samenhangende thuiszorg voor ernstige zieke of chronische patiënten, de huidige extramurale zorg is onvoldoende samenhangend, case management zal nodig zijn om samenhang te brengen, die strategie lukt alleen bij voldoende samenhangende voorzieningen.

In het derde deel van dit drieluik over het scenarioproject wordt verder ingegaan op de problemen rond samenhang en organisatie. Daar wordt een aantal organisatiescenario's gepresenteerd dat de geschetste problemen mogelijk kan ondervangen.

Auteurs
Dr. H. J. Wennink, Nationale Raad voor de Volksgezondheid;
Drs. S. E. Kooiker, Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel);
Drs. W. G. W. Boerma, Nivel;
Dr. D. H. de Bakker, Nivel;
Prof.Dr. P. P. Groenewegen, Nivel; en
Prof.Dr. E. Schadé, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg

Scenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg

Afwegingen en modellen voor de toekomst

W. G. W. Boerma c.s.

Wil de complexe thuiszorg regulier worden, dan moet er echt wat veranderen aan de structuur van de gezondheidszorg. Wat? Wat zal over vijftien jaar de aard en de omvang van het zorggebruik zijn en hoe zal daar bij de organisatie van de zorg op moeten worden ingespeeld? Een viertal modellen is uit de studie naar toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg naar voren gekomen.

De Nederlandse gezondheidszorg maakt zich op voor de eenentwintigste eeuw. Velen zijn het erover eens dat het beroep op de gezondheidszorg de komende vijftien tot twintig jaar als gevolg van interne en externe invloeden aanzienlijke accentverschuivingen te zien zal geven, zodanig zelfs dat de huidige organisatie daar niet tegen opgewassen is. Een zo goed mogelijke schatting van de te verwachten ontwikkelingen en de effecten ervan voor de gezondheidszorg is belangrijk om hier bijtijds maatregelen tegen te kunnen treffen.
De studie naar toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg is bedoeld om met beschikbare gegevens uitspraken te doen over de aard en omvang van te verwachten verschuivingen in het zorggebruik en op basis daarvan mogelijke modellen voor de organisatie van de zorg te schetsen. Ook al wordt daarbij in belangrijke mate gesteund op statistische gegevens en daaruit berekende ramingen voor de toekomst, het gaat niet om prognoses: daarvoor zijn de termijnen van tien tot vijftien jaar te lang en de onzekerheden te groot. Een scenariostudie is erop gericht zo gefundeerd mogelijk een aantal alternatieve toekomstbeelden uit te werken en aan te geven op welke wijze die te bereiken zijn. Terwille van de openbare discussie gaat het daarbij meer om de ge-

hanteerde overwegingen, argumenten en criteria dan om het neergezette toekomstbeeld.

UITGANGSPUNTEN

Demografische ontwikkelingen en waarneembare trends in het zorggebruik, gecombineerd met een studie van de eisen die intensieve zorg in de thuissituatie stelt, hebben geleid tot schattingen omtrent kwantiteit en kwaliteit van het toekomstig zorggebruik. (Voor de desbetreffende delen van de scenariostudie zij verwezen naar het rapport.) Hoewel de ontwikkeling naar een seniorenmaatschappij niet zo desastreus hoeft te zijn als té eenvoudige rekensommetjes willen doen geloven (zie het eerste artikel in het drieluik over deze scenariostudie), de behoefte aan complexe zorgverlening zal er in elk geval wel door toenemen. Daarnaast moet worden verwacht dat deze zorg, relatief meer dan nu het geval is, thuis zal worden verleend en minder in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Dit komt doordat de intramurale capaciteit niet evenredig zal meegroeien met de toenemende vraag. Bovendien veranderen de wensen van de patiënt; als gevolg van een toenemende individualisering en zelfbeschikking willen velen liever thuis worden verzorgd en verpleegd, als daartoe de mogelijkheid bestaat.
Voor de formulering van organisatiemodellen voor de toekomst zijn dit belangrijke uitgangspunten. Men moet in de toekomst in staat zijn, binnen de (groeiende) technische mogelijkheden, thuis zorg te verlenen waarbij de gecoördineerde inzet van uiteenlopende deskundigheden is vereist. De aard van die zorg en de daaruit voortvloeiende eisen voor de zorgverlening zijn beschreven in het tweede van deze trits artikelen over het scenarioproject. Voldoen aan die eisen, is de opgave voor het onderhavige onderdeel van de scenariostudie. Als in deze context wordt gesproken over complexe thuiszorg, heeft de complexiteit dus primair betrekking op de *organisatie* van de zorgverlening.
Het ziet ernaar uit dat het zorgsysteem in de huidige vorm deze veranderingen niet aankan. Hoewel het peil van de Nederlandse beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg hoog is, is het door de versnipperde structuur van de zorgverlening echter heel lastig verschillende deskundigheden flexibel en gecoördineerd in te zetten. Niet alleen de autonomie van instellingen en beroepsbeoefenaren, maar ook de niet op elkaar aansluitende financieringswijzen zijn daar debet aan. Overigens dient hieraan wel onmiddellijk te worden toegevoegd, dat voor de niet-complexe zorgvragen de getrapte toegankelijkheid van de specialistische zorg, de lage drempel tot de huisarts en diens centrale positie in het geheel positief dienen te worden gewaardeerd.

Schema 1. Zorgvernieuwingsprojecten naar woonvorm patiënt en plaats van de zorgverlening.

I WONEN THUIS; ZORG THUIS	II WONEN THUIS; ZORG ELDERS
– gecoördineerde eerste lijn	– eerstelijnszorg bij aangepast wonen
– eerste lijn in samenwerking met ander echelon of sector	– verzorgingstehuis/dienstencentrum eventueel met eerstelijnszorg
– niet-eerstelijnszorg/niet-regulier	– verpleeghuis

LESSEN UIT ZORGVERNIEUWING

Kritiek op het gebrek aan samenhang in de zorgverlening is niet nieuw. Het ontstaan van gezondheidscentra vanaf het begin van de jaren zeventig is er een gevolg van. Van meer recente datum zijn de zorgvernieuwingsprojecten die op tal van plaatsen tot stand zijn gekomen. De constructies waarmee binnen deze projecten wordt geëxperimenteerd, onder aanmoediging van de overheid, zijn in feite oplossingen voor in het veld ervaren knelpunten. Deze kunnen zeer bruikbaar zijn bij het denken over een nieuwe organisatorische vormgeving van de gezondheidszorg. Vandaar dat ten behoeve van de scenariostudie een analyse is gemaakt van het bestand van het Registratiesysteem van zorgvernieuwingsprojecten, dat door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) wordt bijgehouden.
Uit die analyse blijkt, dat het in de meeste zorgvernieuwingsprojecten om enige vorm van substitutie van institutionele door ambulante zorg gaat. De verblijfplaats van de patiënt en de locatie van de zorgverlening zijn daarbij bepalend. De projecten werden ingedeeld naar de woonvorm van de zorgvrager, de plaats van zorgverlening en uiteraard wie de zorg verleent (zie *schema 1*).
In de eerste categorie is thuiszorg ook letterlijk *zorg aan huis:* men woont thuis en daar ontvangt men ook de zorg. De uitvoering blijft in deze projecten doorgaans beperkt tot de bekende eerstelijnsdisciplines. Vernieuwend is de wijze van coördinatie en de afspraken en procedures met de tweede lijn. In andere projecten binnen deze categorie wordt de eerste lijn versterkt door inzet van tweedelijns deskundigen of door het creëren van faciliteiten bij patiënten thuis: een ergotherapeut uit het verpleeghuis of assistentie vanuit het ziekenhuis bij toepassing van medische technologie. In sommige gevallen zijn noodbedden en klinische faciliteiten beschikbaar als zorg thuis – tijdelijk – niet mogelijk is. De derde soort projecten binnen de eerste categorie zijn de commerciële en particuliere thuiszorgbureaus, die geheel buiten de reguliere zorg vallen en dus minder aan regelgeving gebonden zijn.
De tweede categorie wordt gevormd door de *semimurale projecten:* patiënten wonen thuis (dat kan ook in een bejaardenhuis zijn), maar de zorgverlening vindt elders plaats. Hier treffen we vaak de ouderen met een verpleeghuisindicatie die nog geheel zelfstandig wonen of in aanleunwoningen.

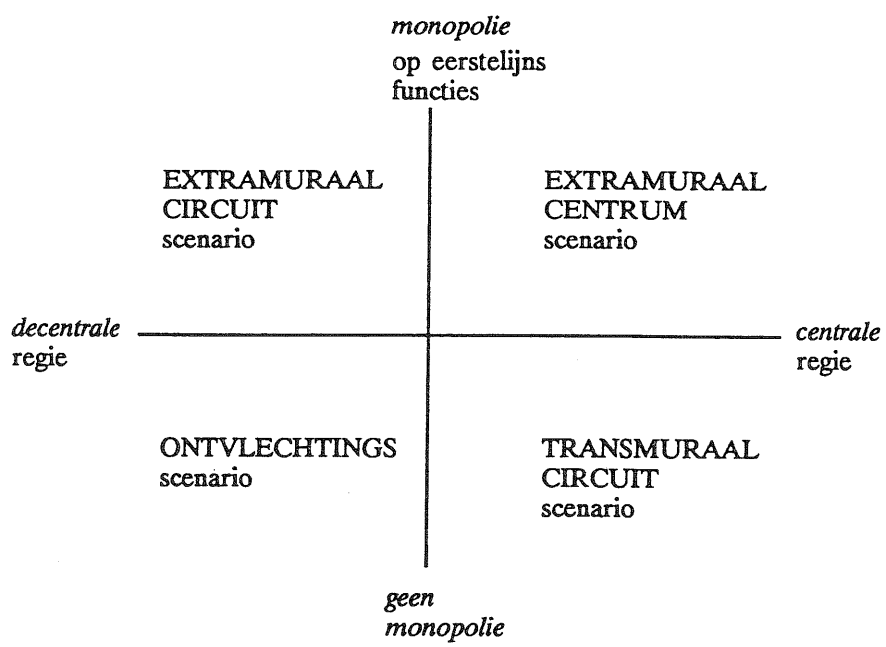
Met enige vrijheid brengt deze ordening van zorgvernieuwingsprojecten ons tot het formuleren van de volgende mogelijke *'zorgarrangementen':*
– versterkte eerste lijn, met zorgcoördinatie voor bepaalde categorieën patiënten (ouderen, chronici, post-operatiepatiënten) en afspraken/procedures met de tweede lijn;
– eerste lijn 'plus', waarbij in aanvulling op het bovenstaande, meestal beperkte 'grensoverschrijdende' bijstand uit andere echelons wordt verleend (bijvoorbeeld door een ergotherapeut of een gespecialiseerde fysiotherapeut uit het verpleeghuis of het revalidatiecentrum);
– uitgebreide eerste lijn, waarbij in

de samenwerking met bijvoorbeeld een verpleeghuis de echelonnering nog iets meer wordt losgelaten (bijvoorbeeld door de beschikbaarheid van noodbedden);
– zorgcircuit tussen echelons waarbij alle voorzieningen van de gezondheidszorg in een regio samenhangen door een stelsel van afspraken, protocollen, consultaties en dergelijke. (Dit laatste is meer een extrapolatie dan een resultaat van de analyse.)

BUITENLANDSE VOORBEELDEN

Een blik over onze landsgrenzen kan compensatie bieden voor de beperkingen van bovengenoemde experimenten voor ons doel; ze zijn meer op zorginhoudelijke dan op organisatorische vernieuwing gericht en ze kunnen zich maar ten dele onttrekken aan de status quo. De elementen uit andere zorgsystemen zijn niet gekozen om te worden gekopieerd – omstandigheden zijn vaak onvergelijkbaar – maar ter inspiratie.
In *Groot-Brittannië* en in *Finland* hebben huisartsen de mogelijkheid patiënten op te nemen in 'eigen' klinische faciliteiten. Organisatorisch kunnen deze eerstelijnsbedden wel deel uitmaken van een ziekenhuis of verpleeghuis. Bestaande voorzieningen kunnen een dergelijke nieuwe functie krijgen. Eerstelijnsbedden verliezen hun functie als niet strikt de hand wordt gehouden aan een beperkte ligduur.
Voorbeelden van verticale integratie, of 'managed care', zijn te vinden in de Health Maintenance Organisation (HMO) in de *Verenigde Staten*, waarbij verstrekking en financiering van zorg in één hand zijn. Interessant is de uitgekiende interne planning en controle door middel van een strikt machtigingen systeem, ontslagplanning en case management. Een goede informatievoorziening is noodzakelijk. Toekenning van individuele zorgbudgetten met een relatieve vrijheid van besteding, waarmee onder meer in *Engeland* is geëxperimenteerd, lijkt erg aantrekkelijk ter bevordering van een flexibele zorgverlening op maat. Meestal is er een zorgbemiddelaar die de cliënt de weg kan wijzen en adviseren. Voorkomen moet worden dat door 'aanzuiging' van nieuwe vraag omgekeerde substitutie ontstaat (dat wil zeggen dat professionele hulp wordt geboden waar voorheen mantelzorg volstond). Ook bureaucratisering is een gevaar.
Doelmatigheid kan worden bevorderd door het inbouwen van financiële prikkels, hetzij aan de vraagzijde dan wel aan de aanbodkant. Ervaringen in *Denemarken* leren dat er bij een gemengd abonnements- en verrichtingensysteem voor huisartsen alleen substitutie zal optreden, bijvoorbeeld in de vorm van minder verwijzingen, als de apart te honoreren verrichtingen goed worden gekozen. Het effect op verwijzingen is het grootst als sterk diagnose-gebonden curatieve verrichtingen volgens een apart tarief worden gehonoreerd. Bij financiële prikkels aan de vraagzijde moet worden gedacht aan eigen bijdragen voor de patiënt. Deze hebben in het algemeen een negatief effect op het gebruik van zorg. Belangrijk is dat ze worden geheven op verrichtingen waartoe de patiënt doorgaans het initiatief neemt. Een vaste eigen bijdrage blijkt minder effectief dan een procentuele bijdrage, zoals men die bijvoorbeeld in *België* kent.

Schema 2.



VIER SCENARIO'S

Op basis van analyse van de zorgvernieuwingsprojecten en geïnspireerd door elementen uit buitenlandse zorgsystemen zijn organisatiemodellen geconstrueerd die complexe thuiszorg mogelijk moeten maken. Daarbij bleken twee vragen steeds weer van cruciaal belang: in hoeverre vindt coördinatie gecentraliseerd plaats en moet er een schot blijven tussen primaire en secundaire zorg? Dit leidde tot het onderscheiden van de volgende twee *dimensies:*
– centrale versus decentrale regie: bij centrale regie is één organisatie verantwoordelijk voor het totale zorgpakket, bij decentrale regie is die verantwoordelijkheid verdeeld over de deelnemende instellingen/beroepsbeoefenaren;
– thuiszorg wel of niet voorbehouden aan de eerste lijn.

Beide dimensies worden in *schema 2* uitgezet; de scenario's die in de kwadranten zijn benoemd worden vervolgens kort beschreven.

Extramuraal circuit
Beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen en fysiotherapeuten, en instellingen in de extramurale zorg, zoals die voor thuiszorg, zijn autonoom; er is geen omvattende organisatie met eigen bevoegdheden. Om voor complexe zorgvragen toch een integraal pakket te kunnen bieden wordt er samengewerkt door middel van niet-vrijblijvende afspraken en protocol-

len. Werkafspraken met de tweede lijn lopen meestal gescheiden via de medische en verpleegkundige lijn. Met intramurale instellingen wordt onderhandeld over de beschikbaarheid van noodbedden en dergelijke. Er zijn drie varianten:
– circuit met kleine monodisciplinaire eenheden. In deze lichtste variant wordt de zorgverlening gedragen door solistisch of in duoverband werkende huisartsen en monodisciplinaire instellingen. Er is geen aparte case management-functie; één van de betrokken hulpverleners neemt deze taak op zich;
– circuit met grote organisatorische eenheden. Kruiswerk en gezinsverzorging zijn gefuseerd en andere disciplines werken in groepspraktijken en andere samenwerkingsverbanden;
– circuit met aparte zorgcoördinatiefunctie. Hier is meer delegatie van taken; zo geschieden intake en indicatiestelling voor complexe zorgvragen centraal. Deze variant kan een uitbreiding zijn van de vorige.

Extramuraal centrum
De eerstelijnsfuncties zijn ondergebracht in één organisatie. Met ziekenhuizen of verpleeghuizen zijn afspraken over de beschikbaarheid van noodbedden, medisch-technische faciliteiten en specialistische consultatie. Grotere centra kunnen eventueel de beschikking hebben over eigen bedden en een dienst voor de inzet van technische hulpmiddelen. Er zijn ook hier drie varianten:
– centrum gegroeid uit huisartsengroepspraktijk. De groepspraktijk heeft zich successievelijk uitgebreid met praktijkverpleegkundige(n), thuiszorger(s), paramedici, een maatschappelijk werker en een technicus voor beheer en installatie van apparatuur aan huis. De artsen, die een sturende rol hebben, zijn geheel zelfstandig;
– centrum gegroeid uit thuiszorgorganisatie. Spil van deze organisatie vormen de gefuseerde kruisorganisatie en gezinsverzorging; vrije beroepsbeoefenaren (artsen en fysiotherapeuten) zijn contractueel aan het centrum gebonden, eventueel in dienstverband.
– niet-disciplinegebonden organisatie. Deze is speciaal voor dit doel in het leven geroepen, bijvoorbeeld door een plaatselijke overheid of een ziektekostenverzekeraar.

Transmuraal circuit
Uitvoering van eerstelijnsfuncties is in dit scenario niet voorbehouden aan de traditionele eerstelijnsdisciplines, wat niet wil zeggen dat ze er niet bij betrokken kunnen zijn. Eerstelijns- en thuiszorg kunnen in deze opzet zeer wel vanuit ziekenhuizen of verpleeghuizen worden verleend. Er is een centrale regie met betrekking tot het hele scala aan zorg. De drie varianten worden kort getypeerd:
– verpleeghuis onder eerstelijnsregie. Het zorgaanbod van de eerste lijn wordt uitgebreid met bedden en het behandelings- en verzorgingspotentieel van een verpleeghuis. Huisartsen zijn ook actief binnen de muren van het verpleeghuis. Deze variant vergt een vrij zware eerstelijnsorganisatie;
– ziekenhuis samen met eerste lijn. Er wordt in gelijkwaardige samenwerking een integraal zorgpakket geboden in het adherentiegebied van het ziekenhuis; buitenpoliklinieken kunnen een brugfunctie vervullen tussen ziekenhuis en eerste lijn;
– alle zorg vanuit het ziekenhuis. Eerstelijns- en thuiszorgfuncties, generalistische en specialistische, worden vanuit de ziekenhuisorgansiatie aangeboden. Ter vermijding van bereikbaarheidsproblemen kunnen er gedecentraliseerde eenheden zijn. Het ziekenhuis kan beperkingen stellen aan de toegankelijkheid van bepaalde zorgfuncties.

Ontvlechtingsscenario
Er is in dit scenario geen monopolie op thuiszorg en evenmin een centrale regie. De vertrouwde taakafbakening tussen disciplines en instellingen in eerste en tweede lijn wordt losgelaten. Om in deze situatie een integraal aanbod te realiseren voor complexe zorgbehoeften is een (onafhankelijk) centraal meldpunt en individuele zorgbemiddeling als integratieve functie onontbeerlijk. Er ontstaat een grote verscheidenheid aan organisatie- en samenwerkingsvormen. Het aantal mogelijke varianten is dan ook legio.

SCENARIO'S GEWOGEN

In hoeverre kunnen deze scenario's voldoen aan de normen betreffende integraal aanbod, zorg op maat, continuïteit, doelmatigheid en doeltreffendheid? Met andere woorden: kunnen ze complexe zorgvragen van thuiswonenden aan?
De scenariocommissie heeft, in samenspraak met de onderzoeksgroep, de vier scenario's en hun varianten getoetst aan criteria die daarvoor waren opgesteld. Het oordeel over de algemene geschiktheid en de haalbaarheid wordt hier samengevat.

Vooral de lichte variant van het *extramuraal circuit* kan waarschijnlijk onvoldoende samenhang opbrengen om een passend zorgpakket van goede kwaliteit te garanderen. De structuur is te vrijblijvend en het is de vraag of plaatsing van een zorgcoördinator daarin voldoende soelaas biedt. Ook voor het inzetten van technologie in de thuiszorg is de organisatie niet zwaar genoeg. Bij grotere organisatorische eenheden, gecombineerd met een zorgcoördinator met bevoegdheden, kan aan deze bezwaren een eind tegemoet worden gekomen.
In het *extramuraal centrum* zijn de condities voor complexe thuiszorg gunstiger. De sterkere organisatie biedt meer mogelijkheden voor kwaliteitsbeleid en vormen van taakdifferentiatie; bovendien heeft het een sterkere positie ten opzichte van de tweede lijn dan het extramuraal circuit. Het gevaar voor verambtelijking en onevenredige toename van de overhead kan worden verminderd door de uitvoering te decentraliseren. De derde variant met de onafhankelijke organisatie lijkt het evenwichtigst, omdat niet één van de disciplines bij voorbaat een stempel op het geheel drukt.
Het *transmuraal circuit* heeft het voordeel dat zowel intra- als extramurale zorg in één organisatie is ondergebracht – een goede voorwaarde voor continuïteit en een integraal aanbod. De variant van het verpleeghuis onder eerstelijnsregie is wel in het nadeel, omdat meer gespecialiseerde (ziekenhuis)zorg weer apart moet worden geregeld. In de derde variant, waarin alle zorg vanuit de ziekenhuisorganisatie wordt gegeven, schuilt het gevaar van te veel nadruk op de specialistische zorg en medicalisering, waardoor niet-complexe thuiszorg onvoldoende tot ontwikkeling komt. In de andere varianten zijn de kansen voor substitutie naar de eerste lijn groter.
In het *ontvlechtingsscenario* is de toegankelijkheid in principe groot. In de

praktijk zal er evenwel waarschijnlijk selectie van patiënten plaatsvinden. De onafhankelijke zorgcoördinator zal hier waarschijnlijk niet veel aan kunnen veranderen: wat niet wordt aangeboden kan ook niet worden ingekocht. Een continu en integraal aanbod is dus niet verzekerd. Door de geringe prikkel voor samenhang is de kans op hiaten (evenals op overlap) groot.

Concluderend kan niet worden gezegd dat alle scenario's even goed in staat zijn de eisen van complexe thuiszorg het hoofd te bieden. Vooral de lichte vormen van het extramurale circuit en het ontvlechtingsscenario moeten als ontoereikend worden gekwalificeerd.

DISCUSSIE

Het zal duidelijk zijn, dat er hoe dan ook wezenlijke veranderingen in de gezondheidszorg moeten plaatsvinden wil complexe thuiszorg regulier worden. Geen der scenario's kan worden gerealiseerd als de mogelijkheid en bereidheid om de structuur van de gezondheidszorg aan te passen ten behoeve van complexe thuiszorg ontbreekt.
In de voorgenomen stelselwijziging zal de sturing in de gezondheidszorg meer van de verzekeraars komen. In regionale onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders over het zorgaanbod zouden verzekeraars hun voorkeur voor een bepaalde organisatievorm kunnen laten blijken.
In het algemeen geldt, dat die structuur het meest haalbaar is die complexe thuiszorg aankan en verder optimaal aansluit bij het aanbod in de regio en de behoeften aan samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren in een regio. Het is dan ook niet mogelijk, zelfs niet gewenst, dat aan een der geschikt bevonden scenario's de absolute voorkeur wordt gegeven. Waar, bijvoorbeeld op het platteland, home-teams bestaan, ligt misschien de uitgroei naar een extramuraal circuit het meest voor de hand, terwijl sommige gezondheidscentra een goed uitgangspunt zijn voor de vorming van een extramuraal centrum. Transmurale circuits maken mogelijk meer kans waar ziekenhuizen een herkenbaar en homogeen adherentiegebied hebben.
De haalbaarheid is er voorts mee gediend als er niet méér wordt ge(re)organiseerd dan nodig is. Aangezien er voor de alledaagse zorg niet zoveel hoeft te veranderen, komt het erop neer dat er een zekere organisatorische scheiding zal zijn tussen complexe en niet-complexe zorgverlening. En ook binnen de complexe zorg kan een tweedeling wenselijk zijn, namelijk tussen wat we kortweg noemen acute en chronische complexe zorgvragen. Acute zorg, zoals die aan post-operatiepatiënten, is betrekkelijk kort durend, intensief en vooral medisch-somatisch van aard; inzet van moderne medische technologie is dikwijls geboden; informele hulp is hierbij vaker beschikbaar vanwege de beperkte duur. Chronische zorg is vaak van lange duur en vooral verzorgend van aard en de beschikbaarheid van informele zorg is doorgaans klein. Voor de acute zorg is een organisatie waarin het ziekenhuis participeert belangrijker dan voor de chronische zorg.
Een belangrijke voorwaarde voor complexe thuiszorg is ook de beschikbaarheid van informele zorgers als onmisbare aanvulling op de professionele zorg. Als de trend van een verminderende beschikbaarheid van mantelzorgers niet kan worden omgebogen, vormt dit een bedreiging voor thuiszorg. Informele zorgverlening moet aantrekkelijker worden; misschien dat vitale jong-bejaarden, die in aantal sterk toenemen, hiervoor te interesseren zijn.
Tenslotte zijn er de kosten. Thuiszorg zal zeker niet goedkoper zijn dan vergelijkbare institutionele zorg. Om in de toekomst over voldoende bekwame verpleeghuizen en verzorgenden te kunnen beschikken zullen deze beroepen beter moeten worden gehonoreerd. De 'ontgroening' van de bevolking kan nog danig roet in het eten gooien bij pogingen voldoende gekwalificeerde thuiszorgers te werven.

Uit het voorafgaande wordt duidelijk waarom een voorschrift over de organisatie van de zorgverlening niet gewenst is. Betrokkenen moeten het daar, na afweging van hier aangedragen informatie en argumenten, over eens worden. Daarbij moet er de nodige vrijheid zijn om die structuur te kiezen die het best aansluit bij plaatselijke omstandigheden, mits die voldoet aan de gestelde eisen. Bovendien verdient het aanbeveling, organisatiemodellen die op papier en in de discussie gunstig worden beoordeeld op hun praktische verdiensten te toetsen in enkele veldexperimenten. De noodzaak tot aanpassing van het zorgsysteem is niet zo dringend dat daarvoor geen tijd zou zijn.

Auteurs

Drs. W. G. W. Boerma, Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel);
Dr. D. H. de Bakker, Nivel;
Prof. Dr. P. P. Groenewegen, Nivel;
Drs. S. E. Koiker, Nivel;
Dr. H. J. Wennink, Nationale Raad voor de Volksgezondheid; en
Prof. Dr. E. Schadé, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.