Projecten in de thuiszorg

Zorgvernieuwing lijkt aan te slaan in Nederland. In 1991 werden bijna vijfhonderd zorgvernieuwingsprojecten geregistreerd. Sindsdien verdubbelde het aantal projecten: in 1992 waren er ruim duizend projecten en in 1993 bijna tweeduizend. Bij ruim éénderde van alle zorgvernieuwingsprojecten zijn eerstelijns hulpverleners betrokken, onder wie in de meeste gevallen ook wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Een globaal overzicht van de geregistreerde projecten waar de eerste lijn bij betrokken is.

A. DE VEER, D. DE BAKKER, P. PETERS & E. SLUIJS

Het registreren van zorgvernieuwingsprojecten impliceert dat men weet *wat* zorgvernieuwing is. Er bestaat geen algemene eenduidige definitie. Ten behoeve van de registratie is gekozen voor de volgende omschrijving: 'Zorgvernieuwing verwijst naar bewust gekozen activiteiten, waarbij men probeert het primaire zorgproces te veranderen. Men wil hiermee de kwaliteit en/of doelmatigheid van de zorg verbeteren' (De Groot, 1993). Zoals uit deze omschrijving blijkt, dient er een verandering op te treden in het primaire zorgproces. Het primaire proces verwijst naar de zorgverlening zoals de patiënt die direct ondervindt: de verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding et cetera. In de regel gaat het om specifieke veranderingen in de zorg. Een voorbeeld is een verschuiving van intramurale naar ambulante en extramurale zorg door het bieden van terminale thuiszorg of door de introductie van thuiszorgtechnologie. Zorgvernieuwing kan ook een meer gedifferentieerd aanbod van zorg zijn dat beter gericht is op de behoeften van de patiënt en zijn omgeving, zoals de introductie van een diabetesverpleegkundige.

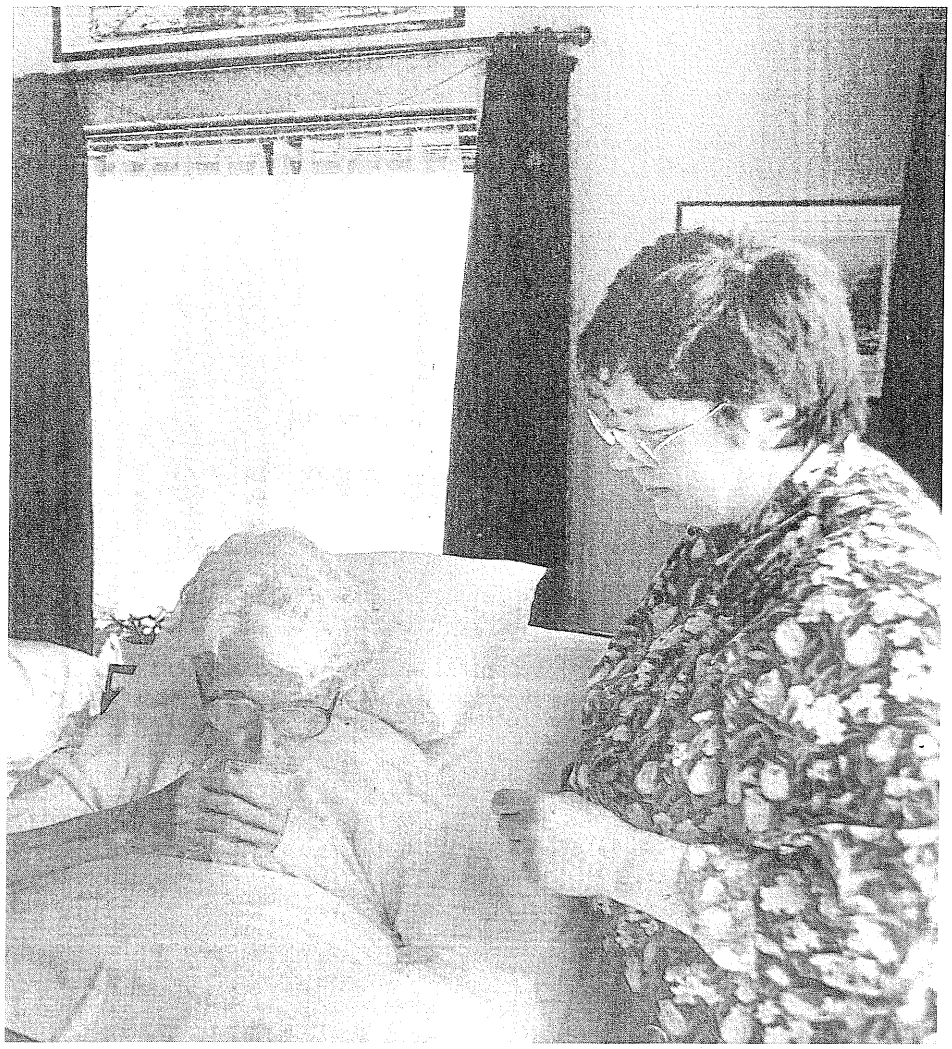
Wat als zorgvernieuwing ervaren wordt, is per definitie steeds in ontwikkeling. Wat eens vernieuwend was, is nu geaccepteerd. Het is moeilijk harde criteria vast te stellen waarmee een initiatief al dan niet een vernieuwing genoemd kan worden. Wij laten de beslissing over aan het veld: als men vindt dat activiteiten vernieuwend zijn, dan meldt men het project aan. 'Vernieuwing' is hiermee een relatief begrip, dat zijn invulling krijgt afhankelijk van de context of organisatie waarbinnen het project wordt uitgevoerd (Van den Berg & Godfroij, 1991; Scott, 1990; Zaltman e.a., 1973). Bijvoorbeeld dagchirurgie met nazorg door de wijkverpleegkundige kan in de ene regio regulier plaatsvinden, terwijl dit voor de andere regio nog compleet nieuw is. 'Vernieuwend' is dan niet zozeer: nieuw in de zin van nooit eerder uitgevonden. Maar: nieuw binnen een bepaalde regio of voor een specifieke organisatie.

In de registratie worden alléén zorgvernieuwingen opgenomen die op experimentele basis worden uitgevoerd. Dit betekent dat de activiteiten begrensd zijn in de tijd: er is een begin- en in principe ook een einddatum. Daarnaast is een kenmerk dat doelstellingen en de wijze waarop men die wil bereiken, expliciet zijn geformuleerd en op schrift gesteld. Aangezien de projecten een experimenteel karakter hebben, 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 evaluatie-onderzoek door een onafhankelijke instantie.

Waarom een registratie?

De meeste zorgvernieuwingsprojecten ontstaan op initiatief van hulpverleners. Hulpverleners signaleren tekorten in de zorg en willen middels een experiment de zorg verbeteren. Andere experimentele projecten zijn onderdeel van het strategisch beleid van een instelling en het initiatief komt dan vooral van het management. Initiatieven vinden dus vooral op lokaal niveau plaats. Omdat deze lokale initiatieven en ervaringen waardevol kunnen zijn voor andere hulpverleners worden landelijk, in opdracht van het ministerie van VWS, zorgvernieuwingsprojecten geregistreerd. Omdat zorgvernieuwing in veel gevallen samenwerking met andere zorgsectoren betekent, wordt de registratie uitgevoerd door drie instituten: NIVEL, NcGv en NZi. Samen bestrijken zij de gehele gezondheidszorg. Via de registratie krijgen (potentiële) initiatiefnemers in het veld en andere geïnteresseerden de gelegenheid om op de hoogte te raken van reeds bestaande zorgvernieuwingsprojecten, zodat geleerd kan worden van elders opgedane ervaringen. De registratie is voor alle geïnteresseerden toegankelijk en via jaarlijkse rapporten en artikelen worden de zorgvernieuwingsprojecten onder de aandacht gebracht (Bakker e.a., 1994; De Groot, 1993; De Veer e.a., 1992/in druk).

Zorgvernieuwing in de eerste lijn betekent vaak zorgvernieuwing door wijkverpleegkundigen of gezinsverzorgenden.



Vooral patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn, lijken baat te hebben bij zorgvernieuwing.
Foto: Wim Oskam

Om een zo volledig mogelijk overzicht van alle zorgvernieuwingsprojecten in Nederland te verkrijgen, wordt een zo breed mogelijk scala van instanties benaderd. Elk jaar opnieuw worden ruim tweeduizend organisaties in de gezondheidszorg – de welzijnssector is buiten beschouwing gelaten – gevraagd nieuwe zorgvernieuwingsprojecten aan te melden. Aan de reeds geregistreerde projecten wordt jaarlijks een zogenaamde updating gestuurd. Hiermee is gegarandeerd dat de gegevens in het registratiebestand *up to date* blijven. Dit resulteerde in 1993 in ruim tweeduizend zorgvernieuwingsprojecten. Wij verwachten niet dat dit alle zorgvernieuwingsprojecten in Nederland zijn. 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 plaatsvindt.

Algemene kenmerken

In eenderde (717) van de zorgvernieuwingsprojecten hebben eerstelijns hulpverleners een rol. Zoals huisartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkenden, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden. Vooral wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden zijn hierbij actief: in bijna tweederde deel van deze 717 projecten. Zorgvernieuwing in de eerste lijn betekent dus vaak zorgvernieuwing door wijkverpleegkundigen of gezinsverzorgenden. Meestal zijn zij niet de enige betrokken disciplines, omdat in 86 procent van de zorgvernieuwingsprojecten verschillende disciplines samenwerken (De Veer e.a., 1992).

Naast samenwerking in de zorg wordt gestreefd naar een flexibeler zorgaanbod. Verpleeghuizen geven verpleeghuiszorg aan mensen thuis, verzorgingshuizen stellen bedden beschikbaar voor deeltijdopvang et cetera. Omdat bij het project meerdere disciplines zijn betrokken en vaak ook instituuts- en echelongrenzen worden overschreden, is het vernieuwen van zorg geen sinecure. In de helft van de projecten wordt dan ook iemand aangesteld of vrijgemaakt om het zorgvernieuwingsproces te begeleiden. Van tevoren wordt meestal het plan op papier gezet en een evaluatieprocedure vastgelegd. Tegelijk met het projectplan wordt vaak ook een aparte begroting opgesteld. Bijna de helft van de projecten wordt gesubsidieerd, vaak door het ministerie van VWS, de provinciale of gemeentelijke overheid, de Ziekenfondsraad of een zorgverzekeraar. De overige projecten worden uit eigen middelen betaald. Veel projecten (41 procent) zijn kleinschalig opgezet met maximaal tien hulpverleners. Aan de andere kant is er ook een groot aantal projecten (43 procent) met meer dan twintig hulpverleners. Concluderend kunnen wij stellen dat vernieuwingen veelal samenwerkingsprojecten zijn die lokaal worden uitgetest. Het proces wordt vaak begeleid door een aparte projectbegeleider.

Zorgsectoren en doelgroepen

De laatste jaren wordt meer en meer gekozen voor een functiegerichte benadering van de zorg. Dit wil zeggen dat de zorg niet beschreven wordt in termen van disciplines en zorgsectoren (dus vanuit de aanbodzijde), maar in termen van zorgpakketten waarbij de patiënt centraal staat. Vanuit een dergelijke functiegerichte benadering werkt de scheiding in zorgsectoren belemmerend. We zien dan ook dat in veel projecten de sectorgrenzen worden overschreden. Slechts een minderheid van de projecten speelt zich volledig af in de eerste lijn (tabel 1). Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen zijn de meest genoemde sectoren waarmee de eerste lijn samenwerkt. Vrijwilligers spelen een rol in bijna twintig procent van de vernieuwingen.

Bij alle geregistreerde projecten geldt dat de zorg voor de patiënt verandert.

Het is te verwachten dat toekomstige zorgvernieuwingsprojecten vooral gericht zullen zijn op kostenbewaking en het verbeteren van de doelmatigheid.

De vernieuwing kan betrekking hebben op de zorg voor de algehele populatie (bijvoorbeeld alle cliënten van gezinszorg en kruiswerk) of voor specifieke doelpopulaties (bijvoorbeeld chronisch zieken). Slechts tien procent van de projecten richt zich op de algemene populatie (tabel 2). Dit zijn bijvoorbeeld projecten waarbij geëxperimenteerd wordt met een meldpunt thuiszorg of projecten die de mantelzorgers proberen te ondersteunen. Eénderde van de geregistreerde zorgvernieuwings projecten is gericht op het verbeteren van de zorg voor somatisch zieken. Meestal gaat het dan om vormen van chronische problematiek. Zorgvernieuwing rondom acute klachten komt weinig voor. Daarnaast zijn ouderen een belangrijke doelgroep: ouderen in het algemeen of ouderen met psychogeriatrische problemen.

Trends in zorgvernieuwing

Omdat de registratie jaarlijks geactualiseerd wordt, is het mogelijk om trends in zorgvernieuwing te signaleren. Hoewel het aantal projecten in de databank jaarlijks verdubbelde, is dit niet het geval bij de projecten waarin de eerste lijn betrokken is. Terwijl er in 1991 nog 219 projecten werden aangemeld, kwamen er in 1992 'slechts' 202 nieuwe projecten bij. Na deze lichte daling van het aantal projecten was er in 1993 wel een flinke stijging van bijna 300 nieuwe projecten. Dat de verdubbeling niet zichtbaar is bij deze projecten ligt waarschijnlijk niet aan een geringe experimenteerdrift van de eerste lijn, maar veeleer aan de toename van projecten in de andere sectoren. Bijvoorbeeld als gevolg van een substitutieregeling van de Ziekenfondsraad, die verpleeghuiszorg buiten de muren van het verpleeghuis mogelijk maakt, steeg het aantal projecten in deze sector.

Sinds 1991 zijn ook enkele verschuivingen in de doelgroepen waarneembaar. Er is een relatieve toename in het aantal projecten dat gericht is op kinderen en jeugdigen (het gaat dan vooral om projecten binnen consultatiebureaus) en het aantal projecten dat gericht is op bewoners in verzorgingshuizen. Daar tegenover staat een relatieve daling van het aantal projecten voor ouderen en somatisch zieken.

Betrokken zorgsectoren

Sector	aantal (n=717)	%
Alleen eerste lijn	68	9
Eerste lijn + verpleeghuis	248	35
Eerste lijn + verzorgingshuis	199	28
Eerste lijn + ziekenhuis	171	24
Eerste lijn + welzijn	162	23
Eerste lijn + ambulante GGZ	154	22
Eerste lijn + vrijwilligers	134	19
Eerste lijn + basisgezondheidszorg	42	6

NB. Percentages tellen niet op tot 100 procent, omdat bij een project meerdere zorgsectoren betrokken kunnen zijn.
Tabel 1.

Meest voorkomende doelgroepen

Doelgroep	aantal	%
Algemene populatie	73	10
Kinderen + jeugdigen	34	5
Ouderen (algemeen)	84	12
Somatisch zieken	234	33
Terminale of intensieve patiënten	71	10
Nazorgpatiënten	33	5
Gehandicapten	53	7
Psychogeriatrische patiënten	93	13
Psychische/sociale problematiek	44	6
Bewoners van verzorgingshuis	79	11
Patiënten in verpleeghuis/ziekenhuis	21	3

NB. Percentages tellen niet op tot 100 procent, omdat één project zich op meerdere doelgroepen kan richten.
Tabel 2.

Opvallende toename

In de eerste lijn werken met name verpleegkundigen en verzorgenden aan nieuwe vormen van samenwerking en afstemming om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Omdat de projecten voor het merendeel gericht zijn op ouderen en chronisch zieken zullen vooral patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn hier baat bij kunnen hebben.

De toename van het aantal zorgvernieuwingsprojecten is opvallend en een aantal ontwikkelingen kan daarbij een rol spelen. Een eerste ontwikkeling is de integratie tussen kruiswerk en gezinszorg, waardoor men plaatselijk ging experimenteren met losgekoppelde intakes, geïntegreerde intake-instrumenten, zorgteams et cetera.

Een andere ontwikkeling van de afgelopen jaren is de intrede van het marktmechanisme. De toenemende concurrentie met particuliere verpleegbureaus en transmurale verpleegkundigen dwingt thuiszorgorganisaties tot het nader profileren en verbeteren van het eigen produkt.

Een derde ontwikkeling is verdere professionalisering van het beroep van verpleegkundigen en verzorgenden. Functiedifferentiatie en specialisatie van verpleegkundigen (zoals cara-verpleegkundigen) hebben geresulteerd in een aantal projecten. Van recentere datum is het in 1993 opgerichte Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV), dat streeft naar een verbetering van de positie van verpleegkundigen en verzorgenden. Het centrum heeft de middelen om zorgvernieuwingsprojecten op te zetten.

In de vierde plaats is er de Kwaliteitswet Zorginstellingen, die bepaalt dat zorgaanbieders doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht zorg verlenen. Zorgvernieuwingsprojecten kunnen onderdeel zijn van het kwaliteitsbeleid van instellin-

Meer informatie

Wie geïnteresseerd is in een nadere beschrijving van de inhoud van de projecten kan terecht bij NIVEL, NcGv en NZi. De ontsluiting van de registratie verloopt via drie kanalen:
• men kan een aanvraag indienen bij NIVEL (tel. 030 - 319946), NcGv (030 - 935141) en NZi (030 - 739911) en krijgt dan informatie toegestuurd over de projecten waarvoor men belangstelling toont (bijvoorbeeld alle thuiszorgprojecten in Noord-Holland);
• bij het NIVEL en het NcGv staan in de bibliotheek terminals waarmee belangstellenden direct toegang hebben tot het registratiesysteem (met behulp van trefwoorden kan men informatie krijgen over projecten over een bepaald onderwerp);
• jaarlijks wordt een selectie van de zorgvernieuwingsprojecten (ongeveer 250) gepubliceerd. Dit Jaarboek is in de boekhandel verkrijgbaar (Groot, R. de (red.). Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1994. De Tijdstroom, Utrecht, 1993).

gen. Door te werken aan vernieuwingen kan men de kwaliteit van de zorg verbeteren. Evaluatie door de direct bij de zorgvernieuwing betrokken personen kan antwoord geven op de vraag of de nieuwe zorg kwalitatief beter is. Als men naar buiten (bijvoorbeeld aan zorgverzekeraars) wil laten zien wat er gebeurt en wat de resultaten zijn, kan het zinvol zijn een externe en onafhankelijke evaluator in te schakelen. Bij zo'n evaluatie kunnen, afhankelijk van de beoogde doelen, verschillende vragen aan de orde komen. Is de kwaliteit van de geleverde zorg nu beter dan voorheen? Vindt er substitutie van zorg plaats? Is de nieuwe zorg goedkoper? Wat vinden de patiënten ervan? Zorgvernieuwing kan de arbeidssatisfactie en deskundigheid van verpleegkundigen en verzorgenden verhogen. Daarnaast is het voor kwaliteitsbeleid van de instelling van belang de hoge kwaliteit van de zorg te handhaven. Uit de registratie blijkt dat veel projecten gedurende de looptijd worden gesteund door extra middelen, zoals een projectbegeleider en subsidie. Als dan na afloop blijkt dat het project geslaagd is maar de middelen ontbreken om het regulier te maken, kan het project een zachte dood sterven. Bij de handhaving van de kwaliteit moet ook betrokken worden dat door substitutie en meer zorg op maat de werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden groter kan worden.

Tenslotte moet de verschuiving van de aandacht van de overheid van 'zorg op maat' naar 'gepast gebruik' worden genoemd. In het beleid van de laatste jaren stonden functionele zorg en zorg op maat centraal. Dit had tot gevolg dat hulpverleners gingen samenwerken om zoveel mogelijk kwaliteitszorg voor elke individuele cliënt te geven. Nu ligt het accent meer op een betaalbaar en doelmatig zorgaanbod. Het is dan ook te verwachten dat wij een ander soort zorgvernieuwingsprojecten krijgen, dat vooral gericht is op kostenbewaking en het verbeteren van de doelmatigheid van de zorg. In dit kader passen ook plannen om de eigen bijdragen van cliënten voor thuiszorg te verhogen. Meer eigen bijdrage zal waarschijnlijk een rem zetten op substitutie van zorg: waar de cliënt kiest voor zorg in de eigen woonomgeving wordt hij/zij geconfronteerd met een flink prijskaartje. Ook al zou thuiszorg goedkoper zijn dan intramurale zorg. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen de databank gebruiken om in contact te komen met mensen die hier al mee bezig zijn geweest. ◀

Mw. dr. A. de Veer, dr. D. de Bakker, drs. P. Peters en mw. dr. E. Sluijs zijn allen werkzaam bij het NIVEL

Literatuur

Bakker, D. de, e.a. Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing. Overzichtsstudie. NWO-commissie Kwaliteit van Zorg Onderzoek, Den Haag, 1994.

Berg, R. van den & A. Godfroij. Nieuwe sleutels tot innovatie. In: P. van de Bunt & K. Nijkerk (red.). Handboek organisatie. Samson, Alphen aan den Rijn, 1991.

Groot, R. de (red.). Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1994. De Tijdstroom, Utrecht, 1993.

Scott, W. Innovation in Medical Care Organizations: A synthetic Review. Medical Care Review, 1990, 47, p. 165-192.

Veer, A. de, e.a. Vernieuwingsprojecten in de gezondheidszorg. Medisch Contact, 1992, 47, p. 1033-1037.

Veer, A. de, e.a. Innovation in health care for the elderly in the Netherlands. Home Health Care Services Quarterly (in druk).

Zaltman, G., e.a. Innovations and organizations. Londen, 1973.

Uitgesproken

De wetenschap kan het nog steeds niet winnen van de parasiet. Er is een urgente behoefte aan een nieuwe familie van antimalariamiddelen met een heel andere chemische structuur en het lijkt er momenteel niet op dat die middelen er voor het eind van deze eeuw zullen komen.

Feiko ter Kuile, wetenschappelijk onderzoeker tropische geneeskunde, in AMC Magazine (oktober 1994)

Dit alles weerspiegelt zich in de gezondheidszorg in onze grote steden. Er zijn veel meer zieken: er zijn veel meer psychische problemen. Men rookt zich suf. Men drinkt meer alcohol dan goed is en de gemiddelde ziekenfondspatiënt is er dan ook zo'n 500 gulden per jaar duurder dan in de rest van het land.

Rob Oudkerk, huisarts en Tweede Kamerlid PvdA, in Zelfzorg (september 1994)

Er zijn mensen die jaar in jaar uit slaap- of kalmeringsmiddelen gebruiken en er is niemand in Europa die serieus bekijkt wat de gevolgen daarvan in het verkeer zijn. Dat stoort me geweldig. In de Verenigde Staten hebben ze dat wel gedaan. Bij één kalmeringsmiddel kwamen ze tot de conclusie dat die een verdubbeling veroorzaakt van het risico om bij een ongeluk betrokken te raken. Ook stuitten ze op antidepressiva waarbij het risico op een ongeluk vijf keer zo groot is. (...) Ik geloof zeker dat het medicijngebruik in ons land verantwoordelijk is voor minstens tweehonderd verkeersdoden per jaar.

Prof.dr. Han de Gier, farmacoloog, in het Utrechts Nieuwsblad (24 september 1994)

Voor de gezondheidszorg worden het moeilijke tijden, want ze zitten nu met een minister die er verstand van heeft.

Terzijde, in Vrij Nederland (24 september 1994)