

Vernieuwingsprojecten in de gezondheidszorg

Een globaal overzicht

Het Nederlandse zorgstelsel is georganiseerd in afgebakende sectoren. Deze structuur is overzichtelijk en werkt over het algemeen goed. Echter, waar zorg van meerdere disciplines uit verschillende echelons nodig is kunnen afstemmings- en coördinatieproblemen optreden, waardoor de kwaliteit van de zorg of de efficiëntie waarmee deze gegeven wordt niet optimaal is. In andere gevallen wenst men substitutie van zwaardere zorg door lichtere vormen van zorg; dit vereist meer samenwerking tussen disciplines en tussen echelons.

In het veld worden oplossingen gezocht voor deze problemen door middel van zorgvernieuwingsprojecten. Daarnaast wordt er als gevolg van de stelselwijziging steeds meer gekozen voor een functiegerichte benadering van de zorg. Dit betekent eveneens dat bestaande echelongrenzen zullen worden doorbroken.

Initiatieven om de zorg te vernieuwen vinden vaak op decentraal niveau plaats. Dit kan tot gevolg hebben dat het overzicht over wat er in het veld aan zorgvernieuwing gebeurt, verloren gaat. Om dit te voorkomen heeft het ministerie van WVC opdracht gegeven tot het opzetten en uitvoeren van een landelijke registratie van zorgvernieuwingsprojecten. Deze registratie, uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), in samenwerking met het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) en het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI), draagt ertoe bij dat we weten wat er zoal in het veld gebeurt en op welke verbeteringen in het huidige zorgsysteem men zich richt. Vorig jaar werd de eerste registratieronde afgesloten met 475 projecten. In dit artikel wordt van deze projecten een globaal overzicht gegeven. Nadat wij de keuze van de criteria en de 'case-finding' hebben beschreven, gaan we in op de projectvorm (aanwezigheid projectplan, evaluatie, aantal betrokken hulpverleners), het type

Dr. A. de Veer, Dr. D. de Bakker en Drs. P. Peters

Zorgvernieuwing lijkt aan te slaan in Nederland. Verspreid over het hele land zijn hulpverleners bezig om de organisatie van de zorg te verbeteren. Om te voorkomen dat het overzicht over wat er in het veld gebeurt verloren gaat heeft het ministerie van WVC opdracht gegeven een landelijke registratie van zorgvernieuwingsprojecten op te zetten en uit te voeren. Vorig jaar werd de eerste registratieronde afgesloten. Een bericht vanuit de registrerende instanties Nivel, NcGv en NZI.

vernieuwing, de doelgroepen waarop de projecten zich richten en de zorgsectoren die bij de vernieuwing zijn betrokken.

BEGRIPSafbakening

Het inventariseren van zorgvernieuwingsprojecten impliceert dat men weet wat zorgvernieuwing is. Er bestaat geen algemene eenduidige definitie van zorgvernieuwing. Bij de begripsafbakening die is gehanteerd bij de registratie hebben we twee componenten onderscheiden: enerzijds 'zorgvernieuwing' en anderzijds 'project'.

Onder *zorgvernieuwing* worden verstaan: bewust gekozen activiteiten die zijn gericht op realisering van veranderingen in het primaire proces binnen de gezondheidszorg en daarmee verband houdende maatschappelijke dienstverlening, met als doel verhoging van kwaliteit en/of doelmatigheid van zorg. Het primaire proces verwijst naar de zorgverlening zoals de patiënt/cliënt die direct ervaart: de verzorging, de begeleiding, de verple-

ging, de behandeling, etc. Bij zorgvernieuwing denken wij vooral aan de zorginhoudelijke aspecten en minder aan medisch-technische vooruitgang. In de regel gaat het om meer specifieke veranderingen, zoals verschuiving van intramurale naar ambulante en extramurale zorg of verbetering van de zorg naar een meer gedifferentieerd aanbod dat beter is gericht op individuele behoeften. Doorgaans zal er sprake zijn van doorbreking van bestaande structuren. Zorgvernieuwing is per definitie een beweeglijk begrip, waarvan de inhoud voortdurend verandert: wat eens innovatief was, is nu geaccepteerd of passé; vernieuwingen in de zorg brengen weer nieuwe knelpunten met zich mee waarvoor oplossingen gezocht worden, etc.

Naast het inhoudelijk element vindt begripsafbakening plaats aan de hand van formele criteria die te maken hebben met kenmerken van een *project*. In het kader van deze registratie wordt onder een project verstaan: een geheel van activiteiten gericht op de realisatie van een tevoren vastgesteld doel met behulp van bepaalde middelen binnen een bepaald tijdsbestek. Dit betekent dat de activiteiten in de tijd begrensd zijn; er is een begindatum en in principe ook een einddatum. De einddatum is niet altijd aan te geven, bijvoorbeeld in het geval van een te bouwen woon-tussenvoorziening met een experimenteel karakter. Daarnaast is een kenmerk dat doelstellingen en de wijze waarop men die wil bereiken, expliciet zijn geformuleerd en op schrift gesteld. En tot slot: er is op enigerlei wijze in een evaluatie voorzien; dit kan variëren van een interne procedure waarbij ervaren resultaten aan de doelstellingen worden getoetst tot een evaluatieonderzoek door een onafhankelijke instantie. Het is moeilijk harde criteria vast te stellen waarmee initiatieven al dan niet een zorgvernieuwingsproject kunnen worden genoemd. Aanslui-

tend bij definities die de perceptie van de betrokkenen centraal stellen,^{2 3} hebben wij de beslissing of een project vernieuwend is in eerste instantie overgelaten aan het veld: als men vindt dat activiteiten vernieuwend zijn, dan vult men het registratieformulier in en wordt het project aange meld. 'Vernieuwing' is hiermee een relatief begrip, dat zijn invulling krijgt afhankelijk van de context of organisatie waarbinnen het project wordt uitgevoerd.⁴ Bijvoorbeeld dagchirurgie kan in de ene regio regulier plaatsvinden, terwijl ze voor de andere regio compleet nieuw is. 'Vernieuwend' is dan ook niet zozeer: nieuw in de zin van nooit eerder uitgevonden, maar: nieuw binnen een bepaalde regio of op een specifieke locatie.

OPSPORING

De speurtocht is gestart met het inventariseren van (potentiële) zorgvernieuwingsprojecten bij ruim tweeduizend organisaties in de gezondheidszorg (de welzijnssector is buiten beschouwing gelaten). Het Nivel ging te rade bij de eerste lijn (instellingen voor maatschappelijk werk, kruisverenigingen, Verenigingen Ondersteuning Huisartsen, etc.) en bij niet-echelonegebonden organisaties, zoals ziekentonsden, Provinciale Raden voor de Volksgezondheid en Regionale Inspecties van de Volksgezondheid. Het NcGv heeft de instellingen op het terrein van de geestelijke gezondheid geraadpleegd (RIGG's, RIAGG's, algemeen psychiatrische ziekenhuizen) en het NZI de intramurale gezondheidszorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen, zwakzinnigenzorg) exclusief de intramurale geestelijke gezondheidszorg. Ruim duizend projecten werden aangemeld. Na correctie voor dubbel tellingen en verwijdering van enkele projecten die zeker niet in de omschrijving van een zorgvernieuwingsproject passen (bijvoorbeeld omdat het een structurele verandering betreft of omdat een medisch-technisch experiment wordt uitgevoerd) zijn ruim zeshonderd registratieformulieren verzonden naar de potentiële zorgvernieuwingsprojecten. Exacte cijfers over de respons kunnen niet worden genoemd, enerzijds omdat een aantal potentiële projecten geen project (meer) bleek te zijn en anderzijds om-

Tabel 1. Enkele algemene kenmerken.

projectplan aanwezig	86%*
expliciet vastgelegde evaluatieprocedure	85%
aansluiting bij voorbeelden elders in Nederland	59%
samenwerking met soortgelijke projecten	42%
looptijd van het project	
- 2 jaar of korter	16%
- 2 tot 4 jaar	21%
- langer dan 4 jaar	8%
- einddatum onbepaald	55%
aantal hulpverleners dat direct is betrokken bij de uitvoering van het project	
- 1-10	50%
- 11-20	11%
- meer dan 20	39%
aantal beroepsgroepen dat direct is betrokken bij de uitvoering van het project	
- 1	14%
- 2 of 3	43%
- 4 of 5	25%
- 6 of meer	18%
plaats waar de patiënt de zorg ontvangt	
- extramuraal	71%
- semimuraal, deeltijdbehandeling	5%
- intramuraal	7%
- combinatie	17%

* Bij elk item is gepercenteerd over het aantal projecten waarbij de desbetreffende vraag is ingevuld.

Tabel 2. Het vernieuwende element van het project.

type vernieuwing*	abs.	%
organisatorische vernieuwing		
- samenwerking tussen instellingen, echelons	137	37
- samenwerking tussen disciplines	43	11
proces-vernieuwing		
- coördinatie van de zorg	41	10
- substitutie van zorg	73	20
produkt-vernieuwing		
- nieuw zorgaanbod, service, functie	156	38
- meer op maat gesneden aanpak van zorg	41	10

* Bij sommige projecten worden meerdere redenen genoemd. Totaal aantal projecten waarbij de vraag is beantwoord = 407; dit is de noemer bij het berekenen van de percentages.

Tabel 3. Zorgvernieuwingsprojecten per provincie.

provincie	abs.	%	index naar inwonertal* × 1.000.000
Groningen	33	6,9	59
Friesland	10	2,1	17
Drenthe	25	5,3	57
Overijssel	29	6,1	29
Gelderland	60	12,6	33
Utrecht	44	9,3	44
Noord-Holland	73	15,4	31
Zuid-Holland	102	21,5	32
Zeeland	16	3,4	45
Noord-Brabant	44	9,3	20
Limburg	45	9,5	41
Flevoland	10	2,1	49
landelijke projecten	6	1,3	-

* Projecten die in meer dan één provincie worden uitgevoerd zijn dubbel geteld.

Bron: CBS. Statistisch Jaarboek 1990. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1990.

dat er ook aanvragen waren voor extra vragenlijsten.

Voor elk project zijn basale kenmerken geregistreerd, zoals een korte omschrijving van doel en middelen, aantal en soort participanten, doelgroep, kosten, evaluatieprocedures, locatie, start- en einddatum. Bij elk project is de contactpersoon genoteerd en (waar aanwezig) publikaties.

Dit resulteerde in 1991 in 475 zorgvernieuwingsprojecten. Ondanks de vele organisaties die zijn benaderd is het mogelijk dat wij toch blinde vlekken hebben voor bepaalde zorgsectoren. Bovendien kan de omvang en hiërarchie van bepaalde organisaties, zoals ziekenhuizen, belemmeren dat de registratieformulieren bij de juiste personen terecht komen. Wij verwachten dus niet dat dit alle zorgvernieuwingsprojecten zijn in Nederland. De registratie bevat wel een substantieel deel van alle zorgvernieuwing in Nederland en is als zodanig een waardevolle bron van informatie over wat er aan zorgvernieuwing gebeurt.

GLBAAAL OVERZICHT

Algemene kenmerken

In tabel 1 staan enkele kenmerken van de geregistreerde projecten. Men zou verwachten dat de zorgvernieuwingsprojecten volgens een bepaald plan te werk gaan, immers voor een methodische invoering van een zorgvernieuwing is het nodig een projectplan op te stellen en op enigerlei wijze te voorzien in een evaluatie. Hoewel er bij veel projecten een projectplan is opgesteld en een evaluatieprocedure wordt vastgelegd, ontbreekt dit bij ongeveer 15% van de projecten.

Een vernieuwing is meestal niet absoluut nieuw: bij ruim de helft van de projecten geeft men aan dat elders in Nederland soortgelijke projecten worden uitgevoerd. Dit percentage zal in werkelijkheid nog hoger liggen, omdat mensen vaak niet op de hoogte zijn van andere soortgelijke projecten. In bijna de helft van de projecten wordt samengewerkt met andere zorgvernieuwingsprojecten. Bij aanvang van een project weet men vaak nog niet hoe lang het project zal gaan duren: dat hangt mede af van het verdere verloop van het project en de uitkomsten van de evaluatie. Projecten die een duidelijk afgebakende

looptijd hebben duren meestal niet langer dan vier jaar.

In veel projecten wordt de zorg door verschillende disciplines gegeven; in 43% van de projecten zijn zelfs minimaal vier disciplines bij de zorg betrokken. Deze zorg betreft veelal extramurale zorg (71%).

Bij éénzesde van de projecten varieert de plaats waar de zorg wordt gegeven. Dit is bijvoorbeeld het geval als een project bestaat uit het opstellen en uitvoeren van een zorgtraject waarin wordt beschreven welke zorg de patiënt in het ziekenhuis ontvangt en welke zorg de patiënt, na ontslag uit het ziekenhuis, thuis ontvangt.

Concluderend kunnen we stellen, dat vernieuwingen vaak betrekking hebben op extramurale zorg die wordt gegeven door meerdere disciplines. Veel, maar zeker niet alle projecten werken volgens een projectplan en zullen op een bepaald moment worden geëvalueerd.

Soorten vernieuwingen

Aansluitend bij bestaande indelingen van vernieuwingen,^{2,3} onderscheiden we drie soorten vernieuwingen:

- a. *organisatorische vernieuwing*: het veranderen van de organisatie of structuur van het zorgsysteem;
- b. *procesvernieuwing*: het vernieuwen van het zorgproces, de manier waarop de zorg wordt aangepakt;
- c. *productvernieuwing*: het leveren van een nieuw produkt of een nieuwe dienst.

Elk soort vernieuwing kan een verbetering van de zorgkwaliteit of van de doelmatigheid als doel hebben. Om na te gaan wat voor soort vernieuwing in elk project wordt uitgevoerd werd gevraagd het vernieuwende element van het project te omschrijven (open vraag). De meeste antwoorden (89%) konden worden gecodeerd in de zes categorieën van tabel 2.

De eerste twee categorieën kunnen worden gezien als vernieuwingen op organisatieniveau. Bij ruim één derde van de projecten vindt men het vernieuwend dat de grenzen van echelons en instellingen worden doorbroken (bijvoorbeeld instellingen gaan samenwerken en stemmen hun beleid op elkaar af, de tweede lijn stelt de aanwezige kennis beschikbaar aan de eerste lijn) en 11% noemt de samenwerking of afstemming tussen ver-

Tabel 4. Doelgroepen.

doelgroep	abs.	%*
I. Psychische problematiek	184	39
waarvan:		
- psychische problemen		
(niet-chronisch)	24%**	
- chronische problemen	36%	
- psychogeriatrische problemen ..	32%	
- verslaafden	8%	
- nazorg/ontslag uit GGZ	14%	
II. Lichamelijke problematiek	165	35
waarvan:		
- lichamelijke problemen		
(niet-chronisch)	10%	
- chronische aandoeningen	24%	
- thuiszorgpatiënten		
(niet terminaal)	53%	
- terminale patiënten	13%	
- lichamenlijk gehandicapten	11%	
III. Verstandelijk gehandicapten	58	12
IV. Algemene populatie	22	5
V. Ouderen (inclusief psychogeriatric)	109	23

* Percentages tellen niet op tot 100%, omdat één project zich op meerdere verschillende doelgroepen kan richten of is gericht op een doelgroep die wordt omschreven door een combinatie van categorieën (bijvoorbeeld ouderen met een chronische aandoening).

** Gerelateerd aan het aantal projecten in de hoofdcategorie.

Tabel 5. Zorgsectoren die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg.

sector	abs.	%*
eerstelijnsgezondheidszorg	233	57
transmurale gezondheidszorg	-	0
tweedelijnsgezondheidszorg	148	36
ambulante GGZ	87	21
transmurale GGZ	12	3
intramurale GGZ	121	29
welzijn/social sector	81	20
basisgezondheidszorg	6	1
anders	31	8

* Gerelateerd aan 411 projecten waarbij duidelijk was wie de zorg geeft.

schillende disciplines een vernieuwing. Bij projecten waar de vernieuwing meer direct ingrijpt op het zorgproces wordt veelal verwezen naar het verbeteren van de zorgcoördinatie (zorgcoördinator, centrale intake, geprotocolleerde werkwijze) of naar zorgsubstitutie (vervroegd ontslag uit het ziekenhuis, aanbod van verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis). Tenslotte vindt men een project vaak vernieuwend omdat het voorziet in een hiaat in het reguliere zorgaanbod, zoals het aanbieden van ergotherapie in de eerste lijn, een nieuw begeleidingstraject voor psychiatrische patiënten ten aanzien van werk, of omdat men zorg op maat biedt; beide kunnen worden gezien als een productvernieuwing.

Spreiding

Als we het absolute aantal zorgvernieuwingsprojecten bekijken (tabel 3), dan bevinden de meeste projecten zich in de Randstad. Er zijn wat minder zorgvernieuwingsprojecten uit Friesland, Drenthe, Flevoland en Zeeland.

Als wij het aantal projecten relateren aan het aantal inwoners, dan zien wij een heel ander beeld. Het aantal zorgvernieuwingsprojecten wisselt per provincie. Waarschijnlijk speelt het beleid van de zorginstellingen ten opzichte van zorgvernieuwing en de aanwezigheid van instituten zoals universiteiten hierbij een rol.

Doelgroepen

Vernieuwing houdt in dat het primaire zorgproces verandert. Dat kan gelden voor de algehele populatie of voor specifieke deelpopulaties. Slechts 5% van de projecten richt zich op de algemene populatie. Dit zijn bijvoorbeeld projecten waarbij wordt geëxperimenteerd met het naar huisartsen terugkoppelen van het aantal vragen voor externe diagnostiek om de indicatiestelling voor de aanvragen te verbeteren. Het overgrote deel van de projecten richt zich echter op meer specifieke doelgroepen.

De meest voorkomende doelgroepen staan vermeld in tabel 4. Bijna een kwart van de geregistreerde zorgvernieuwingsprojecten is gericht op de zorg voor ouderen. De overige projecten richten zich niet op een specifieke leeftijdsgroep, met uitzondering van de 25 projecten voor kinder- en jeugdzorg. Vaak wordt de doelgroep gekarakteriseerd naar een klacht of aandoening en/of naar de soort zorg die de patiënt nodig heeft. Ruim één derde van de projecten richt zich op specifieke lichamelijke problemen; meestal gaat het dan om vormen van thuiszorg of om chronische aandoeningen. Zorgvernieuwingsprojecten rondom acute klachten komen nauwelijks voor. Een andere grote doelgroep wordt gevormd door de mensen met psychische problemen, waarbij het veelal gaat om chronische problemen, en door psychogeriatrische patiënten.

Uitvoerende zorgsectoren

De laatste jaren wordt meer en meer gekozen voor een functiegerichte benadering van de zorg. In plaats van disciplines of echelons staan zorg op

maat voor de individuele patiënt en zorgpakketen hierin centraal. De scheiding in echelons en disciplines kan het streven naar samenhang in de zorg belemmeren. Samenwerking tussen hulpverleners uit verschillende echelons in de geregistreerde zorgvernieuwingsprojecten wijst op een doorbreking van echelongrenzen. De geregistreerde projecten zijn ingedeeld naar de zorgsector waarbinnen het project wordt uitgevoerd (tabel 5). Bij een groot deel van de projecten wordt de zorg gegeven door de eerste lijnsgezondheidszorg (direct toegankelijke zorg, ambulante zorgverlening inclusief maatschappelijke dienstverlening: 57%) en/of de tweedelijnsgezondheidszorg (specialistische zorg, intramurale zorgverlening, exclusief de geestelijke gezondheidszorg: 36%). Ook de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG, CAD) en de intramurale geestelijke gezondheidszorg participeren vaak in de projecten. Projecten binnen de welzijns- of sociale sector worden vaak uitgevoerd in verzorgingshuizen. Er zijn weinig projecten binnen deze sector omdat bij de werving van zorgvernieuwingsprojecten de welzijnssector buiten beschouwing is gelaten. Bij de meeste projecten (n=258, 63%, niet in tabel) wordt de hulp gegeven door hulpverleners uit meer dan één zorgsector. Bij elke combinatie van twee sectoren is nagegaan hoe vaak deze voorkomt. De resultaten staan in tabel 6. Op de diagonaal staan projecten waarbij alle hulpverleners uit dezelfde sector afkomstig zijn. Buiten de diagonaal staat het aantal projecten genoemd waarbij de hulpverleners uit beide sectoren afkomstig zijn. De meeste samenwerkingsprojecten betreffen samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (26%) of samenwerking tussen intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg (11%). Samenwerking tussen de traditionele eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg enerzijds en de geestelijke gezondheidszorg anderzijds komt minder vaak voor.

BESCHOUWING

Zorgvernieuwing lijkt aan te slaan in Nederland. Verspreid over het hele land zijn hulpverleners bezig om de organisatie van de zorg te verbeteren, vernieuwingen aan te brengen in het zorgproces of nieuwe produkten te

Tabel 6. Samenwerking tussen zorgsectoren bij de uitvoering van de zorg.

sector	eerstelijns-gezondheidszorg		tweedelijns-gezondheidszorg		ambulante GGZ		transmurale GGZ		intramurale GGZ		welzijn/sociale sector		basisgezondheidszorg	
	abs.	%*	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
eerstelijns-gezondheidszorg	63	15	107	26	23	6	2	0	22	5	41	10	2	0
tweedelijns-gezondheidszorg			20	5	10	2	-	-	5	1	28	7	-	-
ambulante GGZ					12	3	2	0	47	11	10	2	1	0
ambulante GGZ							2	0	10	2	1	0	1	0
transmurale GGZ									37	9	13	3	-	-
welzijn/sociale sector											9	2	1	0
basisgezondheidszorg													3	0

* Gerelateerd aan 411 projecten waarbij duidelijk was wie de zorg geeft.

ontwikkelen dan wel diensten aan te bieden. Innovaties en experimenten hebben natuurlijk altijd al plaatsgevonden in de Nederlandse gezondheidszorg. Men hoeft alleen maar te denken aan de introductie van gezondheidscentra in de jaren zeventig. De laatste jaren lijkt er echter een ware experimenteerdrijf te zijn losgebarsten, zoals wel blijkt uit de aantallen geregistreerde projecten. Waar komt die toch tamelijk plotselinge aandacht voor vernieuwing vandaan terwijl de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland toch op een hoog peil staat?

Op een aantal gebieden zijn tekortkomingen aanwijsbaar, want hoewel er een grote diversiteit aan vernieuwingen plaatsvindt maakt onze registratie toch wel enige grote lijnen zichtbaar. Duidelijk is, dat de vernieuwingen zich niet zozeer richten op de eenvoudige zorg, verricht door één discipline of één organisatie, als wel op de meer complexe zorg, waarbij meer dan één instelling of discipline is betrokken. In thuiszorgprojecten, projecten gericht op chronische aandoeningen en aangepaste woonvormen, wordt gewerkt aan een betere afstemming of samenwerking tussen meerdere disciplines. Hierbinnen zijn vooral de projecten die de traditionele echelongrenzen overstijgen talrijk. De onvrede met de inflexibiliteit van de bestaande echelongrenzen lijkt een belangrijke aanleiding te zijn om te gaan experimenteren met functiegerichte samenwerking rond specifieke patiëntengroepen. Een tweede lijn wordt gevormd door

projecten die voortkomen uit een toenemende druk om de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Experimenten met cliëntgebonden budgetten en projecten die erop zijn gericht patiënten met een verpleeghuisindicatie langer zelfstandig te laten wonen, horen binnen deze categorie. Een derde lijn komt voort uit de toenemende individualisering en als gevolg daarvan een roep om zorg op maat tegemoetkomend aan de wens van de patiënt. In vele projecten is zorg op maat een belangrijke doelstelling. Tenslotte moet de expliciete aandacht van de overheid voor het thema 'zorgvernieuwing' worden genoemd, zoals met name tot uiting komt in de nota 'Werken aan zorgvernieuwing' en uit de ondersteuning van veldinitiatieven.⁵ Naast deze meer inhoudelijke redenen voor de aandacht van zorgvernieuwing zal de tijdgeest ook een zekere rol spelen. Vernieuwing is voor hulpverleners een welkome doorbreking van de dagelijkse routine, voor managers is het een manier om de 'spirit' in de organisatie te houden en de organisatie extern te profileren en voor hoogwaardigheidsbekleders is het een manier om zich in een tijd van bezuinigingen met positieve actie te associëren. De tweede vraag die kan worden gesteld is waar al die vernieuwingen uiteindelijk toe leiden. Zorgvernieuwingsprojecten hebben als doel verbetering van de kwaliteit en/of doelmatigheid van zorg. In hoeverre zij daarin slagen kan op dit moment niet worden gezegd. Wel opmerkelijk

op dit vlak is dat bij 15% van de projecten niet is voorzien in een evaluatieprocedure.

Al of geen evaluatieprocedure, de vraag is interessant wat er na afloop van het project gebeurt. Veel projecten worden gedurende de looptijd gesteund door extra middelen en draaien op het enthousiasme en de extra inzet van zorgverleners en projectcoördinatoren om de vernieuwing door te voeren; als dan na afloop blijkt dat men het project wel geslaagd vond, maar de middelen ontbreken om het regulier te maken, kan het enthousiasme voor toekomstige innovaties wel eens bekoelen. Als vernieuwingen regulier worden, is de kans niet onaanzienlijk dat er regionale verschillen in het zorgaanbod ontstaan, met als gevolg verschillen in aanspraken die mensen kunnen maken op zorg.

Het in dit artikel gepresenteerde overzicht is slechts globaal en zal in de toekomst verder kunnen worden gespecificeerd. De genen die geïnteresseerd zijn in een nadere beschrijving van de inhoud van de projecten kunnen terecht bij NIVEL, NcGv en NZI. De ontsluiting van de registratie verloopt via drie kanalen:

1. Men kan een aanvraag indienen bij NIVEL, NcGv of NZI. Men krijgt dan informatie toegestuurd over de projecten waarin men is geïnteresseerd (bijvoorbeeld alle thuiszorgprojecten in Noord-Holland).
2. Bij het NIVEL en het NcGv staan in de bibliotheek terminals waarmee belangstellenden direct toegang hebben tot het registratiesysteem.
3. Jaarlijks wordt een selectie van de zorgvernieuwingsprojecten (ongeveer 250) gepubliceerd.¹ Dit boek is in de boekhandel verkrijgbaar.

De vraag die dit alles opwerpt is of het proces van zorgvernieuwing zonder enige sturing van bovenaf uiteindelijk het gewenste resultaat zal opleveren. Dit om te zorgen dat succesvolle vernieuwingen ook daadwerkelijk worden ingevoerd en niet alleen in de regio waar het experiment plaatsvond.

Literatuur

1. NIVEL, NcGv, NZI, LBC. Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1991/1992. 's-Gravenhage: VUGA, 1991.
2. Zaltman G, Duncan R, Holbek J. Innovations and organizations. Londen, 1973.
3. Berg R van den, Godfroy A. Nieuwe sleutels tot innovatie. In: Bunt P van de, Nijkerk K red. Handboek Organisatie, BC 25.350, 1-35 Alphen aan den Rijn: Samsom, 1991.
4. Scott W. Innovation in Medical Care Organizations: A synthetic Review. Medical Care Review 1990; 47: 165-92.
5. Ministerie van WVC. Werken aan zorgvernieuwing: actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1990.

ZIEKTE IN DE LITERATUUR

Syfilis en genialiteit

'Ik ben geen mens, ik ben dynamiet', schreef Friedrich Nietzsche over zichzelf in 'Ecce homo'. Zijn laatste jaren bracht hij door in een totale verstandsverbijstering. De duivelse filosoof werd aan het eind van zijn leven kinds. In Naumburg neemt hij een bad in een plas water, ontkleedt zich. Zijn moeder kan hem nergens vinden. Dan komt hij opgewekt aan de zijde van een politieagent aanlopen. Ook thuis zorgt zijn moeder voor hem. Zij leest hem voor, dat heeft hij het liefst. Hij geeft haar dan een handkus en fluistert: 'Ik aanbid u, mijn liefste moedertje. Dit troosteloze beeld, deze schrille tegenstelling, is voor romanciers aantrekkelijk gebleken. Zijn naam duikt veel op in de belletrie.

Milan Kundera: 'Nietzsche komt uit zijn hotel in Turijn. Hij ziet een koetsier die zijn paard met een zweep slaat. Nietzsche loopt naar het paard, slaat onder de ogen van de koetsier zijn armen om de hals van het dier en huilt.'

Menno ter Braak: 'Men zou niets minder wensen dan dat deze Dionysos-profeet langzamerhand "afgetakeld" ware; deze ineensstorting, deze katastrophe als eind van een aan de intelligentie gewijd bestaan, is het einde, dat bij de mens Nietzsche past. Hij is "in de vaart" weggenomen en heeft nog een tiental jaren met de wereld gespeeld als kind, tot hij, in 1900, ook volgens de Burgerlijke Stand stierf.' Botho Strauss wil niet geloven in de late

gevolgen van lues: 'Dat had immers te veel weg van de boosaardige mystificatie die de kleinburger met Nietzsche, de boosdoener, pleegde. Voorzien van een vatbare ziel, met als gevolg een alles omverwerpende, de hele schrijver meesleurende manier van schrijven, met als gevolg een enorme, een onmenselijke eenzaamheid, met als gevolg een innerlijke troosteloosheid en gebrul van deze man - wie zo radicaal is, die wordt aangevallen door de wortels.'

Het einde van Nietzsche kwam in 1889. Hij zakte op straat in elkaar en sloeg wartaal uit toen hij weer bijkwam. Oorzaak: een in

faustische mens zijn geestelijk evenwicht, zijn burgerlijke gebondenheid, ja zelfs zijn gezondheid in. Want de duivel eist een hoge prijs: syfilis. De componist kan de verleiding niet weerstaan. Hij bezorgt zichzelf een syfilis-infectie en de verhoogde bewustzijnsvorm die kenmerkend is voor de ziekte stelt hem in staat tot het componeren van meesterwerken, zoals het hoofdwerk 'Apocalypsis cum figuris'. Hierin komen twee koren voor, noot voor noot hetzelfde. Het eerste wordt echter gezongen door kinderen, het tweede door een lachkoor van demonen. Met exact hetzelfde materiaal maakt hij zo twee volkomen tegenstrijdige emoties los.

Het Faust-motief behelst een oermenselijk dilemma: kan een mens ongestraft streven naar het onmogelijke? Is er een keuze mogelijk tussen hoogmoed en berusting? Syfilis en genialiteit vormen de centrale paradox in de roman van Thomas Mann, een onoplosbare tegenspraak van het goede en het slechte, het goddelijke en het duivelse, van Goethe en Nietzsche, het Apollonische en het Dionysische, van liefde en haat. Nietzsche stierf in werkelijkheid aan de gevolgen van syfilis. De fictieve Leverkühn belichaamt een eeuwig menselijk conflict en is zo de exponent van enkele eeuwen cultuurgeschiedenis. Ach, de natuur zal de kunst nooit blijvend evenaren.

Frans Meulenberg is coördinerend hoofd standaardontwikkeling bij het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Frans Meulenberg

zijn jonge jaren opgedane syfilis, met als uiteindelijk gevolg dementia paralytica.

Nu worden ziekten al sinds eeuwen als straf gezien, waarbij met name epidemieën golden als het werk van de duivel. Syfilis als het wisselgeld van de duivel; ziedaar het Faust-motief zoals Thomas Mann het gebruikte in de roman 'Dr. Faustus'. Hoofdpersoon is de componist Adrian Leverkühn, door welk personage Nietzsche schemert. In hem demonstreert Mann het streven van de hoogmoedige mens naar het allerhoogste. Maar dat is op eigen kracht onbereikbaar. De duivel biedt hem echter dit ideaal aan, namelijk 'aan God gelijk' te worden. En Leverkühn levert als