

# **Geïntegreerde zorg voor ouderen**

*Het oordeel van zorggebruikers en zorgverleners over twee voorbeeldmodellen*

Dr. Nasrin Tabibian  
Dr. Klaas Gorter

Mei 2005



# Inhoud

## ***Deel 1: Inleiding***

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1	Het project PROCARE in vogelvlucht	8
1.2	Gebruikte onderzoeksmethoden en instrumenten	10

## ***Deel 2: Eerste model: Zorgketen voor ouderen in de regio Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld***

<b>1</b>	<b>Zorgketen voor ouderen in de regio Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld</b>	<b>15</b>
1.1	Kenschets van de zorgketen	15
1.2	Het dienstenpakket binnen de zorgketen	16
<b>2</b>	<b>Onderzoeksmethoden en onderzochte groepen</b>	<b>21</b>
2.1	Doelstelling en uitgangspunt	21
2.2	Werkwijze en onderzochte groepen	22
<b>3</b>	<b>Toegang tot de zorgverlening</b>	<b>27</b>
3.1	Opvattingen over de eerste contacten met de zorgketen	28
<b>4</b>	<b>Geïntegreerde zorg</b>	<b>33</b>
4.1	Wat betekent geïntegreerde zorg?	33
4.2	Geïntegreerde zorg in de praktijk	34
4.3	Beëindiging van zorg en leveren van nazorg	37
4.4	Arbeidsomstandigheden van de zorgverleners	38
<b>5</b>	<b>Hoe cliëntgericht is de zorg?</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>Oordeel over de betrokken organisaties</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>Conclusies over dienstverlening door de zorgketen</b>	<b>49</b>

## **Deel 3: Tweede model: Zorgvoorziening Zijloever**

<b>1</b>	<b>Achtergrond</b>	<b>57</b>
1.1	Kenschets van Zijloever	57
1.2	Het dienstenpakket van Zijloever	58
1.3	Infrastructuur en werkwijze van Zijloever	60
<b>2</b>	<b>Onderzoeksmethoden en onderzochte groepen</b>	<b>63</b>
2.1	Steekproef van cliënten	63
2.2	Dienstverleners in het onderzoek	65
2.3	Aanvullende gegevensverzameling bij 'externe organisaties'	66
<b>3</b>	<b>Het begrip geïntegreerde zorg voor ouderen: betekenis en realisatie</b>	<b>69</b>
3.1	Inleiding	69
3.2	Gegevens over de onderzochte cliëntengroep	70
3.3	Wat betekent geïntegreerde zorg voor de dienst- verleners?	71
3.4	Coördinatie van diensten binnen Zijloever	73
3.5	Samenwerking met de medische dienstverlening	77
<b>4</b>	<b>Toegang tot de zorgverlening</b>	<b>81</b>
4.1	Inleiding	81
4.2	Toegankelijkheid van de dienstverlening voor potentiële cliënten	82
4.3	Indicatiestelling door het RIO	82
4.4	Afstemming tussen indicatie van het RIO en intake bij Zijloever	86
4.5	Ervaringen van cliënten	89
<b>5</b>	<b>Uitvoering van de zorg</b>	<b>91</b>
5.1	Inleiding	91
5.2	Inrichting van het werk	92
5.3	Beoordeling van de werkomstandigheden	93
5.4	Ervaringen met de ontvangen hulp	95
5.5	Zeggenschap van cliënten	97
5.6	Kosten en financiering van de zorg	99
5.7	Beëindiging van de zorgverlening	100

<b>6</b>	<b>Conclusies over de dienst- verlening door Zijloever</b>	<b>103</b>
6.1	Inleiding	103
6.2	Overall-beoordeling door de dienstverleners	103
6.3	Overall-beoordeling door de gebruikers	105
6.4	Wat werkt goed en wat niet?	107



# 1 Inleiding

Voor u ligt het verslag van de evaluatie van twee voorbeeldprojecten (modellen) in Nederland waarin geïntegreerde zorg wordt geleverd aan ouderen. Het veldwerk hiervoor is verricht in 2003 en 2004<sup>1</sup>. Het verslag concentreert zich aan de ene kant op het oordeel van zorggebruikers en zorgverleners over de geïntegreerde zorg en aan de andere kant is onderzoek verricht naar de wijze van samenwerking tussen de betrokken organisaties. Het eerste model gaat over de zorgketen voor ouderen in de regio Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld. Het tweede model bestaat uit de zorgvoorziening Zijloever. Beide evaluaties vormen een onderdeel van het Europees project PROCARE (Providing Integrated Health and Social Services for older persons). De resultaten van deze en andere Europese voorbeeldprojecten zullen verder worden geanalyseerd voor het eindrapport van PROCARE dat halverwege 2005 zal verschijnen.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Deel 1 bevat een korte beschrijving van het project PROCARE dat het kader vormt voor het onderzoek naar de twee voorbeeldprojecten. Ook komen in dit deel de gebruikte onderzoeksmethoden en instrument in het PROCARE project 'als geheel' aan bod. De onderzoeksmethoden en resultaten van het onderzoek naar de twee voorbeeldprojecten worden apart in delen 2 en 3 beschreven.

<sup>1</sup> Sinds die tijd zijn er veranderingen gekomen op het terrein van zorg voor ouderen. In dit rapport gaan wij niet daarop in.

## 1.1 Het project PROCARE in vogelvlucht

PROCARE staat voor 'Providing integrated health and social care for older persons: issues, problems and solutions'. Het project wordt uitgevoerd binnen het Vijfde Kaderprogramma van de Europese Commissie. Negen EU-landen nemen eraan deel. Behalve Nederland zijn dat Finland, Denemarken, Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk, Italië en Griekenland. Het European Centre for Social Welfare Policy and Research in Wenen doet de coördinatie. Het Verwey-Jonker Instituut levert de bijdrage voor Nederland. Informatie over de doelstellingen van het project, de producten en de deelnemers is te vinden op de website [www.euro.centre.org/procare](http://www.euro.centre.org/procare).

Het project heeft als doel de levering van een houdbaar model van geïntegreerde zorg voor ouderen die behoefte aan hulp hebben: hiertoe zijn in de deelnemende landen de verschillende modellen voor zorgverlening vergeleken.

De opbrengsten van het project bestaan uit:

- Een landenrapport uit elk van de deelnemende landen, waarin de situatie wordt beschreven aangaande (het ontbreken van) geïntegreerde gezondheids- en sociale zorg voor oudere mensen. Wetgeving, beleid, financiering en beschikbare dienstverlening zijn behandeld. Deze fase bestaat uit een literatuurstudie. De verwerkte gegevens zijn afkomstig uit verschillende documenten, zoals beleidsnotities, onderzoeksrapporten en informatie van Internet;
- Een Europees overzicht, waarin de verschillende systemen van ouderenzorg in de deelnemende landen aan een vergelijkende analyse zijn onderworpen;
- Ontwikkeling van een theoretisch en conceptueel kader voor geïntegreerde ouderenzorg;
- Ontwikkeling van onderzoeksmethoden om de dienstverlening voor oudere mensen te evalueren;
- Per land een beschrijving en evaluatie van twee 'innovatieve modellen' voor geïntegreerde zorg
- Een Europees overzicht waarin per thema lering wordt getrokken uit de resultaten van de evaluatie van de voorbeeldprojecten in de deelnemende landen.



De uitkomsten van de eerste drie onderdelen zijn opgenomen in een gezamenlijke Engelstalige publicatie<sup>2</sup>. Naast een Europees overzicht en een theoretisch kader, bevat het boek de rapportages uit de negen deelnemende landen.

Het project zal worden afgesloten met een eindrapportage, waarin de 9x2 innovaties in een vergelijkende analyse worden besproken. De analyse is gericht op het aanwijzen van prestatie- en kwaliteitsindicatoren, te gebruiken voor de ontwikkeling van beleid, planning en kwaliteitswaarborgen. Er zullen beleidsaanbevelingen worden geformuleerd op het lokale, nationale en Europese niveau. Inzet van het project is mogelijkheden te scheppen voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor oudere mensen. In de gekozen aanpak ligt het bekend maken van good practices uit de verschillende landen besloten. Dit kan er toe bijdragen dat binnen Europa meer aandacht komt voor geïntegreerde zorg en dat er gedeelde definities en benaderingen ontstaan.

Het genoemde onderzoek bij de innovatieve modellen vormt de hoofdmoot van het project. Elk land selecteert twee belangwekkende vernieuwende initiatieven die zijn gericht op geïntegreerde zorg voor ouderen en doet daar onderzoek naar. Voor Nederland hebben we gekozen voor een voorziening die een uitgebreid pakket aan diensten aan thuiswonende ouderen biedt (Zorgvoorziening Zijloever in Leiden) en een initiatief dat gericht is op geïntegreerde zorgindicatie en -toewijzing (Zorgtoewijzingsbureau Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld).

PROCARE is deels gefinancierd uit het Europese Fonds 'Fifth Framework Programme' en deels door de deelnemende organisaties uit negen Europese landen. Het project PROCARE heeft als doel het bundelen van Europese inzichten in geïntegreerde zorg voor ouderen en het identificeren van knelpunten en oplossingen daarbinnen.

De verzamelde inzichten moeten bijdragen aan verbetering van de geïntegreerde zorg voor ouderen in de praktijk én van het EU-

<sup>2</sup> Leichsenring K. & Alaszewski, A.M.(eds.) (2004). *Providing Integrated Health and Social Care for Older persons: A European Overview of Issues at Stake*. Aldershot, Ashgate (European Centre Vienna, Public Policy and Social Welfare Series, Volume 28).

beleid<sup>3</sup>. Hiertoe, beschrijft elk deelnemend land twee innovatieve projecten op het gebied van geïntegreerde ouderenzorg.

## 1.2 Gebruikte onderzoeksmethoden en instrumenten

Zoals eerder vermeld, strekt PROCARE zich uit over 18 innovatieve 'modellen' voor ouderenzorg in negen Europese landen. De systemen voor gezondheidszorg en sociale zorg voor ouderen in de deelnemende landen lopen nogal uiteen. Bijgevolg zijn ook de onderzochte innovaties binnen deze systemen heel verschillend. Elk van de modellen speelt zich af binnen de bestaande wetgeving, zorginfrastructuur en financieringsregelingen in het betreffende land, wat een vergelijking sterk bemoeilijkt. Om tenminste een zekere basis voor vergelijkbaarheid te scheppen werd voor het onderzoek een gemeenschappelijke methodologie ontworpen, zodat in elk van de onderzochte modellen gewerkt kon worden met dezelfde onderzoeksinstrumenten. De instrumenten behoeften vanzelfsprekend wel enige aanpassing aan de nationale context. Wij hebben vragen over de toegang tot de zorg aangepast, aangezien in Nederland de indicatiestelling door de Regionale Indicatieorganen wordt gedaan en daardoor is losgekoppeld van de zorginstellingen, terwijl in de andere landen de indicatiestelling in handen van de zorginstellingen ligt ('selectie aan de poort').

Het Britse onderzoeksteam van de Universiteit van Kent heeft de toe te passen methodologie ontworpen. In het paper '*Empirical Research Methodology*' worden de instrumenten beschreven en toegelicht. Dit paper staat op de website [www.euro.centre.org/procare](http://www.euro.centre.org/procare).

Bij de samenstelling van het onderzoeksinstrumentarium is uitgegaan van een kader voor het meten van kwaliteit van zorg, dat als hoofdelementen binnen de dienstverlening onderscheidt: structuur, proces en resultaat. Structuur heeft betrekking op de middelen die de organisatie en de dienstverleners ter beschikking staan, zoals financiële middelen, gebouwen en expertise. Het pro-

<sup>3</sup> Voor een beschrijving van het project Procure en de stand van zaken van de zorgverlening aan ouderen verwijzen wij u naar het volgende rapport: Kai Leischsenring K., & Andy M. Alaszewski A. M., (eds.), (2004). Providing integrated health and social care for older persons: a European overview of issues at stake; European Centre Vienna, 2004.

ces van de dienstverlening verwijst naar de relatie tussen het personeel dat de zorg biedt en de gebruikers: Op welke wijze wordt de zorg verleend? De resultaten zijn de factoren die de zorgvragers belangrijk of heilzaam vinden. De factoren bewijzen dat een geïntegreerd aanbod bijdraagt aan het feit dat de gebruikers ervaren dat ze passende diensten en zorg op maat krijgen.

Het onderzoek is uitgevoerd vanuit een 'meeractorenperspectief'. Dit houdt in dat drie relevante 'partijen' in het onderzoek zijn betrokken: de cliënten, de medewerkers die de directe zorg verlenen en de leidinggevenden. Hun ervaringen en visie zijn vastgesteld door middel van semi-gestructureerde interviews. Het gestructureerde aan dergelijke interviews is dat ze worden gehouden aan de hand van een van te voren opgestelde vragenlijst. De toevoeging semi duidt op de wijze waarop de vragenlijst wordt gehanteerd. Die is zodanig dat er een gesprek ontstaat, waarbij de respondent in eigen woorden antwoord op de vragen geeft en de interviewer de vragen flexibel in kan zetten, afgestemd op datgene wat de respondent naar voren brengt. Dit biedt met name de mogelijkheid door te vragen over belangwekkende onderwerpen. De vraaggesprekken zijn op geluidsband opgenomen. Aan de hand van de bandopnamen is van elk interview een verslag gemaakt. De verslagen vormen het basismateriaal voor deze rapportage.

Er zijn een vijftal instrumenten ontworpen: vragenlijsten voor individuele interviews met cliënten, met mantelzorgers van cliënten (te gebruiken in het geval de cliënt zelf niet in staat is de vragen te beantwoorden) en met uitvoerende medewerkers, een vragenlijst voor een focus groepsinterview met leidinggevenden, en daarnaast een vragenlijst om gegevens over de organisatie te verzamelen.

Het interview met cliënten en uitvoerende dienstverleners heeft als doel hun ervaringen van de geleverde zorg te bepalen. Wordt die geïntegreerd en gecoördineerd aangeboden? De vragen zijn gericht op ervaringen met de ontvangen zorg, de mogelijkheden van de dienstverlenende instelling om te voorzien in de persoonlijke zorgbehoeften, en op de gewenste verbeteringen. Het was niet de bedoeling een grote, representatieve steekproef te onderzoeken. Er is voor gekozen om een betrekkelijk klein aantal gebruikers in het onderzoek te betrekken en hen uitgebreid te bevragen over hun ervaringen met de ontvangen zorg. De interviews met de uitvoerende medewerkers waren gericht op hun

opvattingen over geïntegreerde zorg en hun ervaringen met het leveren van die zorg aan hun cliënten.

Het doel van het verzamelen van gegevens bij de leidinggeven- den en gegevens over de organisatie was om na te gaan welke opvattingen de instelling heeft over geïntegreerde zorg en hoe wordt gepoogd de zorg te realiseren, hoe de organisatie functio- neert, welke personele en financiële middelen worden ingezet bij de zorgverlening, en hoe de werkwijze van de instelling past bin- nen de bredere context van zorg- en dienstverlening binnen het betreffende land.

## **Deel 2**

# **Eerste model: Zorgketen voor ouderen in de regio Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld**

**Dr. Nasrin Tabibian**



# 1 Zorgketen voor ouderen in de regio Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld

## 1.1 Kenschets van de zorgketen

De zorgketen in Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld is, in de huidige vorm, in 2000 ontstaan. Door afspraken tussen het Zorgkantoor en de zorgaanbieders zijn de taken van de toewijzing van de zorg aan ouderen uitbesteed aan het Zorgtoewijzingsbureau (ZTB). Het innovatieve karakter van dit initiatief dat in het huidige rapport centraal staat, ligt in het feit dat sociale zorg ('care') en medische zorg ('cure') worden gecombineerd met welzijn. Naast het Zorgtoewijzingsbureau bespreken wij daarom ook de werking van en samenwerking met het RIO en de bij de keten aangesloten zorgaanbieders.

Sinds het ontstaan van de keten hebben belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden in de zorgwereld, met belangrijke gevolgen voor de toekomst van deze keten. Welke veranderingen en gevolgen zij voor de zorgketen hebben, is beschreven in het laatste hoofdstuk.

De onderzochte zorgketen bestaat uit drie onderdelen: RIO, het Zorgtoewijzingsbureau KLS (Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld) en een groep zorgaanbieders. De keten is tot stand gekomen als antwoord op de geconstateerde problemen in de zorgverlening aan ouderen. De zorgketen is dus ontstaan om het proces en de

kwaliteit van zorgverlening aan ouderen te verbeteren. Indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgverlening zijn zo georganiseerd dat integrale zorg en cliëntgerichte zorg optimaal te realiseren zijn. In theorie hebben de drie onderdelen elk hun eigen taak. De praktijk leert echter dat er overlap en soms ook afstemmingsproblemen bestaan in hun werkzaamheden.

## 1.2 Het dienstenpakket binnen de zorgketen

### Indicatiestelling<sup>4</sup>

Het RIO is, zoals gebruikelijk, verantwoordelijk voor indicatiestelling. Het indicatieorgaan bepaalt of iemand in aanmerking komt voor zorg en zo ja, welke vorm van zorg het meest geschikt is. De indicatiestelling bij het RIO nieuwe stijl, vindt plaats op basis van de behoeften van de zorgvrager, maar onafhankelijk van de beschikbaarheid van de gewenste zorg of de wachtlijsten. De aanvraag voor een indicatiestelling komt vaak via de huisarts bij het RIO terecht. Maar er zijn ook andere procedures voor bijvoorbeeld urgente gevallen. Volgens afspraken tussen het RIO, het Zorgtoewijzingsbureau, ziekenhuizen en thuiszorg, en vooral als er sprake is van een nijpende situatie, kunnen deze organisaties een preadvies uitbrengen zodat de zorgvrager de nodige hulp krijgt. De indicatiestelling van het RIO volgt later.

### Zorgtoewijzing

Het zorgkantoor heeft de toewijzing van de zorg uitbesteed aan het Zorgtoewijzingsbureau. ZTB had in 2003 een budget van ongeveer € 900.000,- waarvan € 750.000,- uit personeelskosten bestond. De overige kosten waren de kosten voor huur en apparatuur. Stichting Meander (voor ouderenzorg) financierde rond een 500.000,- euro van dit bedrag, thuiszorg 340.000,- euro en het Zorgkantoor tussen 40.000,- en 50.000,- euro. De financiën voor

<sup>4</sup> In 2004 ging het RIO de nieuwe functiegerichte indicatiestelling volledig hanteren. Daarmee veranderde de toewijzingsprocedure. Per 1 januari 2005 indiceert het Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ) voor de AWBZ zorg. Het CIZ neemt hiermee de taken over van de regionale indicatieorganen die daar tot 1 januari jl. onder gemeentelijke regie verantwoordelijk voor waren. De indicatiestelling blijft op lokaal niveau uitgevoerd. In de gemeenten die dat willen, adviseert het CIZ voor de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Het CIZ heeft zestien regionale en één landelijk bureau. (Bron: [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl))



2004 en de periode daarna waren in februari 2004 nog niet geheel geregeld. Van de bijdrage van thuiszorg was tot op dat moment slechts de helft toegezegd en er bestaat geen zekerheid over de toezegging van het Zorgkantoor. De financiële situatie van het Zorgtoewijzingsbureau, en daarmee de toekomst van dit bureau, was op moment van het onderzoek een belangrijk discussiepunt in de zorgketen. Hierop komen wij in het laatste hoofdstuk terug.

Het Zorgtoewijzingsbureau heeft tien zorgcoördinatoren: zes voor verzorgings- en verpleeghuizen (somatisch en PG), drie voor thuiszorg en één voor ziekenhuizen (plus reactivering en dagbehandeling). Iedere zorgcoördinator heeft een bepaalde doelgroep. De zorgcoördinatoren vervullen in feite de rol van de case managers. Zij spelen een cruciale rol in de oriëntatie, de keuze en de bepaling van het zorgarrangement. Als de cliënt bij de zorgaanbieder is afgeleverd, wordt deze taak overgenomen door de zorgplancoördinator ook wel eens de eerste verantwoordelijke in de zorg genoemd. Wanneer de cliënt een hoger of nieuw zorgarrangement nodig heeft, neemt de zorgcoördinator/casemanager van het ZTB, in goed overleg met de zorgaanbieder, het proces van keuze, indicatie en toewijzing weer op zich.

De zorgcoördinatoren van het Zorgtoewijzingsbureau adviseren de zorgaanbieders maar ook de zorgvragers bij hun keuze van dienstverlening, zij coördineren de toewijzing van de zorg en fungeren als aanspreekpunt voor zowel de zorggebruikers als de mantelzorgers. Vooral de eerste functie - adviseren - voorziet in een grote behoefte onder de zorgvragers. Degenen die voor het eerst met de instanties, dienstverlening en producten van de zorgaanbieders in contact komen, hebben niet alleen behoefte aan informatie maar ook aan advies om de juiste keuze te kunnen maken.

De coördinatoren zijn vaak betrokken bij het oplossen van specifieke problemen bij zorgallocatie en werken samen met andere zorgverleners aan het tot stand brengen van nieuwe projecten. Op deze wijze werken zij niet alleen aan het regelen van zorg, maar blijven zij ook op de hoogte van de meest recente ontwikkelingen in de zorg. Een andere taak van de zorgcoördinator is het in de gaten houden van het herstelproces van ouderen, bijvoorbeeld in het ziekenhuis. Zo adviseren zij de zorgaanbieders over het moment waarop ze een zorgplan moeten maken en welke vorm van zorg ze moeten bieden zodat ouderen zo snel mogelijk het ziekenhuis kunnen verlaten. Als ouderen, na opname in een

ziekenhuis, naar huis gaan, moet er voldoende zorg voor hen geregeld zijn in de thuissituatie.

Als de cliënten via het RIO bij de zorgcoördinatoren aangemeld worden, nemen deze dezelfde dag contact op met de cliënt voor een afspraak voor een huisbezoek. Ze bespreken dan het zorgplan met de cliënt. RIO stuurt de gegevens over de cliënt via computer aan de zorgcoördinatoren.

De zorgcoördinatoren houden zich ook bezig met wachtlijstbegeleiding en wachtlijstbeheer, hetgeen vroeger vooral door de zorgaanbieders zelf werd gedaan. Dit betekent dat zij overbruggingszorg moeten regelen als een cliënt een zorgvorm wenst of nodig heeft waarvoor een wachtlijst bestaat. De wachtlijst is samengesteld op basis van de urgentie van de situatie van de cliënt. Bij het bepalen van de urgentie staat de gedachte centraal dat de cliënten zo lang mogelijk thuis moeten kunnen blijven. Door de veranderingen in de fysieke of persoonlijke situatie van een oudere, kan de urgentie van zijn of haar situatie snel veranderen. Een ingewikkeld proces dat niet geheel helder is voor de zorgvragers en soms tot onbegrip leidt, wanneer zij door een urgenter geval uit hun positie op de wachtlijst worden verdreven.

Na toewijzing van zorg en overdracht van de cliënt aan de zorgaanbieder, houden de taken van een zorgcoördinator formeel op.

Het voordeel van de huidige constructie is dat door korte lijnen de samenwerking en afstemming gemakkelijker realiseerbaar zijn. Zoals een zorgcoördinator zei: *“Het is nu niet alleen mijn wachtlijst meer of mijn cliënt maar ónze wachtlijst en ónze cliënt. Ik heb daar een deelgebied en een deeltaak in.”* (C1)

De belangrijkste functies van het Zorgtoewijzingsbureau kunnen als volgt worden beschreven:

- zorgvragers helpen bij het maken van een verantwoorde keuze voor een zorgaanbieder;
- aandragen van oplossingen voor overgangperiodes (overbruggingszorg) als de zorgvrager moet wachten;
- optreden bij conflictsituaties in het gezin of tussen zorgvrager en zorgaanbieders.

Het Zorgtoewijzingsbureau bemiddelt of verwijst naar de volgende voorzieningen die worden aangeboden door de zorgaanbieders die bij de stichting aangesloten zijn:

- Huishoudelijke verzorging thuis;
- Alphahulp;
- Lichamelijke verzorging thuis;
- Gespecialiseerde verpleging;
- Individuele instructie en voorlichting thuis;
- Intensieve thuiszorg;
- Maaltijden aan huis of in het verzorgingshuis;
- Alarmering (medisch / sociaal);
- Mantelzorgondersteuning;
- Dagopvang (welzijnswerk);
- Dagverzorging/wijkzorgsteunpunt;
- Dagverpleging, zowel somatisch als psychogeriatrisch;
- Dagbehandeling, zowel somatisch als psychogeriatrisch;
- Kortdurende opname verzorgingshuis/herstelbed;
- Vakantie-opname voor psychogeriatrische cliënten;
- Spoedplus opname psychogeriatric;
- Top-zorg;
- Kortdurende opname somatisch verpleeghuis;
- Verzorgingshuiszorg buiten de muren (extramurale verzorgingshuiszorg);
- Verpleeghuiszorg buiten de muren (extramurale verpleeghuiszorg);
- Aanleunwoning met extra zorgpakket;
- Woonzorgcomplex;
- Langdurige opname verzorgingshuis;
- Revalidatieopname verpleeghuis;
- Langdurige opname somatisch verpleeghuis;
- Langdurige opname psychogeriatrisch verpleeghuis (o.a. in geval van dementie);
- Persoonsgebonden Budget (PGB).

### **Zorgaanbieders**

Het Zorgtoewijzingsbureau heeft een samenwerkingsverband met de zorggroep Meander (bestaande uit verpleegklinieken, verzorgingshuizen, dagbehandeling en thuiszorgorganisaties) en zorggroep thuiszorg OZL. Mondriaan Zorgaanbieders, een organisatie voor ambulante zorg en ziekenhuiszorg in de psychogeriatric behoren tot de externe relaties van dit samenwerkingsverband, waarmee veel contact is.



## 2 Onderzoeksmethoden en onderzochte groepen

In dit hoofdstuk beschrijven wij de wijze waarop het onderzoek uitgevoerd is, wat de uitgangspunten en het doel daarvan zijn en hoe wij de doelgroep hebben geselecteerd.

### 2.1 Doelstelling en uitgangspunt

Het doel van dit onderzoek is om de voor- en nadelen van de innovatieve manier waarop in de regio Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld de ouderenzorg wordt geregeld, te beschrijven. De nadruk van de studie ligt op de werkwijze van het Zorgtoewijzingsbureau, die een belangrijke schakel is in de zorgketen voor ouderen in de regio. Aangezien het RIO, het Zorgtoewijzingsbureau en de zorgaanbieders samen de zorgketen vormen, wordt in dit rapport aparte aandacht besteed aan alle drie de (groepen) partners. De inzichten uit deze studie kunnen worden benut in de discussie in Nederland over de toekomst van de ouderenzorg. Gecombineerd met de inzichten uit onderzoek van de andere Europese partners kunnen de bevindingen uit dit onderzoek ook een bijdrage leveren aan het toekomstige Europees beleid op dit terrein. Dit inzicht is deels tot stand gekomen op basis van de opvattingen van de gebruikers van de zorg en/of hun mantelzorgers, de zorgverleners en het management van de zorgorganisaties. De bevindingen zijn vervolgens geanalyseerd en geïnterpreteerd, gebruikmakend van de ervaringen van de onderzoekers en

tegen de achtergrond van de recente ontwikkelingen die in de zorgwereld plaatsvinden of op stapel staan.

## 2.2 Werkwijze en onderzochte groepen

Het onderzoek is vooral kwalitatief van karakter. Voor het verzamelen van de benodigde gegevens is gebruikgemaakt van diverse methoden van dataverzameling. Deze zijn deskresearch, face-to-face interviews en focusgroepen. Via deskresearch is achtergrondinformatie verzameld over de aard en activiteiten van de organisaties die bij de zorgketen betrokken zijn. Voor de interviews en de expertmeeting is gebruikgemaakt van standaard semi-gestructureerde vragenlijsten die door het PROCARE-project zijn ontwikkeld voor alle deelnemende landen. De vragenlijsten zijn vervolgens aangepast aan de lokale situatie. Waar mogelijk en relevant zijn dezelfde vragen gesteld over het RIO, het Zorgtoewijzingsbureau en de zorgaanbieders.

### Onderzochte groepen

De doelgroep van het onderzoek bestaat uit drie groepen: de zorgvragers (ouderen en/of hun mantelzorgers), de zorgverleners die in direct contact staan met de zorgvragers en het management van de betrokken organisaties.

#### 1. *Onderveraging van zorgvragers*

De vragenlijst voor de zorgvragers bevat de volgende hoofdonderwerpen:

- aard van de ontvangen hulp;
- toegankelijkheid van de zorg;
- indicatiestelling, zorgtoewijzing en -bemiddeling;
- cliëntgerichte zorg;
- dienstverlening en afstemming;
- oordeel over de dienstverlening.

Het Zorgtoewijzingsbureau werd verzocht om een lijst samen te stellen van circa 30 zorgvragers. Deze ouderen werden geselecteerd op basis van een aantal criteria:

- Zorgtoewijzing heeft niet zo lang geleden plaatsgevonden, bij voorkeur niet langer dan een jaar geleden. Zo kunnen mensen zich het proces en de resultaten nog goed herinneren.

- Er is sprake van een gecompliceerde zorgvraag: dat wil zeggen dat de zorgvrager meerdere soorten zorg ontvangt. Dit aangezien integratie in de zorgverlening het onderzoeksthema is.
- De zorgvrager ontvangt de zorg tenminste sinds een maand en bij voorkeur langer, om de dienstverlening goed te kunnen beoordelen.
- De zorgvrager is het afgelopen jaar onder medische behandeling (geweest) van ziekenhuis of revalidatie-instelling (opgenomen dan wel poliklinisch behandeld), dan wel van een huisarts of GGZ-instelling voor serieuze gezondheidsklachten. De integrale zorgverlening is het uitgangspunt.
- De zorgvrager is in staat tot begrijpelijke communicatie en tot het verwoorden van opvattingen. Bij dementerenden kan hiervan afgeweken worden door de mantelzorger te interviewen.
- De leeftijdsgrens is 65 jaar of ouder.

Uit de lijst van namen die door het Zorgtoewijzingsbureau werd samengesteld, werden tien personen geselecteerd voor interviews<sup>5</sup>. In twee gevallen ging het om een echtpaar. In totaal is dus informatie verzameld over twaalf zorgvragers.

Bij de keuze van deze personen is gekozen voor variatie in de volgende kenmerken:

- a) Leefsituatie: zowel alleenwonenden als personen met partner;
- b) Geslacht: zowel vrouwen als mannen;
- c) Leeftijd: zowel "jongbejaarden" als "hoogbejaarden";
- d) Meerdere en/of gecompliceerde zorgvragen;
- e) Aard van de ziekte/beperving: een verscheidenheid aan soorten aandoeningen.

Ook enkele dementerende ouderen zijn in de onderzoeksgroep vertegenwoordigd. In hun geval werd het interview afgenomen bij de mantelzorger die goed op de hoogte is van de situatie van de oudere persoon.

Een overzicht van de kenmerken van de zorgvragers is opgenomen in bijlage 1.

<sup>5</sup> Voor de selectie van de zorgvragers is er een aantal criteria samengesteld. Deze zijn dezelfde als beschreven in deel 3, paragraaf 2

## 2. Ondervraging van zorgverleners:

In de vragenlijst voor de zorgverleners stonden de volgende thema's centraal:

- Rol en taken van de zorgverlener;
- Arbeidsomstandigheden;
- Cliëntgerichte zorg;
- Samenwerking en afstemming in geïntegreerde zorg: definitie en praktijk;
- Indicatiestelling, zorgtoewijzing en -bemiddeling;
- Toegankelijkheid van de zorg;
- Beëindiging van diensten en nazorg;
- Oordeel over de dienstverlening.

In totaal zijn elf zorgverleners bij het Zorgtoewijzingsbureau, het RIO en de zorgaanbieders geïnterviewd. Die zorgverleners werden geselecteerd die direct in contact staan met de zorgvragers. Het Zorgtoewijzingsbureau heeft gezorgd voor de introductie van de onderzoekers bij de zorgverleners en hun instellingen. Het ging om de volgende interviews:

- Zorgcoördinatoren van het Zorgtoewijzingsbureau (2);
- Directeur van ZTB;
- Indicatieadviseur van het RIO (1)
- Zorgcentrum de Dormig: twee van de PG-afdeling en drie van de somatische afdeling;
- Dagverzorging Beleiderheide (1);
- Vrijwilliger van de Stichting Ruggesteun<sup>6</sup> (1);
- Ziekenhuis Atrium (1).

### *Management:*

De interviews met de zorgvragers geven ons inzicht in hun wensen en beleving van de zorgverlening. De zorgverleners schetsen een beeld van de zorgverlening in de praktijk en de knelpunten daarbij. De bijeenkomsten van de focusgroepen was vooral bedoeld om informatie te verzamelen over de afstemming tussen diverse organisaties op managementniveau. Gezien de ontwikkelingen in de zorg, is deze deelnemers ook gevraagd naar hun visie op de toekomst van de zorgketen. De diverse uitgangspunten in de zorgverlening, afstemming tussen organisaties, de voor- en nadelen van de huidige zorgketen, de gevolgen van de recente ontwikkelingen in de wetgeving en de toekomst van de zorgketen

<sup>6</sup> Organisatie voor begeleiding en ondersteuning van mantelzorgers.



waren de onderwerpen die tijdens de expertmeeting aan de orde kwamen.

De verzamelde informatie is verder aangevuld met de resultaten van een face-to-face interview met de directeur van het Zorgtoewijzingsbureau die de voorkeur gaf omwille van de neutraliteit van het onderzoek niet aan de bijeenkomst van de focusgroep deel te nemen.



### 3 Toegang tot de zorgverlening

De omstandigheden en problemen die leiden tot een zorgvraag variëren van persoon tot persoon. Deze lopen uiteen van geconstateerde neerslachtigheid bij sommige ouderen en behoefte aan meer contact, tot beginnende dementie of somatische problemen als een gebroken heup. Er bestaat dus geen vastomlijnde procedure die voor alle zorgvragers geldt. Het is ook niet goed mogelijk om vast te stellen of de onderzochte ouderen in de categorie 'nieuwe cliënten' of 'oude cliënten' vallen. De meeste ouderen krijgen in de loop van de tijd gebreken waardoor ze een beroep moeten doen op zorg. Vaak begint men met het aanvragen van thuiszorg om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven. Soms bestaat er een relatief lange periode tussen deze vorm van zorgverlening en een meer uitgebreide of gecompliceerde zorgvraag. Voor anderen geldt dat hun lichamelijke of geestelijke gesteldheid in zo'n snel tempo achteruitgaat dat zij steeds andere en intensievere zorg nodig hebben, soms zowel op medisch als op sociaal gebied. Dit betekent dat de zorgketen snel en flexibel moet reageren op de veranderende zorgvraag. Hiervoor is een zorgverleningssysteem nodig dat niet alleen geïntegreerd is, maar ook cliëntgericht.

Dit hoofdstuk bevat de beschrijving van de wijze waarop zorgvragers in contact komen met de zorgketen en wat zij daarvan vinden. Wij volgen het proces van de zorgvraag en beschrijven de ervaringen van de zorgvragers en zorgverleners met indicatiestelling en intake, zorgbemiddeling en -toewijzing en overbruggingszorg, alsmede met de zorgaanbieders. Een methodologische aantekening is hier op zijn plaats.

### 3.1 Opvattingen over de eerste contacten met de zorgketen

#### Opvattingen over het RIO

Het wel of niet hebben van direct contact met het RIO is vaak afhankelijk van de vraag of men al in het zorgcircuit zit (oude cliënt) of voor het eerst zorg aanvraagt (nieuwe cliënt). De contacten met het RIO lopen wat de eerste groep betreft doorgaans via de zorgaanbieder die de cliënt, op het moment dat de (nieuwe) zorgvraag rijst, onder behandeling heeft. Dit is vaak de thuiszorg maar het kan ook de huisarts of het ziekenhuis zijn. In dit geval heeft de cliënt amper rechtstreeks contact met het RIO. De contacten verlopen vooral via de zorgverleners. Dat wil niet zeggen dat de cliënt zelf en/of de mantelzorger niet betrokken worden bij de besluitvorming over de zorg. Wie de contactpersoon ook is richting het RIO, de cliënt en/of de mantelzorger worden geconsulteerd. In geval van nieuwe cliënten, komt de aanvraag vaak via de huisarts. De indicatieadviseurs hebben dan te maken met de zorgvrager zelf.

De meeste zorgvragers die zelf direct met het RIO contact opnemen, zeggen in het algemeen tevreden te zijn over het RIO. De indicatiestelling gaat in veel gevallen vooraf door huisbezoeken door de indicatieadviseur van het RIO en gesprekken met cliënten en/of mantelzorgers. Wie de zorg organiseert is voor de zorgvrager minder van belang, zolang deze maar geregeld wordt. Veel ouderen zijn al lang blij dat ze de zorg krijgen die ze nodig hebben; een wachttijd van een half jaar om bijvoorbeeld in een verzorgingshuis terecht te kunnen, vinden sommigen een redelijke termijn, zolang er overbruggingszorg beschikbaar is tijdens de wachperiode. De meeste geïnterviewde ouderen en mantelzorgers zijn ook tevreden over de persoon met wie ze contact hebben gehad. Tijdens het onderzoek viel ons op dat de meeste ouderen en/of hun mantelzorgers niet weten welke zorgverlener zij op welk moment hebben gesproken. Zij hebben het dus soms over "een zorgverlener" zonder te kunnen zeggen of deze van het RIO of van het Zorgtoewijzingsbureau was, of dat het één van de zorgaanbieders betrof.

Van te voren zijn er nauwelijks verwachtingen over het RIO, aangezien men vaak voor het eerst met het fenomeen RIO in contact komt en niet weet wat men moet verwachten.

De zorgverleners zijn echter in het algemeen negatiever over de contacten met en het functioneren van het RIO dan de cliënten. De cliënten klagen vooral over het feit dat het RIO telefonisch niet goed bereikbaar is. Slechte communicatie met cliënten en onder de RIO-medewerkers onderling is het grootste struikelblok voor de cliënten. De zorgverleners hebben vooral last van wat zij de bureaucratische houding noemen van het RIO en de lange wachttijden om een indicatiestelling te krijgen.

De cliënten en/of mantelzorgers die zelf contact hebben opgenomen met het RIO, zijn bijna allen door een huisarts daarnaar verwezen. De indicatiestellingen voor de andere cliënten zijn vaak door de zorginstellingen aangevraagd. De cliënten en/of mantelzorgers klagen in het algemeen niet over de aard van de informatie of over de hoeveelheid informatie die de RIO-medewerkers verzamelen. Voor hen is het krijgen van de zorg die ze nodig hebben belangrijk en niet zo zeer het functioneren van het RIO.

Of het RIO de juiste informatie verzamelt en hoe zij aan deze informatie komen om een indicatiestelling te bepalen, is voor hen van secundair belang. De zorgverleners daarentegen zijn van mening dat de indicatiestelling door het RIO tot stand komt op basis van onvoldoende informatie. Het blijkt dat de indicatieadviseurs van het RIO niet altijd op huisbezoek kunnen gaan en hun oordeel vooral baseren op de lichamelijke en geestelijke problemen van de cliënt. De zorgverleners wensen dat er meer rekening wordt gehouden met de familieomstandigheden en huisvestings-situatie van de cliënt alvorens een indicatie wordt gegeven.

Veel ouderen en/of mantelzorgers blijken echter tevreden met de resultaten van de indicatiestelling: ze melden dat ze krijgen wat ze nodig hebben. Vaak hebben ze ook inzage in het schriftelijke indicatiebesluit. Een paar uitspraken hierover:

*B3 (mantelzorger): "Ik weet echt niet wie ik gesproken heb, dat heb ik niet onthouden, maar ik was er wel heel tevreden over. Dat ging echt heel goed. We hebben over van alles en nog wat gesproken, over zijn gezondheid, mijn situatie, hoe het verder moest, wat wij wilden enz. Ik was blij dat mijn schoonzus erbij was, want als ik iets niet meer wist dan vertelde zij het wel. Ja, ik had zeker het gevoel dat die man mij begreep, dat hij luisterde naar onze wensen, ja zeker wel."*

*B4 (mantelzorger): "Ja, er was een geschreven rapport van het RIO en dat heb ik ingezien. Ik weet niet wat de indicatie precies was, dat heb ik niet gelezen. Mijn vader wilde een eigen huis maar dat ging niet meer, dat wist hij ook wel. Hij kon geen trappen meer lopen, dat was te gevaarlijk. Dus er moest wel een vorm van zorg komen. Ze hebben toen ook veel informatie gegeven ja, ik ben erg tevreden over dat gesprek."*

Hoeveel gesprekken er vooraf gaan aan de indicatiestelling, of de indicatieadviseurs van het RIO op huisbezoek gaan of de zaak telefonisch afhandelen, en wat voor informatie ter grondslag ligt aan het indicatiebesluit, varieert van cliënt tot cliënt. Sommige cliënten zeggen nooit met een indicatieadviseur in contact te zijn gekomen; anderen melden dat zij uitvoerige gesprekken met de RIO-medewerkers hebben gehad waarin diverse aspecten van leef- en gezondheidstoestand van de oudere ter sprake zijn gekomen.

#### *Opvattingen over het Zorgtoewijzingsbureau*

In acute situaties waar men snel moet handelen, geven de zorgcoördinatoren een 'pre-advies' over wat voor zorg een cliënt nodig heeft. Daarmee, nemen zij, naar eigen zeggen, soms een deel van de taken van het RIO op zich. De toewijzing van de zorg vindt in de regel door het Zorgtoewijzingsbureau plaats wanneer de cliënt voor het eerst een beroep doet op zorg. Vaak nemen de cliënten en/of hun mantelzorgers zelf contact op met het Zorgtoewijzingsbureau. Als de cliënt al zorg ontvangt, hoeft hij of zij niet altijd direct met het Zorgtoewijzingsbureau contact op te nemen. De zorginstelling waarvan de cliënt op dat moment al zorg ontvangt, neemt deze taak op zich. Als bijvoorbeeld tijdens opname in het ziekenhuis blijkt dat de cliënt bij terugkeer naar huis behoefte heeft aan thuiszorg, wordt dit tijdens reguliere overleggen tussen het Zorgtoewijzingsbureau, het ziekenhuis en de thuiszorg aangekaart en geregeld. Het streven is dat de mensen die bij het Zorgtoewijzingsbureau terechtkomen, binnen een week al geholpen worden. Binnen een dag na het eerste contact, maakt het Zorgtoewijzingsbureau een afspraak met de zorgvrager voor een huisbezoek en een gesprek.

Net als bij het RIO, heeft de oudere of de mantelzorger nauwelijks verwachtingen van het Zorgtoewijzingsbureau, aangezien zij zelden van tevoren op de hoogte zijn van wat het bureau doet.

Voorafgaande aan de zorgtoewijzing, adviseren de zorgcoördinatoren de cliënten over de best mogelijke keuze voor hen, of de mogelijkheden voor vervangende zorg als de oudere op dat moment niet de zorg kan krijgen die hij of zijn nodig heeft. De zorgcoördinatoren zijn goed op de hoogte van de ontwikkelingen in hun regio. Waar nodig, zoeken zij aansluiting bij de nieuw gestarte projecten om een cliënt te kunnen voorzien van de zorg die zij of hij wenst.

Zorgtoewijzing vindt doorgaans plaats nadat de zorgcoördinatoren de ouderen en/of de mantelzorgers thuis hebben bezocht en informatie hebben ingewonnen over hun fysieke en mentale gezondheid, hun wensen, thuissituatie en mogelijkheden voor mantelzorg. Soms is men klaar na een gesprek; soms zijn er meerdere gesprekken nodig, vooral als de cliënt en/of mantelzorgers wensen heeft die niet direct realiseerbaar zijn. In elk geval zeggen alle cliënten en/of mantelzorgers dat ze goed op de hoogte waren (en zijn gehouden) van de diensten die zij zouden kunnen ontvangen. Er heerst een grote mate van tevredenheid onder de zorgvragers over de snelheid waarmee het Zorgtoewijzingsbureau met hen in contact komt en de gewenste zorg probeert te regelen. In een aantal situaties kan het toewijzingsproces langer duren dan gewenst. Soms laat de (nieuwe) indicatiestelling van het RIO op zich wachten. In deze gevallen zijn er afspraken met de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen dat als de situatie urgent is, de cliënt eerst de zorg ontvangt en de indicatiestelling later volgt. Heel soms weigeren de ouderen en/of de mantelzorgers de geboden diensten. Dit gebeurt vooral als het gaat om intramurale zorg. De zorgvragers hebben bepaalde ideeën over hun keuze voor een verzorgingshuis of verpleeghuis. Als daarvoor een wachtlijst bestaat, wachten ze liever totdat daar een plek vrijkomt. Het kan ook gebeuren dat noch de cliënt zelf noch de mantelzorger een goed beeld heeft van het soort dienst dat de cliënt nodig heeft. Een voorbeeld hiervan was het geval van een dementerende vrouw die ondanks haar geestelijke problemen thuis wilde blijven wonen. De mantelzorgers vonden hun moeder ook niet in een PG-afdeling thuishoren. Ze bleven lang proberen hun moeder in een verzorgingshuis te krijgen terwijl zij dementerend was en een PG-indicatie had.

### *Zorgaanbieders*

Zorginstellingen gebonden aan het Zorgtoewijzingsbureau verrichten zelf geen indicatiestelling meer zoals vroeger het geval was. De contacten met zorgaanbieders lopen doorgaans óf via het Zorgtoewijzingsbureau, óf via de zorgverlener van de organisatie waarvan de cliënt al een andere vorm van zorg ontvangt.

De signalen over de mogelijke verandering in de zorgvraag komen binnen via de zorgaanbieders, tijdens multidisciplinaire overleggen (patiëntenbesprekingen) waarbij vertegenwoordigers van diverse betrokken organisaties aanwezig zijn, of via gesprekken met de cliënten zelf. Daar veel ouderen gebruikmaken van een of andere dienst van de thuiszorg, spelen de medewerkers van deze organisatie een grote rol bij contacten met andere zorgaanbieders of het Zorgtoewijzingsbureau.

De geïnterviewde ouderen en hun mantelzorgers zijn zeer tevreden over hun contacten met de zorgaanbieders en met de zorg- en hulpverlening die zij van hen ontvangen.



## 4 Geïntegreerde zorg

Voor ouderen verloopt zorgverlening goed als zij de zorg krijgen die ze nodig hebben, in de juiste hoeveelheid en op het juiste moment. Hoe de organisaties in de zorgketen functioneren en hun werkzaamheden op elkaar afstemmen is voor hen niet waarneembaar; de resultaten daarvan wel. Als deze organisaties niet optimaal functioneren of als de afstemming niet goed geregeld is, voelen de cliënten en mantelzorgers natuurlijk wel de gevolgen daarvan. In dit hoofdstuk beschrijven wij wat de zorgverleners onder geïntegreerde zorg verstaan en hoe dat in de praktijk uitpakt. De visie en het oordeel van de zorggebruikers komen ook aan bod, maar vooral als het gaat om hun oordeel over de toegankelijkheid en het gebruik van de zorg.

### 4.1 Wat betekent geïntegreerde zorg?

De zorggebruikers omschrijven de geïntegreerde zorg in termen van de resultaten die op hen betrekking hebben. De zorgverleners kijken echter niet alleen naar de resultaten maar begrijpelijkerwijs ook naar het proces van zorgverlening. Wat het proces betreft, gaat de geïntegreerde zorg, volgens hen, over gezamenlijk werken aan hetzelfde doel met een zo kort mogelijke communicatielijn. Efficiency, communicatie, afstemming en gezamenlijkheid zijn de kernwoorden in het proces. Het doel is het geven van zorg die de oudere nodig heeft. In de geïntegreerde zorg zoals gedefinieerd in dit project gaat het om een combinatie van medische behandeling, (persoonlijke) zorg en welzijn. Dit betekent dat de ouderen niet alleen psychische en lichamelijke zorg krijgen, maar

dat er ook aandacht is voor hun sociale leven en hun omgeving, waaronder de mantelzorgers. Op basis van de gesprekken met de zorgverleners kunnen de uitgangspunten voor de geïntegreerde zorg als volgt opgesomd worden:

- Ouderen helpen zodat zij zo lang en zo zelfstandig mogelijk thuis kunnen blijven wonen;
- De zorg waar de oudere recht op heeft in de juiste mate en op het juiste moment aanleveren;
- Zorgen dat overbruggingszorg aanwezig is in geval van wachtlijsten;
- Zorgen voor een goede afstemming tussen alle lagen in de zorgketen;
- Multidisciplinair werken zodat er, naast sociale en medische zorgverlening, ook aandacht wordt besteed aan het welzijn van ouderen en mantelzorgers. Hierdoor worden 'care', 'cure' en welzijn met elkaar verbonden.

## 4.2 Geïntegreerde zorg in de praktijk

Eén van de belangrijkste voordelen van de onderzochte zorgketen, volgens de zorgverleners, is dat de communicatielijnen daarbinnen kort zijn. Professionals staan in contact met elkaar en kunnen daardoor de veranderingen in de situatie van de ouderen gemakkelijker aan elkaar doorgeven en opvangen. Een ander aspect van geïntegreerde zorg, volgens de zorgcoördinatoren, is dat de cliënt tijdens het zorgtraject een aanspreekpunt heeft. De cliënten hebben met diverse vormen van zorg te maken en zitten met vragen over mogelijkheden en over de best mogelijke oplossingen. Voor de cliënt is het belangrijk dat de diverse vormen van zorg goed op elkaar afgestemd zijn. Uit het onderzoek wordt echter niet duidelijk wie voor deze taak verantwoordelijk is. Eén van de geïnterviewde zorgcoördinatoren vindt dat zij en haar collega's alleen een 'adviserende' rol hebben in het zorgproces. Ze vindt dat de zorgaanbieders de 'case managers' zijn omdat zij een grote rol en veel verantwoordelijkheden hebben in het zorgproces. Gezien het grote beroep dat ouderen op thuiszorg doen, spelen hun medewerkers vaak de rol van 'case manager' in het leveren van de zorg, terwijl de zorgcoördinator de allocatie van diverse vormen van zorg op elkaar afstemt en daarin een schakel is. Bij de veranderingen in de zorgvraag, houdt de zorgcoördinator een adviserende rol omdat de cliënt al door de zorgaanbieders wordt geholpen. De directeur van ZTB vindt echter dat de zorgcoördi-

natoren van ZTB degenen zijn die de rol van case managers in de praktijk vervullen.

In de praktijk komen samenwerking en afstemming tussen de partijen (betrokken organisaties) in de zorgketen tot stand met behulp van een scala aan instrumenten: contactpersonen, structurele overleggen, situatiegerichte overleggen, informatie-uitwisseling via telefoon, dossiers en computer, huisbezoeken, visitsaties aan instellingen, zorgplannen en zorgdossiers. De afstemming vindt plaats op zowel beleids- als op uitvoeringsniveau en varieert qua intensiteit en effectiviteit van organisatie tot organisatie. De keuze voor instrumenten is mede afhankelijk van de aard van de situatie of de veranderingen daarin.

Een zorgplan is een belangrijk instrument voor afstemming van de zorg tussen de zorgcoördinatoren en de zorgaanbieders of de zorgaanbieders onderling. Het wordt opgesteld door de zorgaanbieders en mag ingezien worden door de zorgcoördinatoren en andere zorgaanbieders die partners zijn in de stichting. In een situatie bijvoorbeeld waar thuiszorg zorg aan huis biedt, heeft Thuiszorg een eigen zorgdossier en zorgplan. De contactpersoon binnen Thuiszorg evalueert het zorgplan en stelt dit waar nodig bij. Als de zorgvraag verandert, dan zorgt deze contactpersoon voor afstemming en verdere bemiddeling.

Een ander zeer nuttig instrument in de afstemming is het zorgdossier dat de medewerkers van de thuiszorg opstellen. Het dossier ligt bij de zorgvrager in huis en alle betrokkenen, inclusief de mantelzorgers, kunnen dit lezen en daarin aantekeningen maken. Elke nieuwe zorgverlener kan met behulp van dit instrument snel op de hoogte worden gebracht van de geschiedenis en stand van zaken van de zorg die aan de cliënt wordt gegeven.

De ervaringen van de zorgcoördinatoren en zorgverleners met samenwerking met het RIO in de regio zijn gemengd. De producten en diensten van de zorgaanbieders zijn, door de veranderende zorgvraag, steeds aan verandering onderhevig. Volgens sommige zorgverleners zijn de RIO-medewerkers niet altijd even goed op de hoogte van deze veranderingen en kunnen ze daardoor niet optimaal gebruikmaken van de nieuwe ontwikkelingen in de zorg. Dit leidt soms tot onenigheden over de indicatiestelling door het RIO.

De ziekenhuizen behoren tot een andere groep zorgaanbieders en dus ook een andere stichting. Zij stellen hun eigen zorgplan op

voor de cliënt en betrekken de zorgcoördinatoren bij de nazorg na het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. De zorgcoördinator heeft structureel overleg met de ziekenhuizen over de opname of het ontslag van ouderen. De transferverpleegkundige is de contactpersoon die vanuit het ziekenhuis aan deze overleggen deelneemt. Door deze samenwerking hoeven ouderen niet onnodig te lang in het ziekenhuis verblijven en kunnen ze op vervangende zorg thuis of in een andere omgeving rekenen.

Door de verschillen in de belangen van het ziekenhuis en Meander (Stichting voor ouderenzorg), loopt de samenwerking en afstemming niet altijd even optimaal, volgens sommige zorgverleners. *“De doelstelling van het ziekenhuis is de patiënt zo snel mogelijk na de behandeling het ziekenhuis uit te krijgen, maar als de ouderenzorg de patiënt niet op kan nemen dan krijg je moeilijkheden. Er bestaat dan verschil tussen vraag en aanbod.”*. De ziekenhuizen willen liever dat de plaatsing van ouderen in zorginstellingen niet gebonden blijft aan bepaalde regio's of zorgaanbieders. Dit is niet mogelijk, aangezien de zorgbureaus in Kerkrade en in Heerlen elk voor de plaatsing van de ouderen in hun eigen regio zorgen. Dit betekent dat de cliënt in theorie zelf mag kiezen, maar in de praktijk de keuze niet altijd gemakkelijk te realiseren is.

De medewerkers van de ouderenzorg hebben een andere visie op de samenwerking met de ziekenhuizen. De zorgcentra (bijvoorbeeld Dormig) hebben intern veel medisch personeel, waaronder fysiotherapeuten, ergotherapeuten, verpleeghuisartsen, logopedisten en psychologen. Ze melden dat zij echter weinig samenwerken of overleg hebben met ziekenhuizen. Hierdoor is het, volgens de zorgverleners, ook moeilijk om de ziekenhuizen zo ver te krijgen om bijvoorbeeld bij behandeling voorrang te geven aan ouderen met psychogeriatrische problemen die zich zeer onrustig gedragen.

Ouderen blijken soms moeite te hebben met de manier waarop het ziekenhuispersoneel en vooral de specialisten met hen communiceren. Zowel de bejegening als het taalgebruik van vooral de specialisten vervreemden de ouderen. De wachttijden, vooral als het om een levensbedreigende situatie gaat, vinden ze onaanvaardbaar lang. Informatie van de ziekenhuizen is ook voor de huisartsen onmisbaar om hun patiënt goed te kunnen volgen. De informatiestroom vanuit het ziekenhuis naar de huisarts is blijkens de klachten van sommige ouderen echter voor verbetering vatbaar. De huisartsen worden niet altijd op de hoogte gehouden van de situatie en vorderingen van de oudere die in het zieken-

huis heeft gelegen. Een voorbeeld: *“Mijn huisarts krijgt bijna geen bericht van het ziekenhuis. Het ziekenhuis zegt dat ze een bericht hebben gestuurd, maar mijn huisarts heeft niks gekregen, zegt hij. Laatst probeerde ik drie dagen de chirurg te bereiken. Ik kreeg hem niet te pakken.”*(A5) De contacten van de zorgvragers met hun eigen huisarts verlopen doorgaans goed.

Ook is er afstemming tussen de zorgsector en de welzijnssector. Stichting Ruggesteun is één van de partners in de zorgketen en zorgt voor het leveren en ondersteunen van vrijwilligers die ouderen trachten uit hun isolement te halen. Wanneer de zorgverleners ontdekken dat een oudere en/of de mantelzorger hulp nodig heeft, wordt Ruggesteun ingeschakeld. Door de bijdrage van de vrijwilliger komt de oudere (weer) in contact met de omgeving en herwint hij of zij een deel van de band met de samenleving. Ook mantelzorgers hebben hier baat bij. De vrijwilligers van de Ruggesteun bieden ook ondersteuning aan de mantelzorgers door een deel van hun taken (tijdelijk) op zich te nemen.

Waar veel partijen, soms met verschillende belangen en vanuit diverse disciplines, met elkaar samen moeten werken, kunnen conflicten ontstaan. De manier waarop een conflict wordt opgelost – als dit zich voordoet – is dan ook afhankelijk van de organisatiestructuur van de organisatie waarmee het conflict is ontstaan. Tijdens de structurele overleggen tussen het Zorgtoewijzingsbureau en zorgaanbieders worden de problemen gesignaleerd. De voorzitters of leden van de stuurgroepen zorgen dan voor een oplossing. Hoe en door wie het probleem wordt opgelost is afhankelijk van het niveau waarop het probleem zich voordoet. De oplossing wordt niet altijd van bovenaf gedictéerd. De zorgcoördinatoren geven aan dat zij voldoende ondersteuning krijgen als er conflicten ontstaan maar hebben een grote mate van verantwoordelijkheid en mogen vaak zelf voor de oplossingen zorgen.

#### **4.3 Beëindiging van zorg en leveren van nazorg**

Goede overbruggingszorg, overdracht en nazorg zijn andere belangrijke kenmerken van de geïntegreerde zorg. Niet bij alle betrokken organisaties is een ontslagprocedure en mede daardoor nazorg van toepassing. RIO heeft bijvoorbeeld geen contacten meer met de zorgaanvragers na de indicatiestelling. Ook is er geen sprake van nazorg, aangezien zij geen zorgaanbieders zijn.

Wel zorgen zij voor overdracht van de cliënt door het doorgeven van de nodige informatie aan het Zorgtoewijzingsbureau.

De zorgcoördinatoren van het Zorgtoewijzingsbureau houden zich wel bezig met de ontslagprocedure van de ouderen van bijvoorbeeld het ziekenhuis. Als er problemen zijn met het ontslag van een cliënt uit het ziekenhuis, vinden meerdere gesprekken plaats met de oudere en zijn of haar familie over de verdere zorgverlening. De zorgcoördinator gaat na welke zorg verder nodig is en wie deze moet leveren.

Het volgen en daarna de overdracht van de cliënten vinden onder andere plaats tijdens het overleg van het multidisciplinaire team van de vertegenwoordigers van de zorgaanbieders waar de zorgcoördinatoren ook deel van uitmaken. De zorgcoördinatoren hebben een adviserende rol bij de vormgeving van het nazorgtraject. Zij geven ook begeleiding aan de familieleden en informeren hen over de situatie van de cliënt.

In de thuissituatie zijn het de zorgaanbieders die de voortgang van de cliënt in de gaten houden. De eerder vermelde zorgdossiers blijken uitstekende instrumenten te zijn voor overdracht.

Ouderen en mantelzorgers hadden geen grote klachten over de manier waarop de zorg is beëindigd of over de nazorg. In een paar gevallen waren er klachten over de snelle manier waarop ouderen uit het ziekenhuis zijn ontslagen en het gebrek aan nazorg voor de daarop volgende periode. Ook stellen sommige mantelzorgers het op prijs als, nadat de zorg is toegewezen, de zorgcoördinatoren bij hen informeren over de geschiktheid van de aangeboden zorg en de effecten daarvan op het leven van de mantelzorgers.

#### **4.4 Arbeidsomstandigheden van de zorgverleners**

In een steeds complexere zorgwereld worden steeds meer eisen gesteld aan de deskundigheid van de zorgverleners. De arbeidsvoorwaarden voor de medewerkers in de zorg vormen daarom een belangrijk discussiepunt. Het algemene oordeel van een deel van de zorgverleners is dat het salarisniveau en de secundaire arbeidsvoorwaarden van vooral uitvoerend personeel ontoereikend zijn.

De meerderheid van de zorgverleners in dit onderzoek is van mening dat hun salaris niet in overeenstemming is met de zwaarte van hun werk. Een verzorgende bij een zorgcentrum be-

schrijft de situatie als volgt: *“Ik moest hard werken en avond- en nachtdiensten draaien om rond te komen. Dat ligt ook aan de economie. We hebben grote verantwoordelijkheid over andere mensen. Als je het zo bekijkt dan vind ik ons onderbetaald.”* (C5) De aangekondigde bezuinigingen in de zorgsector zullen ongetwijfeld van invloed zijn op de werkdruk en werkomstandigheden en als gevolg daarvan op de werkinhoud van vele zorgverleners. De medewerkers van het RIO vinden dat zij, zeker in vergelijking met de zorgcoördinatoren van het Zorgtoewijzingsbureau, te laag ingeschaald zijn. Dit terwijl er steeds nieuwe taakgebieden bijkomen, waardoor hun takenpakket steeds zwaarder wordt. Een zwaarder takenpakket betekent helaas niet automatisch ook meer uren om het werk te kunnen uitvoeren. Integendeel. De bezuinigingen in de zorg hebben als gevolg dat bij veel zorginstellingen een vacaturestop in werking is getreden. Zoals een zorgverlener zei, betekent dit dat *“meer werk door minder mensen moet worden gedaan.”* (C7)

De zorgcoördinatoren zijn de enige geïnterviewde zorgverleners die zeggen tevreden te zijn over hun salarisniveau. Zij zijn, net als vele andere geïnterviewden, zeer te spreken over de afwisseling in hun werk, de steun vanuit de organisatie en de collegiale contacten. De secundaire arbeidsvoorwaarden, die weliswaar landelijk worden afgesproken, zijn echter soms voor verbetering vatbaar. Dit geldt niet alleen voor de zorgcoördinatoren maar ook voor sommige andere zorgverleners. Zo is de kilometervergoeding voor rijden in de eigen auto voor het werk drastisch verlaagd. Deze maatregel zal van invloed kunnen zijn op de mate waarin zorgverleners voortaan op huisbezoek gaan bij ouderen. Er zijn ook klachten over verouderde apparatuur (bijvoorbeeld computers) en het ontbreken van een mobiele telefoon bij sommige medewerkers. Mede hierdoor zijn de zorgverleners niet altijd optimaal bereikbaar.

Het werk geeft de zorgverleners weliswaar veel voldoening maar omgaan met zieke en dementerende ouderen wordt zowel fysiek als mentaal als zwaar ervaren. Werken met schrijnende gevallen is een zware belasting voor velen. Sommige zorgverleners hebben er dan ook behoefte aan om hun verdriet of frustraties met andere collega's te kunnen delen. De zakelijke aard van de huidige zorgverlening en de bureaucratische manier waarop de zorgverleners hun tijd moeten verantwoorden laten echter amper ruimte voor emotionele steun aan elkaar.

De indruk bestaat dat doorgaans voldoende mogelijkheden bestaan voor bijscholing van de zorgverleners om hun nieuwe taken beter aan te kunnen. Ondanks de algemene klacht over werkdruk

zijn bijna alle geïnterviewde zorgverleners erg enthousiast over de inhoud van hun werk en geven aan veel voldoening daarvoor terug te krijgen.

De keerzijde van integraal werken is de benodigde hoeveelheid afstemming, en afstemming betekent veel informatie-uitwisseling. De zorgcoördinatoren van het Zorgtoewijzingsbureau zeggen te maken hebben met veel administratief werk, gezien de hoeveelheid gegevens die ze (vooral van het ziekenhuis) over de cliënt krijgen. Deze gegevens zijn nodig voor intakegesprekken die ze met de cliënten voeren (een paar per dag). Ook moeten zij de intakegesprekken en de verslagen van de overleggen met contactpersonen bij de zorgaanbieders uitwerken. De zorgaanbieders, waaronder thuiszorg kampen met veel 'papierwerk' terwijl zij steeds meer productieve uren (zorgverlening aan cliënten) moeten draaien.



## 5 Hoe cliëntgericht is de zorg?

In de literatuur en de zorgwereld is er doorgaans sprake van cliëntgerichte zorg als de ouderen (of hun mantelzorgers):

- betrokken zijn bij de besluitvorming rondom zorg;
- betrokken zijn bij de keuze van aard, inhoud en mate van de zorg die zij ontvangen;
- de zorg ontvangen waar ze behoefte aan hebben, op het juiste moment en in de juiste hoeveelheid;
- voldoende informatie en begeleiding krijgen om de juiste keuze te kunnen maken.

Deze reeks van factoren geldt echter vooral voor de wereld waarin beleidsmakers en onderzoekers verkeren. De meeste ouderen baseren, zoals eerder gezegd, hun oordeel vooral op de resultaten van het zorgproces. Hoe zorg tot stand komt, is voor hen van minder belang. Dit wil echter niet zeggen dat zij geen oordeel hebben over het proces. Zij zijn doorgaans zeer te spreken over de zorg die ze gekregen hebben. Dit maakt, in hun ogen, de 'hobbels' in het proces minder belangrijk.

Uit de interviews blijkt dat de grote meerderheid van ouderen en hun mantelzorgers betrokken is geweest bij de besluitvorming rondom zowel de indicatiestelling als de keuze voor de soort, het tijdstip van en de hoeveelheid zorg en de zorgaanbieder. Dit gebeurt doorgaans ook tot hun genoegen. Een tevreden oudere:

*"RIO vond dagopvang voor mij belangrijk. Precies wat nodig was. Maar als wij dat hadden gewild, had opname in een verzorgingshuis ook gekund."* (A3)

De ouderen en mantelzorgers zijn bijna unaniem in hun oordeel over het Zorgtoewijzingsbureau: zij zijn goed geïnformeerd en geadviseerd, er is naar hen geluisterd en zij zijn betrokken geweest bij de besluitvorming. Een voorbeeld:

*"Hij (zorgcoördinator van het Zorgtoewijzingsbureau) heeft goed geluisterd naar wat wij gezegd hebben en hij weet ook precies hoe wij denken. Hij weet bijvoorbeeld dat als er alleen een kleine kamer beschikbaar is, dat hij ons niet hoeft te bellen. Dat heeft toch geen zin, mijn moeder neemt het dan toch niet."* (A3)

Ook de zorgaanbieders blijken naar volle tevredenheid van de zorggebruikers te functioneren.

*"Alles ging prima. Vader kon niet meer thuis door moeder verzorgd worden. In overleg hebben zij vader in het ziekenhuis gehouden."* (B2)

Maar er is ook kritiek op een aantal punten. Een mantelzorger die voor het eerst met het RIO in aanraking komt, voelt zich door het RIO volkomen in de steek gelaten. Hij is niet of nauwelijks geïnformeerd over het proces en het resultaat, en de uitslag liet lang op zich wachten. Hij schetst het dilemma waar veel mensen die voor het eerst zorg moeten aanvragen, mee kampen.

*"Vanaf het moment dat je zorg aanvraagt, kom je in aanraking met instanties die je niet kent en soms ben je je zelfs niet bewust van hun bestaan. Er is een heel traject door te lopen, maar je krijgt daarover geen informatie. RIO is bijna onbereikbaar. We hebben heel vaak gebeld met vragen zonder geïnformeerd te worden."*

De zorgverleners bekritisieren ook de mate van cliëntgerichtheid van het RIO. Volgens hen maakt de indicatieadviseur te weinig gebruik van de gegevens over de niet-medische aspecten van het leven van de zorgvrager. Als argumentatie wordt het feit genoemd dat de indicatiestelling vaak tot stand komt zonder een huisbezoek of persoonlijk gesprek met de zorgvragers. Als tegenargument wijzen de indicatieadviseurs op het feit dat het gebrek aan persoonlijke contacten wordt gecompenseerd door het verkrijgen van informatie via andere zorgverleners.

De geïnterviewde ouderen en hun mantelzorgers waren het in enkele gevallen niet eens met de adviezen van het Zorgtoewij-

zingsbureau. Soms komt het ook voor dat men de aangeboden zorg weigert. Dit komt voort uit het feit dat sommige ouderen en/of hun mantelzorgers specifieke wensen hebben over de zorg. Zij willen alleen naar een bepaald verzorgings- of verpleeghuis of ze vinden de aangeboden kamer te klein. In dat geval biedt het Zorgtoewijzingsbureau hen alternatieve zorg totdat de gewenste zorgvorm beschikbaar komt. Ouderen kunnen doorgaans vrede hebben met het feit dat ze op de gewenste voorziening moeten wachten, zolang er overbruggingszorg beschikbaar is. Uit het onderzoek blijkt dat een overgroot deel van de zorgvragers tevreden is met de ontvangen overbruggingszorg.

Wat de zeggenschap in de besluitvorming over de zorg betreft, voldoen de diensten en producten van de zorgaanbieders in grote mate aan de wensen van de ouderen en mantelzorgers; buiten beschouwing gelaten is de gebrekkige informatieverstrekking vanuit het ziekenhuis en het ontbreken van nazorg. Sommige ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen verwachten betere nazorg en meer informatie bij terugkeer naar huis. Dit wordt blijkbaar niet altijd waargemaakt.

*"Ze hebben me ook te snel losgelaten. Ze moeten wel rekening houden met de leeftijd en dat je ook maar alleen bent. Ik ben er heel slecht aan toe geweest. Ook omdat ze in het ziekenhuis niets hadden verteld (geen informatie), de nazorg was heel slecht." (A6)*

De zorgverleners bekijken de zaken van twee kanten: zowel van de kant van de zorgvrager alsook de haalbaarheid van de keuze. De cliëntgerichte zorg is voor sommige zorgverleners een betrekkelijk begrip. Volgens hen zijn aan het geven van keuzemogelijkheid aan de zorgvrager bepaalde consequenties verbonden die niet te realiseren zijn. De cliënt mag natuurlijk zijn of haar voorkeur voor een zorgaanbieder aangeven, maar die keuze moet ook haalbaar zijn, vinden de zorgverleners. Voor de doelgroep die bijvoorbeeld van ziekenhuizen, dagbehandeling en revalidatiecentra gebruikmaakt, zijn er weinig keuzemogelijkheden in de regio. In andere regio's zijn die er misschien wél maar zelfs daar is de keuzemogelijkheid afhankelijk van het aanbod. De cliëntgerichte zorg als uitgangspunt blijkt ook niet altijd samen te gaan met de belangen van de zorgaanbieders. De centrale vraag hierbij is wie bepaalt wat de beste zorg is voor de cliënt. En hoe moeten de zorgaanbieders omgaan met de discrepantie tus-

sen de belangen van de cliënt en hun eigen belangen. De onderbenutting van de diensten en faciliteiten hebben financiële gevolgen voor de zorgaanbieders. De zorgaanbieders weten echter goed dat flexibiliteit en vernieuwing van producten de sleutels zijn voor hun voortbestaan. De afgelopen jaren hebben zij daarom steeds meer initiatieven genomen om hun diensten en producten beter aan te laten sluiten bij de wensen van hun cliënten. Zorgverleners komen in de praktijk echter situaties tegen waarin het maar de vraag is of de wens van de cliënt de doorslaggevende factor moet zijn. Dit dilemma is bijvoorbeeld waar te nemen in situaties waarin de oudere koste wat kost thuis wil blijven wonen terwijl hij of zij een potentieel gevaar kan zijn voor zichzelf en voor de omwonenden. En wat te doen als de mantelzorgers niet willen accepteren dat hun ouder naar een verpleegafdeling moet en eisen dat deze in een verzorgingshuis wordt geplaatst? En hoe omgaan met de voorkeur van ouderen voor bepaalde faciliteiten die wachtlijsten hebben, terwijl andere instellingen ruimte hebben, maar minder gewild zijn vanwege hun imago?

Het verschil tussen 'verzorgen' en 'activeren' van ouderen is een ander interessant discussiepunt onder de zorgverleners in wat cliëntgerichte zorg is en hoe ver deze mag gaan. Terwijl in het verleden intramuralisering de belangrijkste norm was, worden ouderen tegenwoordig aangemoedigd zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Afgezien van de financiële voordelen van de nieuwe aanpak voor het zorgsysteem, vragen sommige zorgverleners zich af of de ouderen niet te veel vertroeteld worden. Volgens hen betekent cliëntgerichte zorg in elk geval niet dat de zorgverlener alles doet voor de zorgvrager. Wanneer ze daartoe in staat zijn, worden ouderen gestimuleerd om zelf de nodige stappen te zetten om voor zichzelf te zorgen of bijvoorbeeld met de zorgaanbieders in contact te komen. Pas als zij daartoe niet in staat zijn, komen de zorgverleners zelf in actie.

## 6 Oordeel over de betrokken organisaties

*RIO*

Niet iedere cliënt of mantelzorger heeft dezelfde ervaring of hetzelfde oordeel over het RIO. Enkelen zeggen geen oordeel te hebben over het functioneren van het RIO omdat ze zelf geen direct contact hadden met de RIO-medewerkers. In een geval is de indicatiestelling vanuit het ziekenhuis aangevraagd en in het ander geval via thuiszorg.

De meerderheid van de zorgvragers blijkt zeer tevreden te zijn over RIO: niet alleen over hun bejegening maar ook over de snelheid waarmee de indicatiestelling heeft plaatsgevonden.

*"Zij hebben snel gereageerd op de hulpvraag. Zij hebben alleen geen macht over het Zorgtoewijzingsbureau om het proces van de zorgtoewijzing te versnellen."*  
(B1)

Twee cliënten en/of mantelzorgers hebben echter kritiek op de werkwijze van het RIO. Voor een heeft de aard van de klacht niet alleen te maken met het functioneren van het RIO zelf, maar met de afstemming tussen RIO en het Zorgtoewijzingsbureau. Zijn contacten met RIO verliepen, volgens hem, moeizaam: er was geen vaste contactpersoon en medewerkers waren telefonisch niet bereikbaar. Er werd, volgens eigen zegge, niet met hem gecommuniceerd over het proces of de uitslag van de indicatiestelling. Hij is van mening dat de afstemming tussen RIO en het Zorgtoewijzingsbureau voor veel verbetering vatbaar is: "RIO en het Zorgtoewijzingsbureau schijnen twee totaal los van elkaar opere-

rende instellingen te zijn die helmaal langs elkaar heen werken. Daardoor verdwijnt de vraag van mensen in het niets. Wij zijn in staat om mensen naar de maan te sturen maar niet om twee zorg-behoevende mensen te helpen!" (B2)

Voor veel mensen is hun eerste contact met het RIO ook tegelijktijd hun eerste contact met de zorgketen voor ouderen. Het ontbreekt hen aan informatie over het zorgproces, de aard en functies van zorgaanbieders en hun producten en diensten. Aangezien het RIO de eerste organisatie in de zorgketen is waarmee zij in contact komen, verwachten ze deze informatie van het RIO te krijgen.

De zorgverleners en vooral de zorgcoördinatoren hebben veel kritiek op het RIO. Het werkt volgens hen bureaucratisch en niet flexibel, en het is niet altijd op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen in de zorg. De kritiek heeft vooral betrekking op de organisatie als geheel. Op persoonlijk niveau weet men elkaar over het algemeen gemakkelijker te vinden en zaken af te stemmen.

#### *Zorgtoewijzingsbureau*

De ervaringen met het Zorgtoewijzingsbureau zijn bijna alle zeer positief. Men is zeer te spreken over de manier waarop men bejegend wordt, de snelheid waarmee het verzoek in overweging wordt genomen en de mate waarin rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de cliënt. De medewerkers blijken ook goed te kunnen omgaan met lastige cliënten. Een mantelzorger met een 'moeilijke' vader vertelde vol lof over de manier waarop het Zorgtoewijzingsbureau omgaat met haar vader. De oudere ontslaat de zorgverleners regelmatig omdat hij veronderstelt dat hij zelf alles (beter) kan doen. Na een tijd, wordt het tegendeel bewezen en regelt het Zorgtoewijzingsbureau de zorg opnieuw.

Daar waar men kritiek heeft, heeft dat onder andere te maken met de wachttijden. De cliënten weten echter goed dat dit probleem niet door het Zorgtoewijzingsbureau wordt veroorzaakt, maar een resultaat is van de wachtlijsten vooral voor de intramurale zorg. Cliënten moeten ook wachten als het proces van indicatiestelling te lang duurt en men daardoor geen zorg toegewezen kan krijgen.

*"Indicatie en toewijzing niet los van elkaar laten werken. Dan werken de instanties langs elkaar heen en duurt het maanden voordat je de zorg krijgt. Vanwege de leeftijd van de cliënten gaan de verandering in de zorgvraag snel, terwijl je steeds op de indicatiestelling moet wachten. Je loopt continu achter de feiten aan."* (B2)

Kritiek op het Zorgtoewijzingsbureau ontstaat ook wanneer de mantelzorgers andere (en soms niet gepaste) zorg voor de cliënten wensen dan die welke in de indicatiestelling genoemd wordt.

De bekendheid met zorgvoorzieningen is onder de ouderen beperkt. Vooral de oudere generatie ouderen vindt het moeilijk om haar weg zelfstandig te vinden in de zorgwereld. Daarom zijn niet alleen de ouderen zelf, maar ook de mantelzorgers blij met een aanspreekpunt als het Zorgtoewijzingsbureau waar ze met hun vragen terecht kunnen. Door hun nauwe contacten met de zorgvragers krijgen de zorgcoördinatoren een goed zicht op de vragen van de cliënt en de benodigde zorg. Het RIO geeft de cliënten ook informatie maar deze is volgens de zorgcoördinatoren niet voor iedereen begrijpelijk. Heldere en begrijpelijke informatie blijft ook noodzakelijk voor de zorgvragers om een goede keuze te kunnen maken uit het woud van diensten en producten van vele zorgaanbieders.

#### *Zorgaanbieders*

De meeste ouderen willen idealiter altijd met dezelfde hulpverlener te maken krijgen, die altijd op dezelfde dag komt en voldoende tijd voor hen neemt. In werkelijkheid zijn de ouderen echter realistischer. Ze weten wel dat hulpverleners ook ziek kunnen worden of op vakantie kunnen gaan en zij daardoor een vervangende hulpverlener krijgen. Dit vinden zij minder prettig wanneer de vervanging ook nog eens gepaard gaat met veranderingen in de tijd van zorgverlening. Dat de hulpverleners ook onder tijdsdruk moeten werken is de ouderen bekend. Door de tijdsdruk is er te weinig tijd voor persoonlijke contacten, vinden sommige zorgvragers:

*"Meer aandacht voor de mensen (ouderen) vind ik wel belangrijk. Maar dat is weer een kwestie van te weinig personeel. Ze hebben het ook zo druk, moeten zoveel mensen helpen en er komen er ook steeds meer bij. Ze kunnen niet eens meer een praatje maken, want dan lopen ze weer achter met hun werk. Dat is echt een gemis."* (B4)

Niet iedereen heeft echter behoefte aan een persoonlijk gesprek met de hulpverlener. Er zijn ook ouderen die hun gevoelens alleen met hun familie of vrienden willen delen. Zorgverleners zijn er, volgens hen, om te zorgen en niet om mee te 'babbelen'.

Interessant is dat er soms grote verschillen bestaan in de manier waarop de mantelzorgers en de ouderen de dienstverlening ervaren. Een deel van de onvrede van sommige ouderen houdt blijkbaar meer verband met hun psychische gesteldheid dan met de kwaliteit van de zorg. Sommige ouderen stellen zich niet altijd even flexibel op en hebben moeite met vervangende hulpverleners en hun nieuwe omgeving (bijvoorbeeld een verzorgingshuis). Ze kampen ook met lichamelijke gebreken en beperkingen en voelen ze zich soms in de steek gelaten door familie, kennissen en vrienden. Daarom voelen ze zich tekort gedaan. Het algehele beeld over de dienstverlening van de zorgaanbieders is echter overwegend zeer positief, vooral over die van thuiszorg.

De eigen bijdrage voor de zorg wordt doorgaans reëel en redelijk bevonden. Het vervoerbedrijf dat in de regio voor het vervoer van ouderen zorgt, wordt stevig bekritiseerd door een paar ontevreden cliënten. Het bedrijf wordt traag en onbetrouwbaar bevonden en de manier waarop de chauffeurs de ouderen bejegenen, blijkt voor verbetering vatbaar.

De zorgvragers geven een paar suggesties aan de zorgaanbieders. Om te beginnen, vinden de zorgvragers het prettig als de zorgverleners meer tijd kunnen nemen voor hun zorgtaken en voor persoonlijke aandacht voor de zorggebruikers. Een vaste contactpersoon of zorgverlener wordt zeer geapprecieerd. Te veel personele wisseling leidt tot onrust bij de gebruikers en schaadt de continuïteit van de zorgverlening. Twee andere verbeterpunten hebben te maken met de communicatie met medisch personeel en afhandeling van financiële vergoeding voor de ontvangen zorg. Sommige ouderen hebben moeite met de manier van communicatie van het personeel (bijvoorbeeld specialisten) bij medische instellingen. Het medisch personeel gebruikt te veel jargon in zijn spreektaal en heeft soms een onpersoonlijke benadering. De afhandeling van de financiële zaken voor de ontvangen zorg of hulp is een andere bron van ergernis. Ouderen en hun mantelzorgers krijgen te maken met rekeningen van diverse organisaties die slecht met hun cliënten communiceren. Ze vragen om meer overzichtelijkheid in de afhandeling van nota's die ze ontvangen.



## 7 Conclusies over dienstverlening door de zorgketen

In dit rapport beschrijven wij hoe ouderenzorg in de regio Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld is georganiseerd. De samenwerking staat centraal tussen de organisaties die tezamen de zorgketen voor ouderen vormen. Het toelatingsproces begint met indicatiestelling bij het RIO en eindigt met het leveren van zorg door zorgaanbieders. De betrokken organisaties bij de keten zijn, behalve het RIO, het Zorgtoewijzingsbureau en de zorgaanbieders. Vooral de rol en het functioneren van het Zorgtoewijzingsbureau krijgen in dit rapport aandacht, vanwege het innovatieve karakter ervan. Het doel van deze studie is om na te gaan in hoeverre bij de zorgketen sprake is van geïntegreerde en cliëntgerichte zorg voor de ouderen in de regio.

Uit het onderzoek blijkt dat het Zorgtoewijzingsbureau een initiatief is dat duidelijk in een behoefte voorziet. Zowel de zorgvragers (ouderen en mantelzorgers) als de zorgverleners zijn zeer positief over de werkwijze van het Zorgtoewijzingsbureau en de behaalde resultaten. Vooral de adviserende functie wordt zeer gewaardeerd, omdat de zorgvragers vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de producten en diensten van de zorgaanbieders. Door de ontstane samenwerking tussen de partijen in de zorgketen wordt ouderen en hun mantelzorgers geïntegreerde en cliëntgerichte zorg aangeboden. Het oordeel van de ouderen en hun mantelzorgers is bijna unaniem positief, vooral over het Zorgtoewijzingsbureau en over de meeste zorgaanbieders. Interessant is het feit dat de ouderen niet altijd onderscheid weten te maken

tussen de diverse zorgverleners die hen helpen. Zo lang ze de zorg krijgen die zij graag willen hebben, zijn ze tevreden. Zij hebben echter soms klachten; met name over het functioneren van het RIO, dat, volgens hen, slecht bereikbaar is en soms te lang doet over het afgeven van een indicatie. Sommige zorgvragers zijn ook niet tevreden over de bejegening door de specialisten in het ziekenhuis. De zorgverleners vinden vooral de samenwerking met het RIO de zwakke schakel in de zorgketen. Zij zien het RIO meestal als een bureaucratische organisatie die geen wachtlijsten helpt opheffen, maar zelf met wachtlijsten kampt. De indicatieadviseurs van het RIO verdedigen zich door op het feit te wijzen dat er veel nieuwe taken aan hun werkzaamheden zijn toegevoegd en dat deze veel administratieve rompslomp met zich meebrengen.

Op dit moment kent het RIO in de onderzochte regio wachtlijsten. Zorgverleners vertelden ons dat ze graag wilden zien dat het RIO onderscheid maakt tussen urgente en niet urgente gevallen om gevaarlijke en levensbedreigende situaties te voorkomen. De wachttijden bij het RIO hebben, volgens de zorgcoördinatoren van het Zorgtoewijzingsbureau, ertoe geleid dat zij een deel van de werkzaamheden van de RIO-medewerkers op zich moeten nemen. Een ander gevolg van de wachtlijsten bij het RIO is dat er blijkbaar onvoldoende cliënten naar het Zorgtoewijzingsbureau doorstromen en dat de zorgaanbieders soms worden geconfronteerd met leegstand van hun faciliteiten.

De zorgverleners vinden de afstand tussen de indicatieadviseurs en de zorgvragers te groot, aangezien deze te weinig persoonlijke contacten hebben met de zorgvragers. De zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren veel initiatieven genomen voor de vernieuwing van hun producten, waarvan de indicatieadviseurs blijkbaar onvoldoende op de hoogte zijn.

Ondanks alle kritiek blijkt uit dit onderzoek dat de grote meerderheid van de zorgvragers zegt tevreden te zijn met de indicatiestelling van de RIO's. Als er klachten zijn, dan gaan deze vooral over het feit dat zij moeten wachten voordat RIO de indicatiestelling heeft afgegeven, of omdat ze moeten wachten op de zorg waarvoor ze geïndiceerd zijn. RIO's hebben volgens hun voorstanders ook andere voordelen: ze bieden de overheid een beter inzicht in de feitelijke behoefte aan zorg. Volgens hen indiceren RIO's nu ook vraaggericht en functiegericht. Dit zorgt ervoor dat mensen de zorg krijgen waar ze recht op hebben. De vraag blijft echter of vraagsturing kan worden waargemaakt, zolang er sprake

ke is van schaarste van zorgproducten. De gebrekkige afstemming tussen het RIO en het Zorgtoewijzingsbureau blijft één van de belangrijkste knelpunten bij het leveren van geïntegreerde zorg door de zorgketen, aldus sommige zorgverleners.

Zoals eerder vermeld, is voor de beschrijving van de zorgketen in de regio Kerkrade, Landgraaf en Simpelveld gekozen vanwege hun innovatieve karakter. In deze zorgketen wordt aandacht besteed zowel aan 'care' als 'cure' en welzijn. De bedoeling was om door het identificeren van de sterke en zwakke kanten van de keten, lessen te trekken voor de implementatie van soortgelijke ketens elders in Nederland. De opgedane kennis zou ook van nut zijn voor andere Europese landen. In de loop van het onderzoek zijn wij echter ingehaald door een serie ontwikkelingen die de toekomst van alle partners in deze keten sterk zullen beïnvloeden. Een volledige analyse van de veranderingen in de wet en regelgeving valt buiten het bestek van dit onderzoek. Echter, een discussie over de voor- en nadelen van de onderzochte zorgketen zal weinig zin hebben als wij geen rekening houden met de veranderingen in de wereld van ouderenzorg. Hieronder beschrijven wij kort deze ontwikkelingen en de gevolgen daarvan.

Een evaluatie van de positie en werkwijze van het RIO valt buiten het huidige onderzoek. De geuite kritiek van de geïnterviewden op de rol en positie van de Regionale Indicatieorganen dient te worden gezien in het kader van het feit dat deze een overgangperiode doormaken.

Tot nu toe (begin 2004) werden de RIO's aangestuurd door de gemeenten. Er is nu sprake van dat RIO's landelijk zullen worden gestuurd, hetgeen het gevaar met zich kan meebrengen dat hun afstand tot de cliënt zelfs groter wordt dan nu het geval is. Er wordt in elk geval druk gespeculeerd over de toekomst en positionering van de RIO's. Sommige hulpverleners die wij voor dit onderzoek hebben geïnterviewd, zijn van mening dat in de toekomst RIO's niet meer nodig zullen zijn. Zij vinden dat de indicatiestelling weer in handen moet komen van de zorgaanbieders en vooral van de thuiszorg. In dat geval zullen de RIO's op den duur slechts hun formele functie behouden: vaststellen of de zorgvrager formeel in aanmerking komt voor de aangevraagde zorg of niet.

De nieuwe werkwijze van de RIO's - functiegericht werken - betekent dat zij ook geen banden of contacten meer zullen hebben met de zorgaanbieders. Zij indiceren voor een bepaalde soort

zorg zonder te vermelden welke zorgaanbieder deze zou kunnen leveren. Deze recente verandering in de werkwijze gaat ook gepaard met de uitbreiding van het werkveld van de indicatieorganen. Het een en ander leidt ertoe dat de toekomst van de functie indicatiestelling vooralsnog niet duidelijk is. Duidelijk is wel dat de veranderingen in de toekomst van de RIO's niet alleen hún rol en werkwijze zullen beïnvloeden, maar ook die van het Zorgtoewijzingsbureau, de zorgkantoren en de zorgaanbieders.

De overheid heeft gekozen voor het verbreden van marktwerking en voor liberalisering in de ouderenzorg. Dit zou ertoe moeten leiden dat de klanten meer keuzes krijgen, dat zorgaanbieders meer met elkaar gaan concurreren en dat zorg daardoor goedkoper wordt; een voornamelijk financiële overweging waarvan de gevolgen voor de kwaliteit en inhoud van de ouderenzorg nog onbekend zijn. De AWBZ is bijvoorbeeld versmald: er bestaat sinds kort een eigen bijdrage voor sommige zorgactiviteiten waarvoor voorheen geen eigen bijdrage nodig was (bijvoorbeeld dagverzorging) en de eigen bijdrage voor sommige andere zorgactiviteiten (als thuiszorg) wordt verhoogd. In het beste scenario zullen de gebruikers kritischer worden over hun keuze voor een zorgaanbieder. In het slechtste scenario zullen sommige gebruikers hun zorg stopzetten of verminderen. De vermindering in het gebruik van zorg zal niet alleen risico's met zich meebrengen voor de gezondheid van de ouderen maar ook financiële gevolgen hebben voor de zorgaanbieders. Om dit nadeel te compenseren, zullen de zorgaanbieders gedwongen zijn om harder te werken aan de vernieuwing van hun producten. Zij zullen ook meer concurrenten worden van elkaar dan nu het geval is. Bij een gebrek aan centrale organisatie die zorgtoewijzing en advisering van de zorgvragers op zich kan nemen, zou meer marktwerking ook meer bureaucratie kunnen betekenen, aangezien de zorgvrager met elke zorgaanbieder aparte afspraken moet maken.

De belangrijkste bijdrage van het Zorgtoewijzingsbureau in de huidige vorm is dat dit bureau, naast de 'distributie' van de zorg, ook voor de begeleiding zorgt van de zorgvragers. De belangrijkste activiteiten van het bureau zijn tot nu toe:

- zorgvragers helpen bij het maken van een verantwoorde keuze voor een zorgaanbieder;
- aandragen van oplossingen voor overgangperiodes (overbruggingszorg) als de zorgvrager moet wachten;
- optreden bij een conflictsituatie in het gezin of tussen zorgvrager en zorgaanbieders.

Wat betekenen deze ontwikkelingen voor de toekomst van het Zorgtoewijzingsbureau? Tijdens de groepsdiscussie met de vertegenwoordigers van de zorgaanbieders bleek dat, door de aangekondigde veranderingen, de discussie over de ouderenzorg meer gericht is op procedures en minder op inhoud. Men is zeer bezig met de toekomst en wat de nieuwe ontwikkelingen binnen de zorgsector voor de positie van hun organisatie zouden kunnen betekenen.

De aangekondigde en deels doorgevoerde bezuinigingen treffen, overigens, niet alleen de zorgsector, maar ook de welzijnsaspecten van de zorg voor ouderen. Volgens de geïnterviewden, komen hierdoor de sociale aspecten van ouderenzorg en de aandacht voor mantelzorgers wellicht ook onder druk te staan.

Het Zorgtoewijzingsbureau is van mening dat zij zich in de toekomst meer moeten gaan richten op marketing. Dit houdt in dat het Zorgtoewijzingsbureau een actievere houding moet gaan aannemen jegens cliënten en, mede in opdracht van de zorgaanbieders, PR-activiteiten moet uitvoeren om producten onder de aandacht te brengen van potentiële cliënten. Op dit moment is het Zorgtoewijzingsbureau bijvoorbeeld bezig met het ontwikkelen van een folder om aan de activiteiten rondom dagverzorging in Kerkrade meer bekendheid te geven. Volgens het management van het Zorgtoewijzingsbureau is dit onvermijdelijk, gezien de onzekere budgettaire situatie van het bureau, de huidige ontwikkelingen in de AWBZ en kortingen in de subsidies van zorginstellingen. Het Zorgtoewijzingsbureau wordt in de toekomst minder betaald voor dezelfde diensten. Wil het blijven bestaan, dan moet het bureau zich aanpassen aan de veranderingen in de zorgwereld en de nieuwe ideeën over cliëntgerichte zorg voor ouderen. Volgens het ZTB zal het uitgangspunt het matchen blijven van de vragen van de cliënt met door Meander en Thuiszorg OZL aangeboden producten. Hierbij blijft zoals voorheen de keuze van de cliënt het uitgangspunt en niet het toevallig aanbod van de zorgaanbieder. Het ZTB zal de zorgaanbieder dwingen om hun producten af te stemmen op de vraag. Volgens het ZTB is dit goede marketing: vraaggericht met realiteitszin van het beschikbare aanbod op het moment. De onderzoekers vragen zich echter af of de wensen van de klant in de toekomst juist niet verder achterraken als het Zorgtoewijzingsbureau zich verder gaat richten op de zorgaanbieders door hun marketingfunctie op zich te nemen.

In onze ogen heeft de zorgketen in de huidige vorm zeker potenties voor het leveren van geïntegreerde en cliëntgerichte zorg aan ouderen. De voorgestelde liberalisering en marktwerking in de ouderenzorg zal het Zorgtoewijzingsbureau tot veranderingen dwingen. Daarbij is het noodzakelijk te kiezen voor een werkwijze die door de zorgvragers en zorgaanbieders als positief en doeltreffend wordt beschouwd.

## **Deel 3:**

# **Tweede model: Zorgvoorziening Zijloever**

**Dr. Klaas Gorter**





# 1 Achtergrond

## 1.1 Kenschets van Zijloever

Zorgvoorziening Zijloever is in eerste instantie opgezet als voorbeeldproject van zorgvernieuwing in de ouderenzorg. Gestart in 1990, vormt Zijloever inmiddels een structureel onderdeel van zorg en dienstverlening voor ouderen in Leiden. Het toenemende besef dat ouderen het recht hebben om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen en de benodigde zorg en ondersteuning in de eigen woonomgeving te ontvangen, was de leidende gedachte bij de oprichting. Zijloever is destijds opgezet als alternatief voor een eerder plan om een verzorgingshuis in Leiden-Noord te bouwen. De provincie Zuid-Holland en de gemeente Leiden waren bereid om extra middelen beschikbaar te stellen om een zorgvoorziening in Leiden-Noord mogelijk te maken als alternatief voor het traditionele verzorgingshuis. Tevoren werd een onderzoek verricht naar de aard en omvang van de zorgbehoeften bij ouderen in Leiden-Noord. Op basis van dat onderzoek werden als uitgangspunten geformuleerd: ouderen blijven zelfstandig wonen in hun buurt, en ze krijgen de benodigde hulp thuis van instellingen en voorzieningen, waarbij sprake moet zijn van ondersteuning van zelfzorg en mantelzorg. Daarbij moet worden voldaan aan de volgende voorwaarden: voldoende voor ouderen geschikte woningen, bestaande woningen aanpassen, en samenwerking tussen instellingen en voorzieningen voor zorg thuis.

Zijloever heeft als missie: "het (doen) verzorgen van een 24-uurs thuiszorg aan ouderen met een verzorgingshuis-indicatie, welke zorg gericht is op het versterken van de zelfstandigheid van zorgbehoevende ouderen in de thuissituatie en een alternatief behoort te bieden voor een opname in een verzorgingshuis met instandhouding van sociale netwerken". Zijloever is in Nederland één van de weinige volledig extramurale zorginstellingen voor deze categorie ouderen.

De opzet van Zijloever heeft veel gemeen met de zogeheten 'woonzorgzone', die momenteel in verscheidene plaatsen in opkomst is. Belangrijke elementen in het model van de woonzorgzone zijn: voldoende aangepaste huisvesting; zelfstandig wonen - ook bij een toenemende hulpvraag - ; een geïntegreerd aanbod van voorzieningen (samenhang tussen wonen, welzijn en zorg); voor zorgintensieve personen kleinschalige voorzieningen voor groepswonen; een toegankelijke woonomgeving; de voorzieningen zijn gesitueerd op wijkniveau.

Het werkgebied van Zijloever omvat de noordelijke wijken van Leiden (de Kooi, het Noorderkwartier, Groennoord, de Zeeheldenbuurt en de Merenwijk). De oudere wijkbewoners die er voor in aanmerking komen zijn door het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) geïndiceerd voor 'extramurale verzorgingshuiszorg'<sup>7</sup>.

## 1.2 Het dienstenpakket van Zijloever

Zijloever biedt zorg op het niveau van het verzorgingshuis, maar dan bij de mensen thuis. Vanuit die taakstelling afficheert Zijloever zich als 'verzorgingshuis zonder muren'. Het aanbod bestaat uit een pakket van zorg- en welzijnsfuncties. De cliënten kunnen aanspraak maken op zowel geplande zorg als ongeplande zorg. De geplande zorg is vooraf met de cliënt afgesproken. De zorg kan bijvoorbeeld bestaan uit hulp bij opstaan, douchen, maaltijden, medicijngebruik, de was doen en ander huishoudelijk werk. Indien nodig (bijvoorbeeld bij ziekte of na een ongeval) krijgen de cliënten ongeplande hulp. Die kan desgewenst dag en nacht verleend worden, dus er is sprake van 24-uurs zorg. Iedere cliënt is

<sup>7</sup> Dit gold tot dusverre. Met ingang van 2004 gaat het RIO de nieuwe functiegerichte indicatiestelling volledig hanteren. Daarmee verandert de toewijzingsprocedure. Meer hierover staat in paragraaf 4.4.

aangesloten op het alarmeringssysteem en heeft een moederslot op de voordeur, zodat in noodgevallen hulpverleners hen snel (maximaal 15 minuten na alarmering) kunnen bereiken. Uit het Jaarverslag 2002 blijkt dat het grootste deel (75%) van de door Zijloever zelf geleverde zorg bestaat uit huishoudelijke hulp en assistentie bij PADL (persoonlijke activiteiten van het dagelijks leven). De verpleegkundige hulp (eenvoudige verpleegkundige handelingen, zoals wondverzorging en insuline-injecties toedienen, nachtverpleging en intensieve zorg) omvat 24% van de totale zorg. Indien een cliënt gespecialiseerde verpleegkundige hulp nodig heeft wordt die ingehuurd van een andere instelling.

Het is uitdrukkelijk de bedoeling een integraal dienstenpakket te leveren, waaronder niet alleen zorg op de verschillende gebieden, maar ook welzijnsdiensten zijn begrepen. De laatste zijn gericht op het bevorderen van sociale participatie en het voorkomen van isolement en vereenzaming. Concreet gaat het bijvoorbeeld om gesprekken met cliënten, een wandeling met hen maken of boodschappen met hen gaan doen in een buurtwinkel. Voor dit welzijnsdeel wordt nauw samengewerkt met de Stichting Dienstverlening Leiden (SDL). Hierbij is op te merken dat de toekomst van dit werk onzeker is geworden door de veranderende mogelijkheden van financiering<sup>8</sup>. Zijloever heeft een drietal steunpunten van waaruit de zorg geleverd wordt. Daar bevindt zich ook een ontmoetingsruimte, waar allerlei activiteiten georganiseerd worden voor zowel cliënten van Zijloever als andere buurtbewoners. Zo zijn er de dagverzorging waar men meerdere dagen per week terecht kan, de dagelijkse eettafel waar men gezamenlijk de warme maaltijd kan gebruiken, de bingomiddag en de speciale activiteiten op feestdagen. Deze activiteiten zijn in handen van de SDL. Desgewenst zorgt de SDL ook voor het vervoer er naar toe. Het complete pakket dat door of onder verantwoordelijkheid van Zijloever wordt geleverd omvat de volgende diensten:

- zorgcoördinatie en zorgbemiddeling,
- verzorging en verpleging,
- huishoudelijke hulp,
- alarmering en alarmopvolging,
- welzijnsactiviteiten,
- dagverzorging,
- vervoer,

<sup>8</sup> Nadere informatie hierover is te vinden in paragraaf 5.6.

- maaltijden, Tafeltje Dekje, koel-vers-maaltijden
- was- en linnenverzorging,
- klussendienst,
- thuisadministratie,
- meer bewegen voor ouderen (mbvo),
- open eettafel,
- kapper, pedicure,
- visitekring,
- telefooncirkel,
- boodschappenbegeleidingsdienst,
- lessen in computergebruik,
- cliënt/ouderenadviseur.

Behalve met de SDL, wordt samengewerkt met apothekers (afspraken over de bezorging van medicijnen voor de cliënten), psychiatrische thuiszorg, medewerkers ouderenzorg bij de Rijngesest Groep (GGZ-instelling) en met paramedische diensten (fysiotherapie en ergotherapie). Zijloever werkt coördinerend, via onder meer de recepties van de steunpunten.

De samenwerking met de medische zorg (huisartsen en ziekenhuizen) vindt op ad hoc basis plaats. Er is geen formele organisatorische structuur voor samenwerking met de medische zorg. Wel worden er veelvuldig functionele contacten onderhouden met medische dienstverleners op het moment dat die cliënten van Zijloever medische zorg nodig hebben of onder behandeling staan. De medewerkers van Zijloever vervullen verscheidene rollen bij de medische zorg voor cliënten. Zo signaleren zij tijdens hun bezoek aan de cliënt mogelijke veranderingen in de toestand van de cliënt die medische zorg behoeft, maken zij desgewenst afspraken voor ze met de huisarts of het ziekenhuis, zorgen zij voor medicijnen, stellen zich op de hoogte van de situatie van de cliënt tijdens diens verblijf in het ziekenhuis. De verbindingen met de gezondheidszorg komen nader aan de orde in paragraaf 3.5.

### **1.3 Infrastructuur en werkwijze van Zijloever**

De diensten die Zijloever levert worden gecoördineerd vanuit drie steunpunten. Naast het al genoemde dienstencentrum, herbergen de steunpunten een aantal seniorenwoningen, zogeheten

inleunwoningen. Ongeveer eenderde van de cliënten woont in dergelijke woningen, de overigen wonen verspreid in de wijk. In die seniorenwoningen wonen niet alleen cliënten van Zijloever, maar ook andere ouderen. De gebouwen zijn het eigendom van een woningcorporatie, die de woningen verhuurt aan de bewoners en het dienstencentrum aan Zijloever. Eén van de steunpunten (de 'Rondedans') doet dienst als het hoofdkantoor van Zijloever.

Met de nieuwkomers binnen Zijloever worden afspraken gemaakt over de te verlenen zorg. Die kan variëren van een beperkt aantal diensten (bijv. alleen huishoudelijke hulp of alleen hulp bij aan- en uitkleden) tot een uitgebreid pakket, inclusief nachtzorg.

Cliënten ontvangen huishoudelijk hulp in principe op vaste tijden door een vaste medewerker. Daarentegen worden de verzorgende hulp (assistentie bij PADL) en verpleegkundige hulp in een rouleringssysteem verleend. In hoofdstuk 5 gaan we nader in op de uitvoering van de zorg.

Momenteel heeft Zijloever 135 cliënten. Hun gemiddelde leeftijd ligt op ruim 82 jaar. De vrouwen zijn veruit in de meerderheid (ruim driekwart). Het merendeel van de cliënten (110) ontvangt het volledige dienstenpakket, de overige 25 een beperkte hoeveelheid zorg (alleen huishoudelijke of persoonlijke verzorging).

Het totale personeelsbestand omvat circa 80 medewerkers (ca. 50 fte). Tien van hen hebben een leidinggevende functie. De circa 70 medewerkers die de zorg aan de cliënten verrichten zijn verdeeld over de volgende beroepsgroepen: zorghulpen (voor huishoudelijke verzorging), helpenden (voor persoonlijke verzorging) en verzorgenden (voor persoonlijke verzorging en verpleegkundige handelingen). Ze worden begeleid door drie teamleiders. De overige leidinggevendenden zijn: een zorgbemiddelaar (primair gericht op de cliënten), een zorgcoördinator (primair gericht op het personeel), een zorgmanager (voor aansturing van de interne organisatie), een kantoormanager (voor de aansturing van het secretariaat) en de algemeen directeur. Verder zijn er secretariaatsmedewerkers en een P&O-functionaris.

Het werk vanuit de Stichting Dienstverlening Leiden (SDL) wordt gedaan door vrijwilligers, ouderenadviseurs en door activiteitenbegeleiders.

De financiering geschiedt grotendeels (voor 88%) vanuit de ABWZ. De resterende 12% wordt verkregen uit de reikwijdtemiddelen. Het totale jaarlijkse budget omvat € 2,15 miljoen.

## 2 Onderzoeksmethoden en onderzochte groepen

### 2.1 Steekproef van cliënten

Op ons verzoek heeft Zijloever de namen van te interviewen cliënten geleverd. Daarbij is de volgende procedure toegepast.

Allereerst moest worden bepaald welke personen uit het cliëntenbestand van Zijloever relevant zijn voor het onderzoek. Daarvoor hebben we een lijst met selectiecriteria opgesteld. Een belangrijk criterium vloeit voort uit het centrale thema van het onderzoek, namelijk geïntegreerde zorg. De kwestie van integratie doet zich vooral voor bij cliënten die verschillende soorten zorg nodig hebben. Voor cliënten met een enkelvoudige hulpvraag (bijv. alleen huishoudelijke verzorging of alleen hulp bij aan- en uitkleden) is integratie nauwelijks van toepassing. De selectiecriteria staan vermeld in onderstaand schema. Bij elk is aangegeven waarom het criterium van belang is.

Criteria	Achtergrond / reden
1. Is bereid tot interview	Deelname aan het onderzoek is vrijwillig
2. Leeftijd: 65+	Doelgroep van het onderzoek
3. Woonsituatie: thuiswonend (niet permanent in tehuis)	Met name bij hen speelt het probleem van integratie van zorg (in tehuis zijn velerlei vormen van zorg 'onder één dak')
4. Zorgtoewijzing heeft nog niet zo lang geleden plaatsgevonden	Bij voorkeur niet langer dan een jaar geleden om het gebeuren nog goed te kunnen herinneren; er worden ook vragen gesteld over de toegang tot de zorg
5. Gecompliceerde zorgvraag (ontvangt meerdere soorten zorg)	Integratie in de zorgverlening is het onderzoeksthema
6. Ontvangt de zorg tenminste sinds een maand (bij voorkeur langer)	Lang genoeg om de dienstverlening te kunnen beoordelen
7. Is het afgelopen jaar onder behandeling (geweest) van ziekenhuis of revalidatie-instelling (opgenomen dan wel poliklinisch behandeld), dan wel van huisarts of GGZ-instelling voor serieuze gezondheidsklachten	Samenwerking met de gezondheidszorg is thema
8. In staat tot begrijpelijke communicatie en tot het verwoorden van opvattingen (bij dementerenden kan hiervan afgeweken worden door de mantelzorgers te interviewen)	Voorwaarde voor zinvol interview

Er is een benadering van de cliënten toegepast die zowel hun privacy waarborgde als ons de mogelijkheid bood een check op relevantie door te voeren. Zijlover leverde anonieme gegevens over 30 cliënten die zo goed mogelijk beantwoordden aan het



'profiel'. Tot de verstrekte gegevens behoorden: aanwezige lichamelijke beperkingen, soorten zorg die Zijloever verleent, en onder behandeling van medisch specialist. Aan de hand van die gegevens kozen wij 15 cliënten (het beoogde maximale aantal) die we in het onderzoek wilden betrekken. Zijloever benaderde deze personen vervolgens met de vraag of ze bereid waren tot een interview. Vrijwel allen stemden in, waarna Zijloever de namen, adressen en telefoonnummers aan ons doorgaf. Wij belden de personen om een afspraak voor het interview te maken. Alle interviews vonden bij de cliënten thuis plaats. In vier gevallen was de cliënt niet of onvoldoende in staat de vragen te beantwoorden vanwege cognitieve beperkingen (geheugenstoornissen als gevolg van dementie). Het interview werd daar gehouden in aanwezigheid van de mantelzorger (zoon, dochter, schoondochter dan wel echtgenoot) die de meeste vragen beantwoordde of uitsluitend met de mantelzorger.

Slechts twee cliënten zagen af van deelname, en één cliënt weigerde alsnog toen wij hem opbelden. Er is dus met 12 cliënten een interview gehouden. Dit aantal ligt binnen de afgesproken range (10 à 15 respondenten per model).

## **2.2 Dienstverleners in het onderzoek**

### **Zorgverleners**

Naast het cliëntenonderzoek stonden er interviews met 5 à 10 key workers op het programma. Hiermee wordt bedoeld op uitvoerende medewerkers die direct contact met de cliënten onderhouden. Binnen Zijloever wordt de zorg verleend door drie soorten medewerkers: zorghulpen voor huishoudelijke verzorging), helpenden en verzorgenden (voor persoonlijke verzorging). Besloten is om van elk van deze categorieën twee personen te interviewen.

### **Teamleiders**

De teamleiders houden toezicht op het werk van de uitvoerende medewerkers en cliënten kunnen bij hen terecht met vragen en problemen. Met een teamleider voor de sector huishoudelijke verzorging en een teamleider voor de sector persoonlijke verzorging is een vraaggelbesprek gehouden. Dit had de vorm van een duo-interview.

### **Zorgbemiddelaar**

De zorgbemiddelaar treedt op als vertrouwenspersoon voor de cliënten en ziet erop toe dat de zorg afgestemd blijft op hun behoeften. Zij heeft de opdracht aan de kant van de cliënten te gaan staan en speciaal op hun belangen te letten. De zorgbemiddelaar maakt deel uit van het managementteam, met wie een focus groepsinterview op het programma stond (zie verderop). Maar gezien de centrale rol die de zorgbemiddelaar vervult in de afstemming van het aanbod van de verschillende soorten zorg op de behoeften van cliënten is besloten een uitgebreid individueel interview met haar te houden.

### **Leidinggevenden**

Voor het management van de organisatie stond een focus groepsinterview op het programma. Dit onderdeel werd uitgevoerd met behulp van een speciaal hiervoor ontwikkeld interviewprotocol. De personen die leiding geven aan het werk binnen Zijloever zijn de directeur, de zorgcoördinator, de zorgmanager, de zorgbemiddelaar en de teamleiders. Zoals gezegd, hebben we afzonderlijke interviews gehouden met de laatstgenoemde twee. Derhalve werden de eerste drie uitgenodigd voor het focus groepsinterview. De zorgcoördinator was op het afgesproken tijdstip verhinderd vanwege ziekte, zodat het interview plaats vond met de zorgmanager en de directeur.

Het totale aantal medewerkers waarmee een interview is gehouden kwam daarmee aldus op 11.

## **2.3 Aanvullende gegevensverzameling bij 'externe organisaties'**

Zijloever opereert niet in een vacuüm, maar komt bij de dienstverlening aan hun cliënten in aanraking met andere verscheidene andere organisaties. Voor de instroom van cliënten is vooral het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) van betekenis, aangezien die organisatie de indicaties afgeeft waarmee cliënten bij Zijloever terecht kunnen. Voor de uitstroom van cliënten zijn met name de verzorgingshuizen en verpleeghuizen in de regio van belang. Overgang naar deze intramurale voorzieningen wordt onvermijdelijk in het geval dat cliënten niet langer zelfstandig kunnen wonen. De vraag hoe de samenwerking tussen Zijloever en deze organisaties verloopt kwam reeds aan de orde in de interviews

met medewerkers van Zijloever. Aanvullende informatie hierover hebben we verkregen door daarnaast ook deze organisaties in het onderzoek te betrekken. Dat gebeurde door middel van drie interviews met de personen binnen de organisaties die contact met Zijloever onderhouden: één van het RIO, één van een verzorgingshuis en één van een verpleeghuis in de regio. Deze interviews, die we telefonisch hebben afgenomen, waren toegespitst op samenwerking met Zijloever en wederzijdse contacten over cliënten.

Zijloever heeft vooral een nauwe samenwerkingsrelatie met de Leidse Stichting Welzijn Ouderen, die daar Stichting Dienstverlening Leiden (SDL) heet. De SDL levert verscheidene welzijnsdiensten aan cliënten van Zijloever, zoals het organiseren van recreatieve activiteiten, eettafels en assisteren bij thuisadministratie. Ook met een contactpersoon van de SDL is een telefonisch interview gehouden.

Dit brengt het totale aantal interviews met 'externe organisaties' op 4.



## 3 Het begrip geïntegreerde zorg voor ouderen: betekenis en realisatie

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt aan de orde welke opvattingen men heeft over geïntegreerde zorg voor oudere mensen. Het theoretische paper dat voor dit onderzoek werd gemaakt bevat de volgende definitie van *integrated care*: samenwerking/coördinatie/afstemming van verschillende soorten diensten, waarbij wordt bereikt dat de cliënt het benodigde 'pakket' aan zorg krijgt, dat wil zeggen: de juiste soorten, in de juiste hoeveelheid, en verstrekt op het juiste moment en in de juiste volgorde. 'Juist' wil zeggen: de cliënt krijgt waaraan hij/zij behoefte heeft (dus benaderd vanuit het perspectief van de cliënt). Case management, zorgbemiddeling en zorgcoördinatie zijn belangrijke middelen om integratie te bereiken. Het kan gaan om zowel integratie van diensten door (a) verschillende typen hulpverleners (zoals verzorgenden, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers e.a.) die onder één dak werken in bijvoorbeeld een instelling en door (b) verschillende instellingen (zoals thuiszorginstellingen, intramurale instellingen, welzijnsdiensten, huisarts, ziekenhuis e.a.).

Is dit ook wat men in Nederland verstaat onder geïntegreerde zorg? De geïnterviewde dienstverleners kregen deze vraag voorgelegd. Bij de geïnterviewde cliënten werd gepeild in hoeverre de ontvangen soorten zorg op elkaar aansluiten.

Over integratie van welke soorten zorg gaat het bij de onderhavige groep gebruikers van de diensten van Zijloever? Om hiervan een beeld te geven beginnen we met een beschrijving van de onderzochte groep in termen van gezondheidsproblemen, functiebeperkingen en aard van de benodigde zorg.

PROCARE is gericht op *health care* en *social care*. Dit hoofdstuk besteedt daarom speciale aandacht aan de kwestie hoe de afstemming met de medische dienstverlening verloopt.

## 3.2 Gegevens over de onderzochte cliëntengroep

### Demografische kenmerken

De onderzochte groep (N=12) bestaat vrijwel geheel uit vrouwen. Onder de respondenten bevindt zich slechts één man. De meesten hebben een hoge leeftijd. De jongste is 65 en de oudste 91 jaar. Hun gemiddelde leeftijd ligt op 78 jaar.

### Aard van de aandoeningen en functiebeperkingen

Vrijwel allen hebben ernstige lichamelijke beperkingen. Sommigen hebben daarnaast zintuiglijke beperkingen (slechtziend, slechthorend), cognitieve beperkingen (geheugenverlies als gevolg van dementie) of psychische beperkingen (zoals depressie). Hartaandoeningen, diabetes en beperkingen in lopen en/of gebruik van handen (als gevolg van een val, heupproblemen, CVA, spierziekte) komen naar verhouding veel voor. Vrijwel allen hebben drie à vier verschillende aandoeningen.

### Ontvangen zorg

Bijna alle respondenten ontvangen meerdere soorten zorg van Zijloever. Die bestaat in de meeste gevallen uit een combinatie van huishoudelijke zorg en hulp bij PADL (persoonlijke activiteiten van het dagelijks leven) en IADL (instrumentele activiteiten

van het dagelijks leven)<sup>9</sup>. Indien noodzakelijk, bijvoorbeeld in het geval van ziekte, wordt de persoon ook meerdere malen per nacht bezocht door een hulpverlener. Daarnaast maakt een aantal respondenten gebruik van de zogeheten welzijndiensten, zoals maaltijdverzorging ('Tafeltje Dek Je'), de dagverzorging en de eettafel. Naast deze formele hulp beschikken de meeste respondenten over hulp van mantelzorgers. Vrijwel alle respondenten maken veel gebruik van de medische dienstverlening: huisarts en/of ziekenhuis. De ontvangen zorg komt later nader aan de orde.

### 3.3 Wat betekent geïntegreerde zorg voor de dienstverleners?

De dienstverleners kregen de vraag voorgelegd wat geïntegreerde zorg voor hen betekent. Uit de antwoorden komt naar voren dat niet alle dienstverleners hetzelfde verstaan onder dit begrip. Wel is er een gemeenschappelijk element in de opvattingen over geïntegreerde zorg aan te wijzen: De respondenten duiden allen op vormen van afstemming. Ze leggen daarbij echter verschillende accenten of hebben het oog op uiteenlopende facetten. In de antwoorden zijn de volgende vormen van afstemming te onderkennen.

#### **Afstemming op de behoeften van de zorgvrager**

Veel respondenten benadrukken dat de zorg dient te voldoen aan de behoeften van de cliënt en moet zijn afgestemd op zijn/haar wensen. Voor hen vormt het inspelen op de behoeften en wensen van de zorgvrager de kern van integratie in de zorg: er moet oog zijn voor al datgene wat de cliënt nodig heeft. Een medewerker drukte het aldus uit: "Binnen Zijloever wordt geïntegreerde zorg nagestreefd. De wensen en behoeften van de cliënt zijn het uitgangspunt, en van daaruit wordt gepoogd de noodzakelijke zorg te plannen". Deze opvatting van geïntegreerde zorg komen we ook veel tegen in beleidsdiscussies over de zorg, vaak aangeduid met de begrippen zorg-op-maat en vraagsturing.

<sup>9</sup> Met de eerste term wordt bedoeld op activiteiten die direct op het lichaam zijn betrokken, zoals zich wassen, aan- en uitkleden en eten. De tweede term duidt op andere activiteiten, zoals koken, de was doen, boodschappen doen, telefoneren, geld pinnen en de administratie bijhouden

Afstemming op de behoeften vraagt veel flexibiliteit in het geval de zorgvraag van de cliënt verandert. Flexibiliteit en snelheid om op veranderende omstandigheden in te spelen worden aange-merkt als sterke punten van Zijloever. Enkele citaten:

*"Wat er hier allemaal mogelijk is. Bijvoorbeeld iemand is bij ons in zorg en ontvangt slechts één maal per dag hulp bij het wassen en aankleden. De persoon valt, breekt daarbij een enkel, gaat naar het ziekenhuis en komt terug in het gips. Van de ene op de andere dag komen we acht maal per 24 uur over de vloer."*

*"We kunnen gepland en ongepland de zorg leveren die cliënten nodig hebben. Als vandaag blijkt dat morgen andere zorg nodig is dan kunnen wij daar op inspelen. We noemden dat voor onszelf geïntegreerde zorg".*

### **Afstemming van diensten binnen de organisatie**

Sommige respondenten vatten het begrip geïntegreerde zorg vooral op als een goede afstemming van de verschillende diensten die de organisatie levert. Zij beschrijven wat er gedaan wordt om de verschillende soorten geboden zorg goed op elkaar te laten aansluiten. Interne coördinatie is hier dus aan de orde.

### **Afstemming van diensten binnen en buiten de organisatie**

Respondenten wijzen op het belang van samenwerking en afstemming met externe hulpverleners. Ze hebben hierbij vooral het oog op medische dienstverleners (zoals huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, ziekenhuizen), op de intramurale sector (verzorgings- en verpleeghuizen), op welzijnsinstellingen en op instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Hier gaat het dus om coördinatie met externe actoren.

### **Afstemming bij de toegang tot de diensten**

Enkele respondenten leggen de nadruk op afstemming bij de toegang tot de zorg. De verschillende diensten moeten via één kanaal toegankelijk zijn. Mensen raken de weg kwijt wanneer de voor de ene dienst bij loket A moeten zijn, voor een andere dienst bij loket B etc.

Wat betreft de scope aan diensten die men in aanmerking neemt bij de opvattingen over geïntegreerde zorg zijn er ook verschillen aan te wijzen. Sommige respondenten wijzen op het belang van aansluiting tussen alle soorten diensten die ouderen nodig kun-



nen hebben, inclusief de medische hulp. Anderen hebben vooral het oog op afstemming tussen de verschillende vormen van thuiszorg en intramurale zorg, en laten de medische dienstverlening buiten beschouwing. In de laatste visie zien we het Nederlandse systeem voor de zorg weerspiegeld, dat gescheiden circuits kent voor de gezondheidszorg (volgens de Ziekenfondswet) en voor overige zorg (volgens de AWBZ en WVG).

### **3.4 Coördinatie van diensten binnen Zijloever**

Deze paragraaf is gericht op wat in het voorgaande werd aangeduid als 'afstemming van de diensten binnen de organisatie'. Zijloever biedt verschillende soorten zorg aan hun cliënten. Het dienstenpakket staat beschreven in paragraaf 1.2. Daar werd ook vermeld dat de meeste cliënten meer dan één dienst ontvangen. Hoe probeert men te bereiken dat de diensten goed op elkaar aansluiten? En in hoeverre is die aanpak succesvol? De vraag hoe integraal werken in de praktijk wordt gerealiseerd kwam aan de orde in zowel de interviews met de dienstverleners als die met de cliënten. We geven eerst een beschrijving van de werkwijze, zoals uiteengezet door de geïnterviewde dienstverleners. Vervolgens vermelden we het resultaat ervan aan de hand van de bevindingen uit de cliënteninterviews. Hoe beoordelen zij de afstemming in de zorg die ze van Zijloever ontvangen?

#### **Instrumenten om afstemming te bereiken**

Veel cliënten krijgen dagelijks verscheidene hulpverleners over de vloer, hetgeen een afstemmingsprobleem schept. De geïnterviewde hulpverleners zijn unaniem van mening dat de verschillende diensten die Zijloever levert goed op elkaar aansluiten. Dat geldt het hele zorgpakket, inclusief de welzijnsdiensten die de Stichting Dienstverlening Leiden levert. Zijloever is er zeer op gespist om de verschillende diensten goed op elkaar af te stemmen. "Als we merken dat dingen niet soepel lopen en beter op elkaar moeten worden afgestemd dan zitten we er boven op om die wel op elkaar af te stemmen". Om coördinatie te bereiken worden meerdere middelen ingezet. Sommige bestaan uit schriftelijke rapportage, andere uit mondeling overleg. We geven een overzicht van de 'instrumenten' die worden gebruikt.

#### *Monitoring van de toestand van de cliënt*

De uitvoerende hulpverleners letten op de conditie van de cliënt. Als ze daarin verandering bemerken of verontrustende zaken signaleren (bijv. achteruitgang, geheugenproblemen, mogelijk gezondheidsprobleem dat medische aandacht behoeft, ziekte waardoor de cliënt niet de dagopvang kan bezoeken) dan bespreken ze dat met de cliënt, en melden dat bij hun teamleider. Daarop wordt zonodig actie ondernomen, bijvoorbeeld door meer of andere zorg in te zetten. Ook bij de dagverzorging wordt de toestand van de cliënt in de gaten gehouden. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld onwel is geworden of ander gedrag vertoont, geven de activiteitenbegeleiders van de SDL dat door aan Zijloever. Omgekeerd melden zorgverleners van Zijloever aan de SDL wanneer zij merken dat een cliënt vereenzaamt en wellicht met dagopvang geholpen kan worden.

#### *Gebruik van het zorgdossier*

Bij de cliënt thuis ligt een zorgmap. Daarin staan gegevens over de cliënt en de zorg die zij/hij ontvangt. Bij elk bezoek schrijven de hulpverleners in die map wat ze hebben gedaan en eventuele bijzonderheden waar een volgende hulpverlener op moet letten. De volgende hulpverlener die bij de cliënt aankomt raadpleegt eerst deze zorgmap alvorens aan de slag te gaan. De map bevat gegevens over onder meer huishoudelijke hulp, hulp bij persoonlijke verzorging, wondbehandeling en medicijnen. Gegevens uit dit zorgdossier gaan bovendien naar het steunpunt, waar de zorgbemiddelaar de mappen doorneemt op eventuele bijzonderheden die mogelijk actie vereisen.

#### *Gebruik van overdrachtsformulieren*

De hulpverleners die persoonlijke verzorging geven werken in een roulatiesysteem, hetgeen voor de cliënt betekent dat er steeds een ander komt om haar/hem assistentie te geven bij het wassen, aankleden of andere activiteit voor de persoonlijke verzorging. Dit systeem vereist een zorgvuldige afstemming tussen hulpverleners. De overdracht vindt plaats door middel van overdrachtsformulieren. De hulpverleners komen voordat ze op pad gaan om hun cliënten te bezoeken eerst naar het steunpunt om deze formulieren op te halen. De teamleider ziet toe op het overdrachtsproces.

#### *Maandelijks werkoverleg binnen de teams*

De teamleiders hebben maandelijks werkoverleg met hun teamleden. Daarin kunnen ook problemen omtrent cliënten of coördinatie worden besproken.

#### *Wekelijks overleg binnen de Zorgcommissie*

In de Zorgcommissie zitten de zorgbemiddelaar, de teamleiders en een medewerker van de SDL (die de welzijnsdiensten levert, zie paragraaf 1.2). Deze commissie komt wekelijks bij elkaar. Er worden situaties van cliënten besproken, zoals problemen die zich voordoen en veranderingen in de toestand. Dit overleg kan leiden tot afspraken voor verbetering, aanpassing van de zorg etc.

#### *Evaluatiebezoeken aan cliënten*

De zorgbemiddelaar gaat één à twee keer per jaar bij de cliënten op bezoek om eventueel ongenoegen en problemen van cliënten op het spoor te komen. Klachten over onvoldoende afstemming kunnen daarin ook aan de orde komen.

#### *Toegankelijkheid van de contactverzorgenden, teamleiders en zorgbemiddelaar*

Elke cliënt heeft een contactverzorgende toegewezen gekregen die voor de cliënt het eerste aanspreekpunt is bij vragen en ongenoegen over de verleende zorg. Verder beschikken de cliënten de telefoonnummers van de betreffende teamleider en de zorgbemiddelaar, die zij kunnen bellen bij ongenoegen of klachten over de zorg.

#### *Inschakeling van externe diensten*

Soms heeft een cliënt bepaalde zorg nodig die Zijloever niet zelf kan leveren. Dat betreft onder meer gespecialiseerde verpleegkundige hulp. In het dienstenpakket van Zijloever zitten wel eenvoudige verpleegkundige handelingen ('niveau 3', waaronder medicijnen klaar zetten, insuline spuiten, wondbehandeling, en stomabehandeling en katheter plaatsen), maar geen gecompliceerdere handelingen (op hoger niveau, waaronder een infuus aanbrengen). In voorkomende gevallen wordt verpleegkundige zorg ingehuurd van andere zorgleveranciers, zoals een thuiszorginstelling. Ook terminale thuiszorg wordt in voorkomende gevallen ingehuurd van gespecialiseerde bureaus. Zoals reeds vermeld, heeft Zijloever een structurele samenwerkingsrelatie met de Stichting Dienstverlening Leiden voor het aanbieden van

welzijnsdiensten. Het streven is aldus de hele 'zorgketen' voor de cliënten bereikbaar te maken.

### **Afstemming tussen diensten volgens de cliënten**

Wordt met deze aanpak ook daadwerkelijk bereikt dat de zorg goed is afgestemd? De ervaringen van de cliënten zijn aan te merken als een doorslaggevende maat voor het bereikte resultaat. Voor cliënten geldt als blijk van afstemming in de zorg wanneer ze zien dat de verschillende hulpverleners weten wat de anderen voor hen doen, dat de verschillende hulpverleners weten hoe het met hen gaat en dat er een eerstverantwoordelijke hulpverlener is die ze kunnen aanspreken over hun situatie. Hierover kregen de cliënten vragen voorgelegd.

De meeste van de geïnterviewde cliënten krijgen dagelijks meerdere zorgverleners over de vloer. Met name bij de mensen die persoonlijke verzorging krijgen en assistentie bij de maaltijden kan dit aantal oplopen tot boven de 20 per week.

Vrijwel alle cliënten hadden een positief oordeel over de afstemming van de zorg. Verscheidene respondenten wezen daarbij op de informatie in de zorgmap die de hulpverleners steeds raadplegen, waarbij ze opmerkten dat de hulpverleners op de hoogte zijn en niet langs elkaar heen werken. Dit zorgdossier is een belangrijk middel in de informatieoverdracht, die voor coördinatie nodig is. De werkbesprekingen die de hulpverleners houden werden weinig genoemd, wat was te verwachten omdat die besprekingen zich onttrekken aan de waarneming van de cliënten. Wel gingen bijna allen in op de personen die ze kunnen aanspreken in het geval ze vragen of ongenoegens over de zorg hebben. Ze noemden daarbij vaak de namen van de personen (contactverzorgende, teamleider en/of zorgbemiddelaar) bij wie ze daarvoor terecht kunnen. Uit de manier waarop ze erover spraken is op te maken dat er alle gelegenheid wordt geboden deze coördinerende personen aan te spreken en dat de drempel hiervoor laag is. Opmerkingen als "wanneer er iets is of iets zint me niet dan bel ik toch gewoon ..... (naam teamleider of zorgbemiddelaar)" zijn in dit verband illustratief.

Hoewel de cliënten van mening zijn dat zorg van de verschillende dienstverleners goed op elkaar is afgestemd, vinden velen de wisseling van dienstverleners niet prettig. Dit onderwerp komt nader ter sprake in de paragrafen 5.2 en 5.4.

### 3.5 Samenwerking met de medische dienstverlening

Naast de zorg die ze van Zijloever krijgen, hebben veel cliënten medische zorg van huisarts of ziekenhuis nodig. De vraag in hoeverre die vormen van zorg op elkaar zijn afgestemd komt in deze paragraaf aan de orde. Net als in de voorgaande paragraaf, behandelen we eerst de afstemmingsproblematiek zoals geschetst door de dienstverleners. Daarna komen weer de ervaringen van de cliënten aan bod.

#### Vorm van samenwerking

Zoals reeds vermeld, is er geen vaste structuur voor samenwerking tussen Zijloever en de verschillende instellingen voor gezondheidszorg. De samenwerking varieert per huisarts en ziekenhuis. Met sommigen is die redelijk goed, maar met anderen schort er nogal wat aan. In de dagelijkse praktijk zijn er veelvuldig functionele contacten tussen medewerkers van Zijloever en de medische sector.

#### *Samenwerking met huisartsen*

Het opbouwen van een vaste samenwerkingsrelatie wordt bemoeilijkt door het grote aantal betrokken huisartsen. Cliënten die bij Zijloever in zorg komen houden de huisarts die ze daarvoor al hadden, met als gevolg dat er binnen het cliëntenbestand een groot aantal (circa 40) verschillende huisartsen zijn.

Zijloever probeert op verschillende manieren afstemming met de huisartsenzorg te bereiken. In eerste instantie wordt de huisarts op de hoogte gesteld wanneer een patiënt van hem/haar bij Zijloever in zorg komt. Verder wordt ernaar gestreefd dat een medewerker van Zijloever aanwezig is bij een consult van de huisarts aan bepaalde cliënten zoals dementerende personen. Om dat te kunnen realiseren krijgt de huisarts het verzoek Zijloever in te lichten over afspraken voor consulten aan die cliënten. Een andere mogelijkheid voor afstemming is schriftelijke communicatie via het zorgdossier dat bij de cliënt thuis ligt. Daarin zit een speciaal tabblad waarop de huisarts aantekeningen kan maken. De houding van de huisartsen tegenover afstemming de zorg van Zijloever verschilt. Sommigen staan hiervoor open. Zij stellen zich coöperatief op door te melden wanneer ze een cliënt gaan bezoeken, inlichtingen te geven over het onderzoek en de behandeling,

en hun bevindingen in het zorgdossier te schrijven. Met andere huisartsen is echter geen overleg mogelijk. Zij willen geen contact. Als verklaring is geopperd dat ze twijfelen aan de deskundigheid van de dienstverleners. Hoe dan ook voelt Zijloever zich afhankelijk van de welwillendheid van de huisarts, want die is in de positie om ook zonder enig overleg de behandeling te bepalen.

Vanuit Zijloever worden desgewenst verschillende dingen gedaan om te zorgen dat de cliënten de benodigde huisartsenhulp krijgen. Zo signaleren de zorgverleners bij hun bezoek aan de cliënten opkomende gezondheidsproblemen die mogelijk medische zorg vereisen. De cliënten die in staat zijn zelf naar het spreekuur te gaan zijn doorgaans zelfredzaam genoeg om de medische zorg zelf te regelen. De meeste cliënten echter kunnen vanwege hun aandoeningen en beperkingen de huisarts niet bezoeken. De consulten vinden daarom bij hen thuis plaats. Indien de cliënt de dingen niet meer goed begrijpt of dementerend is belt de dienstverlener de huisarts op om de gezondheidsklachten voor te leggen en een afspraak voor een consult te maken. Dit gaat niet altijd zonder strubbelingen. Zo komt het voor dat de dienstverlening aandringt op een bezoek, terwijl de arts wil volstaan met een telefonisch consult.

Over het geheel genomen is uit het bovenstaande op te maken dat het in veel gevallen ontbreekt aan uitwisseling van informatie tussen de huisartsen en Zijloever, die nodig is om te komen tot een verdere integratie van de gezondheidszorg en sociale zorg. Een deel van de huisartsen toont zich weinig bereid tot samenwerking en het verstrekken van informatie. Structureel overleg met huisartsen zou de situatie kunnen verbeteren, maar het aantal huisartsen binnen het cliëntenbestand is te groot om dat in de praktijk te realiseren.

#### *Samenwerking met ziekenhuizen*

Ook de samenwerking met de ziekenhuizen in de regio varieert. Met sommige ziekenhuizen is goed overleg mogelijk, met andere niet of nauwelijks. Er bestaan principeafspraken met de ziekenhuizen over opnamen van langere duur. Het ziekenhuis moet contact opnemen wanneer de datum van het ontslag nadert om Zijloever op de hoogte te stellen van de functiebeperkingen van de cliënt. Informatie over bijvoorbeeld al dan niet kunnen lopen en al dan niet zelfstandig naar het toilet kunnen gaan is nodig om de in te zetten zorg na thuiskomst te bepalen. Maar niet altijd

wordt die informatie door de ziekenhuizen verstrekt. De zorgbemiddelaar van Zijloever neemt dan het initiatief door telefonisch te informeren naar de gesteldheid van de cliënt om op die manier de mogelijk veranderde zorgbehoefte te kunnen inschatten. De verkregen informatie is echter niet altijd juist of voldoende precies. Een moeilijkheid is dat het contact plaats vindt met afdelingsverpleegkundigen die dagelijks wisselen. Er is dus geen vast aanspreekpunt. De informatie is vooral van belang om te kunnen bepalen hoeveel zorg de cliënt na het ontslag uit het ziekenhuis nodig heeft in de thuissituatie. Bij thuiskomst blijkt soms dat de cliënt meer zorg nodig heeft dan verwacht. Zijloever staat dan voor de opgave die op dat moment in te lassen. En dat lukt ook wel. Zijloever streeft ernaar snel te reageren op veranderende omstandigheden.

In het geval een cliënt begeleiding nodig heeft bij ziekenhuisbezoek, gaat meestal een mantelzorger (kind, of familielid) mee. Als die niet beschikbaar is wordt geprobeerd een vrijwilliger te vinden. Als dat ook niet lukt gaat een medewerker van Zijloever mee. Het meegaan naar een ziekenhuis wordt beperkt gehouden omdat dit veel tijd kost. Om dezelfde reden wordt het streven om de cliënten die in het ziekenhuis liggen te bezoeken lang niet altijd gerealiseerd.

### **Afstemming met de medische dienstverlening volgens de cliënten**

Wat zijn de ervaringen van de cliënten op dit terrein? De respondenten kregen vragen voorgelegd over de hulp of ondersteuning die Zijloever biedt in het geval ze vanwege gezondheidsklachten een huisarts of specialist moeten raadplegen. Voor de meesten waren deze vragen relevant, want velen hebben één of meer chronische aandoeningen waarvoor ze geregeld gebruik moeten maken van de medische dienstverlening.

Hun antwoorden komen overeen met hetgeen de dienstverleners over dit thema hebben meegedeeld. Zo vermeldden verscheidene respondenten dat de zorgverleners afspraken met de huisarts voor hen maken. Ook vertelden sommigen dat de zorgverlener bij het consult aanwezig is of hen begeleidt bij ziekenhuisbezoek. Ze toonden zich tevreden over de verkregen ondersteuning op dit gebied. Een respondente vertelde daar als volgt over:

*"Vorig jaar ben ik ziek geweest. Ik ben toen fantastisch geholpen. Afspraken met het ziekenhuis werden voor me gemaakt. En een hulpverlener van Zijloever ging met me mee naar het ziekenhuis. De opname duurde slechts enkele dagen. Ik was daarna opgeknapt en had minder hulp nodig. Daarvóór kon ik bijna niets meer, ook niet zelfstandig naar het toilet gaan. Ik kreeg toen dag en nacht hulp van Zijloever. Ze kwamen om het uur om te zien of alles in orde was. Als je ziek bent, wordt je heel goed in de gaten gehouden".*

Klachten over onvoldoende samenwerking tussen Zijloever en de gezondheidszorginstellingen werden niet naar voren gebracht. Bij dit onderwerp is aan te tekenen dat niet iedereen gesteld is op hulp bij contacten met medische dienstverleners. Een cliënte beschouwt dit zelfs als een vorm van betutteling, wat blijkt haar uitspraak:

*"Ik maak zelf wel mijn afspraken met de doktoren. Ik kan toch praten? Daar heb ik Zijloever niet voor nodig".*

Uit de interviews komt overigens niet naar voren dat deze vorm van assistentie wordt opgedrongen. Afhankelijk van hun mogelijkheden en situatie, regelen zij zelf hun contacten met artsen, of krijgen ze daarbij assistentie van mantelzorgers (meestal een kind) of van medewerkers van Zijloever.



## 4 Toegang tot de zorgverlening

### 4.1 Inleiding

Hoe zijn de cliënten destijds bij Zijloever terecht gekomen? Welke omstandigheden hebben ertoe geleid dat ze een aanvraag voor zorg hebben ingediend? Hoe verliep het proces om de zorg toegerekend te krijgen? En hebben ze ook alle zorg toegewezen gekregen waaraan ze behoefte hadden? Dit zijn de vragen die in dit hoofdstuk centraal staan. Met name de laatste vraag is van betekenis voor het thema geïntegreerde zorg.

Om de ervaringen over de toegang tot de zorg bij cliënten te kunnen peilen is de onderzoeksgroep samengesteld uit personen die de procedure voor indicatie en zorgtoewijzing nog niet zo heel lang geleden hebben doorgemaakt. De grens van hooguit één jaar bleek niet in alle gevallen realiseerbaar. Het merendeel van de respondenten is 1 à 2 jaar geleden door Zijloever in zorg genomen.

Net als in de voorgaande hoofdstukken worden eerst de uitkomsten van de interviews met de dienstverleners besproken, waarna de bevindingen bij de cliënten aan bod komen.

In vergelijking met de andere landen die aan PROCARE deelnemen, kent Nederland een uitzonderlijk systeem voor de toegang tot de zorg. Er is in ons land uitdrukkelijk gekozen voor een onafhankelijke beoordeling van zorgaanspraken, dat wil zeggen los van de zorgaanbieders. Waar in andere landen de zorgverlenende instellingen een 'selectie aan de poort' uitvoeren, wordt de indicatie in Nederland verricht door de Regionale Indicatieorganen (RIO's). De RIO's indiceren voor de zorg die uit de AWBZ wordt

gefinancierd, en zijn daarmee de poortwachter voor deze zorg. Dit geldt dus ook voor de meeste zorg die Zijloever verleent, aangezien die voor het overgrote deel tot het AWBZ-domein behoort.

#### **4.2 Toegankelijkheid van de dienstverlening voor de potentiële cliënten**

Naar het oordeel van de dienstverleners zijn er geen speciale drempels voor de doelgroep om in aanmerking te komen voor de diensten van Zijloever. Wel is het zo dat lang niet iedereen op de hoogte is van het bestaan en het aanbod van Zijloever. Ouderen weten vaak niet hoe ze aan de benodigde zorg moeten komen. Zijloever probeert via advertenties in een plaatselijk weekblad bekendheid te geven aan hun zorgaanbod bij de doelgroep. Die bevat ook informatie over de weg waarlangs men de diensten kan krijgen (indicatie door het RIO, zie verderop). Desgewenst biedt Zijloever assistentie bij de aanvraag voor hulp bij het RIO. Daarnaast worden potentiële cliënten opmerkzaam gemaakt op het bestaan van Zijloever door onder meer de ouderenadviseurs van de Stichting Dienstverlening Leiden (SDL) en door het Leidse zorgloket Zorgnet. Mensen kunnen daar terecht met allerlei vragen over zorg en welzijn. De mensen van Zorgnet begeleiden de ouderen ook bij het doen van aanvragen bij het RIO, voor het verkrijgen van welzijnsdiensten van de SDL en voor diensten van anderen.

#### **4.3 Indicatiestelling door het RIO**

De indicatie van potentiële cliënten van Zijloever wordt gedaan door het RIO Leidse Regio, dat als werkgebied Leiden en enkele omliggende gemeenten heeft. Het RIO behandelt aanvragen voor alle soorten zorg die uit de AWBZ worden gefinancierd, dus niet alleen zorg in de thuissituatie zoals Zijloever die levert, maar ook residentiezorg in verzorgings- en verpleeghuizen. Daarnaast adviseert het RIO de gemeente over aanvragen voor voorzieningen uit de WVG.

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen moet sprake zijn van een gebrek, beperking of aandoening waardoor iemand het niet meer zelfstandig redt, bijvoorbeeld niet meer zelfstandig zijn huishouden kan verzorgen, niet meer in staat is zichzelf te ver-

zorgen of verpleging behoeft. Personen die een aanvraag indienen voor AWBZ-zorg doorlopen een procedure die de volgende stappen kent.

1. Aanvragen kunnen via drie kanalen binnenkomen:
  - a) De persoon zelf. Deze wendt zich tot het Zorgloket van de gemeente. Het Zorgloket speelt de aanvraag door naar het RIO.
  - b) Het ziekenhuis. Bijvoorbeeld in het geval de persoon na ontslag uit het ziekenhuis nog een revalidatie in een verpleeghuis nodig heeft. Het ziekenhuis stuurt een aanmeldingsformulier waarin de hulpvraag omschreven staat. Het formulier vermeldt ook naar welk verpleeghuis de cliënt zou willen.
  - c) De huisarts. Bij zijn/haar consult constateert de huisarts dat de persoon hulp nodig heeft, bijvoorbeeld bij persoonlijke verzorging, zoals het aantrekken van de steunkousen of het zwachtelen van de benen. De persoon kan die aanvraag zelf doen via het Zorgloket (dus kanaal a), maar de huisarts kan dat ook doen. Aanvragen voor opname in het verpleeghuis komen doorgaans via de huisarts binnen.
  
2. Na binnenkomst van de aanvraag wordt eerst gekeken of het een uitstelbare dan wel niet-uitstelbare aanvraag (spoedaanvraag) betreft. Een niet-uitstelbare aanvraag gaat naar de bereikbaarheidsdienst en wordt daar meteen afgehandeld. De bereikbaarheidsdienst bestaat uit drie indicatieadviseurs. Als afhandeling van de spoedaanvraag binnen 24 uur niet haalbaar is, kan de benodigde zorg alvast worden ingezet en vindt de indicatie achteraf plaats. Dit gebeurt in acute gevallen, bijvoorbeeld direct noodzakelijke opname in een verpleeghuis. Bij een uitstelbare aanvraag heeft het RIO een termijn van zes weken om de indicatie af te ronden.
  
3. Een indicatieadviseur verzamelt de benodigde gegevens over de aanvrager. Dat gebeurt door middel van huisbezoek, telefonisch of schriftelijk. Zo nodig wordt extra informatie ingewonnen bij de huisarts van de aanvrager.

De indicatieadviseur is een nieuwe beroepsgroep, die een speciale scholing voor deze functie heeft gevolgd. Vroeger werd dit werk gedaan door verpleegkundigen of maatschappelijk werkers.

4. a) Bij een relatief eenvoudige aanvraag (bijv. herindicatie, waarbij al gegevens over de cliënt bekend zijn) stelt de indicatieadviseur het indicatiebesluit op. Desgewenst vindt er overleg plaats met de medisch adviseur van het RIO. Dat gebeurt bijvoorbeeld wanneer geheugen- of oriëntatiestoornissen blijken, die mogelijk langdurig verblijf in een verzorgingshuis of psychogeriatrisch verpleeghuis nodig maken. In dit geval wordt informatie en onderzoek gevraagd aan de huisarts over aanwezige lichamelijke en psychische afwijkingen. Daarnaast wordt overlegd met collega's. Wekelijks komen de indicatieadviseurs bij elkaar. In dit 'klein overleg' vindt intercollegiale toetsing plaats door elkaar casuïstiek voor te leggen.
  - b) Bij relatief gecompliceerde aanvragen schakelt de indicatieadviseur het multidisciplinair indicatieteam (MIT) in. Dit team denkt mee met de indicatieadviseur. Er is een protocol waarin staat bepaald welke casuïstiek in het MIT besproken moet worden. De indicatieadviseur maakt een indicatievoorstel en legt dat voor aan het MIT. Aanvragen die sowieso in het MIT gebracht dienen te worden zijn: afwijzingen, voorgenomen besluiten die afwijken van hetgeen de cliënt gevraagd heeft, en aanvragers met psychogeriatrische problematiek. Het MIT, dat wekelijks bijeenkomt, is samengesteld uit een voorzitter (één van de twee teamleiders van het RIO), een medisch adviseur, een ergotherapeut, en (wanneer het om GGZ-problematiek gaat) een psychiater en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.
5. De aanvrager ontvangt een brief met het indicatiebesluit. Hij/zij kan binnen zes weken bezwaar aantekenen tegen het besluit. In dat geval vindt herindicatie plaats. Tot dusverre ontving ook de beoogde zorgaanbieder een brief met het indicatiebesluit. Met de verdere invoering van de functiegerichte indicatie (per 1 januari 2004, zie verderop) krijgt voortaan het zorgkantoor het indicatiebesluit toegestuurd.

6. Vroeger (voor de invoering van de functiegerichte indicatie) kon de aanvrager zich wenden tot de door hem/haar gewenste zorgaanbieder voor het verkrijgen van de geïndiceerde zorg.

Met de invoering van de functiegerichte indicatie is het zorgkantoor verantwoordelijk geworden voor de zorgtoewijzing. Wanneer het RIO een indicatie heeft uitgebracht, gaat het zorgkantoor een zorgarrangement voor de persoon samenstellen op basis van de geïndiceerde functies, en bepalen naar welke zorgaanbieder(s) de persoon terecht kan voor het gewenste zorgarrangement. Het zorgkantoor is op de hoogte van wat de verschillende aanbieders kunnen leveren door de afspraken die hierover met hen zijn gemaakt. Met de invoering van de nieuwe AWBZ hebben zorgaanbieders meer vrijheid gekregen in de bepaling van hun aanbod. Zo kunnen verpleeghuizen zorg aan thuiswonenden gaan geven.

De functiegerichte indicatie werd al eerder ingevoerd. Met deze indicatie worden geen zorgproducten meer benoemd, maar wordt de indicatie gesteld in termen van zorgfuncties waarvoor de persoon in aanmerking. Maar tot nu toe heeft het RIO de indicatiebesluiten in termen van functies nog omgezet in zorgproducten en de beoogde leveranciers van die producten (dus volgens de oude systematiek). Vanaf 1 januari 2004 zal volledig worden overgegaan op het nieuwe systeem van indicatiestelling, waarbij de indicaties niet langer direct naar de zorgaanbieders gaan, maar worden doorgesluisd naar het zorgkantoor dat de zorgtoewijzing moet realiseren: de juiste zorg die op tijd is te leveren door de zorgaanbieder. De route voor het verkrijgen van zorg is dan aldus: RIO (fungeert als poortwachter) -> zorgkantoor (voor de zorgtoewijzing) -> zorgaanbieder (voor de levering van de toegewezen zorg volgens de geïndiceerde functies).

Functies waarvoor geïndiceerd kan worden zijn:

- Huishoudelijke verzorging: ondersteunen bij of overnemen van huishoudelijke activiteiten van het dagelijks leven (HDL), zoals opruimen, schoonmaken, verzorgen van planten en huisdieren, bedden opmaken, maaltijd klaar maken e.a.;
- Persoonlijke verzorging: ondersteunen bij of overnemen van persoonlijke activiteiten van het dagelijks leven (PADL), zoals aan- en uitkleden, douchen of baden, opmaken, scheren,

tanden poetsen, verzorgen van de huid, hulp bij eten en drinken, hulp bij toiletgang e.a.;

- Verpleging: uitvoeren van verpleegtechnische handelingen, zoals toedienen van medicijnen, zuurstof, aanbrenge van infuus of katheter, wondverzorging, lichamelijke controles, geven van injecties, geven van advies en voorlichting over omgaan met de ziekte e.a.;
- Ondersteunende begeleiding: de persoon ondersteunen bij zelfredzaamheid en het voeren van de regie over het leven door o.a. gesprekken, oefenen van dagelijkse vaardigheden, stimuleren van gedrag en praktische hulp;
- Activerende begeleiding: de persoon leren omgaan met de (gevolgen van) de aandoening door o.a. inzichtgevend gesprekken, oefenen van sociale vaardigheden, en advies en voorlichting;
- Behandeling: in instellingsverband (bijv. verpleeghuis) te leveren medische en paramedische behandeling, en door een GGZ-instelling te leveren psychotherapeutische behandeling.
- Verblijf: tijdelijke of permanente opname in intramurale instelling, zoals verzorgingshuis of verpleeghuis.

De bedoeling is dat de functiegerichte indicatiestelling vraagstelling en zorg-op-maat bevordert. De indicatie wordt onafhankelijker van het zorgaanbod door de aanspraken op zorg niet langer te omschrijven in termen van het bestaande aanbod, maar in termen van functies waarop iemand is aangewezen vanwege zijn/haar aandoening of beperking. Verder is het de bedoeling dat de wachtlijsten zullen afnemen bij de toegenomen vrijheid van zorgaanbieders om hun aanbod aan te passen. Als een zorgaanbieder niet tijdig kan leveren, kunnen anderen inspringen.

Bij hun aanvraag kunnen cliënten aangeven in welke vorm zij de zorg willen ontvangen: in natura of als persoonsgebonden budget (PGB). In het eerste geval kunnen zij tevens aangeven van welke leverancier zij de zorg willen betrekken.

#### **4.4 Afstemming tussen indicatie van het RIO en intake bij Zijloever**

Voordat de functiegerichte indicatiestelling werd ingevoerd kwamen de cliënten met de indicatie 'verzorgingshuiszorg extra-

muraal' bij Zijloever terecht. Die 'oude' situatie, die tot voor kort nog bestond, laat zich als volgt kenschetsen.

De zorgbemiddelaar voert intakegesprekken met de nieuwkomers. De intake dient onder meer voor het verstrekken van informatie aan de nieuwe cliënt over de dienstverlening binnen Zijloever. De cliënt krijgt te horen hoe het zorgverleningsproces in elkaar zit en wat er mogelijk is aan soorten diensten. Verder wordt in de intake de zorgvraag nader geïnventariseerd door samen met de cliënt te bepalen welke zorg er nodig is. Daarbij wordt het indicatiebesluit van het RIO als handleiding gebruikt. Indien nodig, schakelt de zorgbemiddelaar andere hulpverleners in, zoals GGZ of huisarts, om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de lichamelijke, sociale en psychische situatie van de cliënt. Tijdens de intakegesprekken verkrijgt de zorgbemiddelaar uitgebreidere informatie over de situatie en wensen van de cliënt dan de indicatiestellers bij het RIO. Bij het doornemen van het indicatiebesluit met de cliënt blijkt soms dat de indicatie van het RIO nadere invulling behoeft. De persoon heeft bijvoorbeeld wat meer zorg nodig op een bepaald gebied en minder op een ander gebied. Als er substantiële afwijkingen van de gestelde indicatie worden gewenst dan kan de cliënt een bezwaarschrift indienen tegen het indicatiebesluit. Ook bij verandering van de zorgbehoefte dient een herindicatie voor uitbreiding van de zorg bij het RIO te worden aangevraagd. Dat kan eventueel met een verkorte procedure.

De zorgbemiddelaar van Zijloever onderhoudt de contacten met het RIO. In de interviews met de beide partijen werd het contact als goed bestempeld. Als zich bepaalde problemen voordeden (bijvoorbeeld Zijloever was het oneens met een indicatie) dan konden die over het algemeen in constructief overleg worden opgelost, waarbij overeenstemming kon worden bereikt.

De intake door Zijloever leidt tot afspraken over de te verlenen zorg. Die afspraken worden vastgelegd in een zorgplan, waarin staat aangegeven wat geleverd wordt, door welke type hulpverlener en wanneer. Het zorgplan omvat niet alleen de door Zijloever te leveren zorg, maar ook de producten van andere zorgaanbieders. Bij verandering van de zorgbehoefte wordt, in overleg met de cliënt en diens familie, het zorgplan bijgesteld. De zorgbemiddelaar heeft tot taak dit te bewaken.

Met de invoering van de functiegerichte indicatie door het RIO (zie boven) gaat de situatie veranderen. In het nieuwe systeem is

er geen direct contact met zorgaanbieders meer, dus ook niet met Zijloever. Zijloever dient afspraken te maken met het zorgkantoor over wat zij kunnen leveren en krijgt de cliënten voortaan binnen via het zorgkantoor. Voor Zijloever zijn de consequenties van de nieuwe regeling nog onduidelijk. De medewerkers van Zijloever zien een aantal bezwaren. De vroegere indicatie 'extramuraal verzorgingshuiszorg' maakte het mogelijk afspraken met cliënten te maken over de te leveren zorg en de hoeveelheid zorg snel aan te passen als zich veranderingen voordoen in de zorgbehoefte. In het nieuwe systeem met de gedetailleerder omschreven functies zal dat wellicht minder worden. Bovendien zal het wellicht moeilijker worden om de cliënten voldoende begeleiding te geven en extra dingen in de welzijnsfeer voor hen te doen, zoals een wandeling maken en naar de buurtwinkel gaan. Daar komt bij dat er aan twee kanten bezuinigd gaat worden. De cliënten moeten een hogere eigen bijdrage gaan betalen en de tarieven die instellingen mogen declareren voor geleverde huishoudelijke zorg gaan omlaag.

Vanuit de cliënt gezien is eveneens af te wachten of het systeem van functiegericht indicatie goed zal werken. Over de indicatie volgens het 'oude systeem' bestond bij hen al veel onduidelijkheid. De rol die het RIO speelt bij de aanvraag voor hulp wordt slechts door weinigen begrepen (zie de volgende paragraaf). In het nieuwe systeem komt daar nog een instantie bij, namelijk het zorgkantoor dat op basis van de door het RIO geïndiceerde functies een passend zorgpakket voor de cliënt moet gaan inkopen. Aanvragers moeten voortaan dus door twee 'toegangspoorten' voordat ze de zorgverstrekker kunnen bereiken. Hiermee zal de procedure wellicht nog onbegrijpelijker voor hen worden. Het gevaar bestaat dat die onduidelijkheid hen afhankelijker maakt van de deskundigen die over hun geval oordelen, ondanks de mogelijkheid beroep tegen de besluiten aan te tekenen.

Veel zal afhangen van de rol die de zorgkantoren gaan vervullen. In een recent rapport van het Centraal Planbureau<sup>10</sup> komt onder meer de positie van de zorgkantoren aan de orde. Op basis van een economische analyse wordt geconcludeerd dat de zorgkantoren slechts zwakke financiële prikkels hebben voor een doelmatige zorginkoop en voor kwaliteitsverbetering van de zorg.

<sup>10</sup> Douven, R., Mot, E. & Folmer K. (2004) *Momentopname van de AWBZ: een analyse van de sterke en zwakke punten*. Den Haag: Centraal Planbureau.



## 4.5 Ervaringen van cliënten

### Omstandigheden die hebben geleid tot aanmelding

Op de vraag naar de omstandigheden die destijds leidden tot stappen om hulp aan te vragen, wezen alle respondenten op een verslechtering van hun gezondheidstoestand dan wel toename van hun beperkingen die het nodig maakte om hulp dan wel meer hulp te krijgen. Bij sommigen was dit een geleidelijk proces, bij anderen was sprake van plotseling opkomende problemen. In de laatste situatie gaat het meestal om personen die zich in het ziekenhuis bevonden na een hartinfarct of vanwege de gevolgen van een val. Aan sommigen van hen werd opname in een verzorgingshuis voorgesteld, iets wat zij niet wilden. Zij waren blij met de zorg die Zijloever kon bieden, want die gaf de gelegenheid om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Een aantal andere respondenten kon zich tot een bepaald moment nog redden met hulp van hun mantelzorger, meestal hun partner. Door de toenemende hulpbehoefte werd die taak echter te zwaar voor de mantelzorger. Zij hebben vooral professionele zorg van Zijloever ingeroepen om de mantelzorger te ontlasten.

### Oordeel over het aanvraagproces

De respondenten kregen een reeks vragen voorgelegd over contacten bij de aanvraag voor de hulp. Zo werd hen gevraagd hoe de aanvraag destijds is verlopen, met wie ze contact hebben gehad over de mogelijkheden voor hulp, hoeveel gesprekken er zijn geweest, en of deze persoon goed rekening heeft gehouden met hun behoeften.

Het meest opvallende aan de uitkomsten is dat vrijwel niemand de vragen gedetailleerd wist te beantwoorden. Sommige respondenten wisten zich wel te herinneren dat er destijds "*een mevrouw*" bij hen thuis is geweest om zich over hun situatie te informeren en vast te stellen welke zorg ze nodig hebben. Maar vrijwel niemand had een idee van welke organisaties deze persoon afkomstig was. En voor zover ze een oordeel over de gesprekken wisten geven, was die positief getoonzet, met kwalificaties als "*prettig*" en "*goed rekening gehouden met de behoeften*". Ongeveer de helft van de respondenten wist helemaal niets over de indicatiestelling te melden. De procedure onttrok zich grotendeels aan hun waarneming, omdat de dingen voor hen geregeld zijn door anderen, in de meeste gevallen hun kinderen. Die heb-

ben de procedure in gang gezet en de communicatie is grotendeels via hen gelopen.

Uit het bovenstaande is de conclusie te trekken dat uitgebreide beleidsdiscussies over de inrichting van de indicatiestelling (onafhankelijk, objectief en integraal) de betrokken ouderen nog niet heeft bereikt. Zij hebben wel degelijk oog voor het resultaat (heb ik aan hulp gekregen wat ik graag wilde hebben?), maar het proces waardoor dat bereikt werd is grotendeels langs hen heen gegaan. Mogelijk is het voor velen moeilijk te begrijpen dat je een papier (indicatie van het RIO) nodig hebt voordat je bij de zorgverlener kunt aankloppen. Uit het feit dat velen van hen de aanvraagprocedure overlaten aan hun kinderen is ook af te leiden dat ze moeite hebben hierin een weg te vinden. Tenslotte is bij het uitblijven van gedetailleerde antwoorden op te merken dat de vragen gaan over een eenmalige gebeurtenis die gemiddeld al 1 à 2 jaar geleden heeft plaatsgevonden. Dat de belangstelling meer uitgaat naar de zorg die men momenteel ontvangt ligt voor de hand, want die heeft een voortdurende impact op het dagelijks leven.

#### **Tevredenheid over de toegewezen hulp**

De respondenten gaven vervolgens een oordeel over de uitkomsten van de aanvraag. Voldeden de toegewezen hulp en diensten geheel aan de behoeften, of zijn er wensen waaraan niet is voldaan? Alle ondervraagde personen toonden zich tevreden over het resultaat. Sommigen wezen daarbij op de beschikbaarheid van alle benodigde hulp, de aangepaste huisvesting of het gevoel van veiligheid dat de aanwezigheid van voorzieningen hen geeft. In de meeste gevallen kon de hulp al op korte termijn (na enkele weken) worden ingezet. Hier komt naar voren dat Zijloever geen wachtlijst heeft. Mensen met de relevante indicatie kunnen dus direct worden toegelaten.

## 5 Uitvoering van de zorg

### 5.1 Inleiding

De diensten die Zijloever levert staan reeds beschreven in paragraaf 1.2. De hoofdelementen in het dienstenpakket zijn huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging. Tot het pakket behoren ook dagopvang en verscheidene welzijnsdiensten. Deze diensten worden uitgevoerd door de Stichting Dienstverlening Leiden (SDL). Zijloever verleent waar nodig 24-uurs zorg. Cliënten worden ook 's avonds en 's nachts bezocht als ze dan hulp of toezicht behoeven, bijvoorbeeld vanwege ziekte. Zijloever poogt de hele zorgketen voor de cliënten bereikbaar te maken. In het geval dat een cliënt gespecialiseerde diensten (bijvoorbeeld verpleegkundige zorg) nodig heeft, waarover Zijloever niet beschikt, dan wordt die elders ingehuurd. Met verpleeghuizen in de regio zijn afspraken gemaakt voor tijdelijke opname van cliënten. De capaciteit voor tijdelijke opname is bij de verpleeghuizen echter zeer gering. Contacten met huisartsen en ziekenhuis worden geregeld voor cliënten, voor zover ze daar zelf niet goed toe in staat zijn.

Naast de professionele zorg van Zijloever, beschikken veel respondenten tevens over hulp van mantelzorgers, meestal een dochter of zoon die in de buurt woont.

De interviews met de dienstverleners en met de cliënten hebben vooral gegevens opgeleverd over de beide kerntaken van Zijloever: het bieden van huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging. De geïnterviewde dienstverleners zijn in die sectoren

werkzaam en de geïnterviewde cliënten hadden hierover het meeste te melden.

## 5.2 Inrichting van het werk

De zorg aan cliënten wordt verricht door drie beroepsgroepen: zorghulpen (bieden huishoudelijke verzorging, helpenden (bieden persoonlijke verzorging) en verzorgenden (bieden persoonlijke verzorging en verpleegkundige handelingen). Zij worden begeleid door teamleiders. Er is één teamleider voor de sector huishoudelijke verzorging en er zijn drie teamleiders voor de sector persoonlijke verzorging. Het werk wordt aangestuurd vanuit drie steunpunten, verdeeld over het te bestrijken gebied (Leiden Noord en de Merenwijk).

De huishoudelijke verzorging vindt in principe op afgesproken vaste tijdstippen in de week plaats, uitgevoerd door een vaste hulp. Bij ziekte en vakantie wordt de vaste hulp vervangen door iemand anders. Soms wordt in die situatie een uitzendkracht ingeschakeld.

De persoonlijke verzorging is geheel anders ingericht. Daar wordt gewerkt in een roulatiesysteem. Aan het begin van hun werkdag krijgen de zorgverleners een lijst uitgereikt met de cliënten die ze die dag (of avond of nacht) moeten bezoeken. Voor de cliënt houdt dit in dat vaak een andere zorgverlener komt en ook de tijd waarop ze geholpen worden van dag tot dag varieert. Wel wordt geprobeerd het aantal zorgverleners voor de cliënt beperkt te houden en de tijd aan te passen aan de wensen van de cliënt. Dit gebeurt door te werken in subteams. Aan elk subteam is een aantal cliënten gekoppeld.

Voor de persoonlijke verzorging is het niet mogelijk zulke werkroosters te maken dat de cliënten een vaste zorgverlener hebben die op vaste tijden bij hen komt. Bij cliënten die 24-uurs zorg nodig hebben is een vaste hulp sowieso niet realiseerbaar. Maar ook bij de andere cliënten wisselen de zorgverleners. Daar zijn organisatorische redenen voor. Zo zijn veel zorgverleners slechts inzetbaar op bepaalde dagen (de meesten werken parttime) en zijn sommige zorgverleners slechts inzetbaar voor bepaalde taken (niet allen hebben de opleiding die hen kwalificeert voor alle verichtingen). De inzetbaarheid van de zorgverleners wordt verder

beperkt door de wensen van de cliënten. Zo willen sommige cliënten niet gewassen worden door een man.

### 5.3 Beoordeling van de werkomstandigheden

De kwaliteit van de dienstverlening is mede afhankelijk van de omstandigheden waaronder de zorgverleners hun werk moeten doen. Zowel de geïnterviewde uitvoerende zorgverleners als leidinggevenden werd gevraagd of ze plezier in hun werk hebben, tevreden zijn over hun arbeidsomstandigheden en salaris, en zich gewaardeerd voelen door de leiding en de cliënten.

Over het geheel genomen toonden ze een hoge mate van tevredenheid. Allen antwoordden volmondig ja op de vraag of ze plezier in hun werk hebben. Gevraagd naar de goede dingen in hun werk, brachten ze verscheidene omstandigheden naar voren. De zorgverleners gaan de wijk in en kunnen, binnen de gegeven opdracht en in samenspraak met de cliënt, het werk naar eigen inzicht indelen. Deze zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid in het werk krijgen een hoge waardering. Sommigen vergeleken in dit verband hun werksituatie met het strakkere regime dat in intramurale instellingen heerst. Het contact met de cliënten staat eveneens hoog op de lijst van gewaardeerde aspecten. Vaak is er voldoende tijd om een gesprek met hen te hebben onder het genot van een kopje koffie. Verscheidene zorgverleners spraken in dit verband van een "relaxte sfeer" en "geen stopwatchzorg".

Verder putten de zorgverleners voldoening uit de steun die ze de cliënten kunnen geven. De onderstaande citaten geven een beeld van de wijze waarop de zorgverleners hun werk beleven.

*"Lekker in de wijk, je bent vrij. Als je dat verantwoordelijkheidsgevoel in je hebt, dan ben je lekker zelfstandig bezig".*

*"Ja ik heb heel veel plezier in mijn werk. Een stukje waardering, verzorging, verwennerij die je kunt geven. Vooral oudere mensen hebben daar behoefte aan. Dat geeft jezelf ook een lekker gevoel, als je ze gewassen hebt, bijvoorbeeld een cliënt die helemaal onder de urine zit. Dan kan die cliënt weer fris naar de dagverzorging gaan. Dat is je motivatie. Ook om mensenkennis op te doen. Heel uitdagend werk en interessant."*

*"Dat ik de cliënten een stukje rust kan geven van 'je hoeft je geen zorgen te maken'. Dat vind ik voor oudere mensen heel belangrijk, dat ze van hun oude dag kunnen genieten. En dat je hen een stukje gezelligheid kan geven"  
"Je hebt hier echt het idee dat je wat kunt betekenen voor de mensen".*

Deze uitspraken zijn afkomstig van de uitvoerende medewerkers. Ook de leidinggevenden hebben geregeld contact met cliënten, een aspect dat zij evenzeer op prijs stellen. Verder dragen de prettige werksfeer en de goede contacten met collega's in de steunpunten bij tot hun tevredenheid over de werksituatie.

De zorgverleners komen in hun werkdag bij verschillende cliënten over de vloer. Verscheidene respondenten vermelden dat dit een afwisseling in hun werk brengt die ze als prettig ervaren. Een respondente: "Alle cliënten zijn verschillend. Vanmorgen had ik een heel druk echtpaar. Veel verhalen. Dus dan is het ook lekker dat ik 's middags naar een rustige vrouw kan. Even bijkomen".

Minder plezierige dingen in het werk zijn er ook, zij zijn duidelijk minder overheersend dan de positieve kanten. Het meest genoemd werd de werkdruk bij ziekte van collega's. Dan moet er extra hard worden gewerkt en schieten de pauzes en het praatje met de cliënt er nogal eens bij in. Verder komt het soms voor dat de zorg niet naar wens geleverd kan worden, en hebben sommigen moeite met achteruitgang en overlijden van cliënten.

Vrijwel alle respondenten vinden dat ze veel waardering en ondersteuning krijgen van zowel de leiding als de cliënten. Ze noemden bepaalde situaties waarin die tot uiting kwam. De cliënten uiten hun waardering heel direct. Over de mogelijkheden voor verdere opleiding en training is men eveneens heel positief. Er worden bijscholingscursussen gehouden en Zijloever betaalt de kosten voor aanvullende opleidingen.

Over de hoogte van het salaris is men minder tevreden dan over de inhoud van het werk. Sommigen zijn redelijk content met hun salaris, maar anderen voelen zich min of meer onderbetaald voor het werk wat ze doen. Zij tekenen daarbij aan dat in de hele zorgsector het salarisniveau nogal laag ligt.

## 5.4 Ervaringen met de ontvangen hulp

De meeste cliënten die in het onderzoek werden betrokken krijgen meerdere malen per dag hulp van Zijloever. Wat de hulp zoal kan inhouden is te illustreren aan de hand van een voorbeeld. De hulp voor mevrouw X begint 's morgens bij het aankleden. De hulpverlener maakt tevens het ontbijt voor haar klaar en zet koffie. In de loop van de dag worden boodschappen voor haar gedaan. Rond de middag gebruikt zij de warme maaltijd in de eetzaal van het steunpunt. Aan het eind van de middag wordt de broodmaaltijd voor haar klaar gemaakt. Voordat ze naar bed gaat krijgt ze hulp bij het uitkleden. Twee maal per week komt er iemand langs om haar te helpen bij douchen en één maal per week wordt haar huis schoongemaakt. Ze gaat twee maal per week naar de recreatieruimte, waar ze met een aantal andere ouderen kaart speelt. En wanneer er formulieren binnenkomen die ze moet invullen dan gaat ze daarmee naar het kantoor voor assistentie, want vanwege beperking in de handfunctie kan ze niet meer schrijven. Verscheidene cliënten die we interviewden hebben een soortgelijk uitgebreid zorgpakket. Anderen kunnen volstaan met minder zorg, bijvoorbeeld alleen hulp bij wassen en bij huishoudelijke verzorging. Naast de professionele zorg van Zijloever, beschikken veel respondenten tevens over hulp van mantelzorgers, meestal een dochter of zoon die in de buurt woont. In de veel gevallen is de taakverdeling zodanig dat medewerkers van Zijloever de dagelijkse zorg verrichten (zoals assistentie bij PADL en huishoudelijke verzorging) en de mantelzorgers een keer of enkele malen per week langs komen om bijvoorbeeld de was te doen en boodschappen te halen. Daarnaast krijgen cliënten assistentie van hun kinderen of andere mantelzorgers bij bijzondere gelegenheden, zoals grotere inkopen doen en bezoek aan het ziekenhuis. Het volgende voorbeeld illustreert hoe de professionele en informele hulp in elkaar kunnen grijpen. Cliënte, die alleen in een flat woont, krijgt in de week dagelijks op 5 à 6 momenten hulp van Zijloever (bij het aankleden, ontbijt klaarmaken, middagmaaltijd, avondmaaltijd, medicijnen innemen en uitkleden). Van haar kinderen woont één dochter nog in de buurt. Die doet de boodschappen en de was voor haar moeder. Tijdens het weekend neemt ze alle zorg voor haar moeder op zich, inclusief de taken die medewerkers van Zijloever door de week verrichten. Tijdens haar vakanties levert Zijloever alle zorg, ook in het weekend.

Wat vinden de cliënten van de zorg die ze van Zijloever ontvangen? De respondenten zijn overwegend goed tot zeer goed te spreken over zowel de inhoud van de zorg als de bejegening door de zorgverleners. Naar hun oordeel krijgen ze alle hulp die ze nodig hebben. De volgende citaten illustreren de ervaringen van enkele tevreden cliënten.

*"Ik kan zo veel hulp krijgen als ik wil. Ik probeer nog zo veel mogelijk zelf te doen, zoals mezelf wassen. Als ik meer zou willen, bijvoorbeeld wassen of vaker douchen, zou ik dat kunnen krijgen. Ik kan zelf regelen hoeveel ik krijg".*

*Een mantelzorger: "We zijn tevreden over de zorg die moeder krijgt. Als er iets is, dan kunnen we bellen en wordt het opgelost. En als wij om de een of andere reden geen boodschappen voor moeder kunnen doen, dan doen zij het".*

*"We hebben twee keer in de week een vaste hulp die de bedden verschoont, stof zuigt, het huis en de badkamer schoon maakt enzovoort. Ze doet alles wat nodig is. We hebben daar een goede hulp aan. We zijn in alle opzichten tevreden. Ze helpen me goed, ze doen de boel heel goed, dus wat moeten we nog meer".*

*"Geweldig personeel. Het is gezellig en de sfeer is goed".*

*"Alles is prima. Je moet een beetje begrip hebben voor de mensen die hier komen. Het moet van beide kanten komen. Ik kan nog meer hulp krijgen, maar dat wil ik niet".*

Toch hebben enkele respondenten op bepaalde punten ook wel kritiek laten horen. Een cliënte is volstrekt ontevreden over de huishoudelijke verzorging. Zij vindt dat te vaak invalkrachten worden gestuurd, waardoor ze steeds opnieuw uitleg moet geven wat er aan huishoudelijk werk gedaan moet worden, en bovendien wordt het werk niet naar behoren gedaan. Enkele anderen hebben aanmerkingen op de ontvangen persoonlijke verzorging, zoals de douchebeurt die naar hun oordeel soms niet grondig genoeg gedaan wordt of vaker zou moeten.

Bijna alle respondenten geven aan dat de ontvangen hulp goed voldoet aan hun behoeften. Er is echter één aspect waar verscheidene respondenten in meer of mindere mate moeite mee hebben, namelijk de wisseling in de persoonlijke verzorging. Zoals gezegd, wordt er gewerkt in een roulatiesysteem, waardoor de cliënten niet een vaste zorgverlener hebben die hen assisteert bij aan- en uitkleden of andere dagelijkse activiteit, en het tijdstip waarop ze komen bovendien varieert. Sommige respondenten vinden de wisseling van hulpverleners geen probleem.



"Je leert ze op den duur allemaal wel kennen" is hun betoog. Anderen vinden de wisseling onprettig, maar aanvaardden die als onontkoombaar.

De volgende citaten illustreren hun overwegingen.

*"Ik zou liever een vaste persoon willen, maar ik heb er begrip voor dat het niet kan. Je hebt het maar te accepteren".*

*"Ik heb geen vaste hulp op een vast moment, maar dat kan ook niet".*

*"Voor het wassen komen ze soms te laat. Dat geeft een probleem, want dan maak ik me zorgen dat ik niet op tijd klaar ben voor het busje dat voor komt rijden om me naar het dagverblijf te brengen, of word ik niet gewassen.*

*Wanneer ik dat doorgeef komen ze de volgende keer wel vroeger".*

*"Laatst kwam iemand pas om 10 uur en dat vind ik niet fijn. Maar dat kan niet anders. Je moet geven en nemen".*

## **5.5 Zeggenschap van cliënten**

Cliënten hebben inspraak in het beleid van Zijloever via de cliëntenraad. Die vergadert 6 à 8 maal per jaar met de zorgbemiddelaar. In de interviews is verder niet ingegaan op de medezeggenschap op het collectieve niveau, maar werd de aandacht gericht op de invloed die cliënten hebben in hun eigen zaak: In hoeverre hebben de cliënten zelf een stem in de beslissingen aangaande de te ontvangen zorg, dan wel wordt er over hen beslist? Zowel de dienstverleners als de cliënten werd gevraagd hoe de gebruiker wordt betrokken in beslissingen over hun situatie.

### **Houding van de dienstverleners**

Alle ondervraagde dienstverleners vinden de zeggenschap van cliënten heel belangrijk en proberen die ook te realiseren door de te verlenen zorg in overleg met de cliënt te bepalen. Vanuit het management wordt sterk aangedrongen op een houding bij de uitvoerende medewerkers die respect voor de wensen van de cliënten uitstraalt. Aan de zorgverleners wordt gevraagd zich te verplaatsen in de cliënt. Hun gedachte moet zijn: wat zou ik willen en wat zou ik er van vinden als ik zelf in die situatie zou zitten en zorg nodig zou hebben? Dit standpunt is tegelijkertijd bedoeld om de zelfstandigheid van de uitvoerende zorgverleners te stimuleren: niet steunen op wat anderen doen of afwachten met welke instructies de leiding komt, maar zelf logisch nadenken wat er nodig is en oplossingen aandragen. Daarbij dient de cliënt

zo veel mogelijk de touwtjes in handen te houden; de zorgverleners zijn er alleen voor ondersteuning. De inspraak van de cliënten begint bij het zorgplan dat bij de intake wordt opgesteld. Bij de intakegesprekken staan de wensen en behoeften van de cliënt centraal. In samenspraak met de cliënt wordt de in te zetten zorg gepland. Als de cliënt daartoe zelf niet in staat is (bijvoorbeeld vanwege cognitieve beperkingen) dan worden mantelzorgers (meestal kinderen van cliënt) ingeschakeld. Bij het verlenen van de dagelijkse zorg worden zaken eveneens met de cliënt besproken. In het overleg bepaalt de cliënt wat die zelf nog kan en wil, en wat de zorgverlener moet overnemen. Ook wordt gepoogd rekening te houden met de wensen van de cliënt wat betreft de in te zetten zorgverlener en de tijden waarop de zorg plaats moet vinden. Zo willen sommige vrouwelijke cliënten niet door een man gewassen worden of klikt het soms niet tussen de zorgverlener en de cliënt. Om organisatorische redenen kunnen de wensen voor bepaalde tijden of een andere zorgverlener niet altijd gehonoreerd worden. Verder stellen de vereiste werkomstandigheden van het personeel bepaalde grenzen aan het volgen van de wensen van de cliënt. De veiligheid van het personeel mag niet in gevaar te komen. In dit verband is aanpassing van de woning niet alleen van belang voor de cliënt zelf, maar dient woningaanpassing ook voor het scheppen van een geschikte werkomgeving voor de werknemers. Voorbeelden zijn de aanschaf van een tillift bij cliënten die niet zelfstandig uit bed kunnen komen en het aanpassen van de badkamer voor cliënten die hulp bij wassen nodig hebben. Deze voorzieningen kunnen onder meer voorkomen dat de zorgverleners rugklachten krijgen bij het verplaatsen van de cliënt. Bij aanvang van de dienstverlening geldt voor cliënten daarom de verplichting noodzakelijk geachte woningaanpassingen aan te laten brengen.

### **Ervaringen van de cliënten**

De meeste cliënten bevestigden het overleg over de te verlenen hulp, zoals de ondervraagde zorgverleners hebben geschetst. Op de vraag of ze worden betrokken in beslissingen over hun situatie kwamen onder meer als antwoorden:

*"Alles wordt met me besproken; er wordt niets buiten me om geregeld". "Er wordt goed overlegd; we bellen elkaar gewoon". "We worden betrokken; dat gaat prima; er wordt overlegd en rekening gehouden met onze wensen".*

En zo nodig vindt ook overleg met familie plaats, zoals blijkt uit het antwoord "*Ze praten met je en ze waarschuwen ook de kinderen; de kinderen bellen hen ook*". Eén ondervraagde cliënt had een geheel andere mening. Door de hulpverlening voelt zij zich in haar zelfstandigheid aangetast. Zij ervaart de houding van de zorgverleners als betuttelend en verzet zich daartegen door hen terecht te wijzen en bij de leidinggevenden aan te dringen op betere hulp.

Dat het in de praktijk niet altijd lukt om de tijden waarop de zorg wordt verleend aan te passen aan de wensen van de cliënt en een andere zorgverlener in te zetten wanneer het niet klikt met een vorige komt eveneens tot uitdrukking in de uitspraken van de cliënten. Desgevraagd gaven de meeste respondenten te kennen dat ze niet kunnen vragen de hulp te krijgen op een tijd die hen het beste schikt en ook niet kunnen vragen om een andere hulpverlener. Zoals eerder vermeld rouleren de hulpverleners die persoonlijke verzorging geven, waardoor de cliënt van te voren niet weet welke er komt en wanneer die precies komt.

## **5.6 Kosten en financiering van de zorg**

Gebruikers van AWBZ-zorg moeten een eigen bijdrage betalen. Die eigen bijdrage is sterk afhankelijk van het inkomen. Bijna alle cliënten van Zijloever behoren tot de lagere inkomensgroepen. De meesten van hen hebben niet meer dan AOW met een klein pensioen. Tot nu toe betaalden gebruikers uit deze inkomenscategorie slechts een bescheiden eigen bijdrage van rond de 11 euro per week, ongeacht het aantal zorguren. Gevraagd naar hun oordeel over de kosten van de dienstverlening, maakte geen der cliënten melding van problemen met de hoogte van het bedrag. Ze wisten niet precies hoeveel ze voor de hulp moeten betalen, maar konden wel melden dat het slechts om een gering bedrag ging. Onlangs is de regeling voor eigen bijdragen in de thuiszorg veranderd. De tarieven zijn aanzienlijk verhoogd, maar wel sterk inkomensafhankelijk gebleven. Ten tijde van de interviews was deze regeling nog niet ingevoerd, zodat we geen gegevens hebben over de nieuwe situatie wat betreft de kosten van de zorg voor de cliënten bij Zijloever. Voor zover zij tot de hogere inkomensgroepen behoren, zullen zij geconfronteerd worden met een fors hogere eigen bijdrage.

Zoals reeds vermeld, wordt de zorg die Zijloever levert grotendeels gefinancierd uit de ABWZ. Het totale jaarlijkse budget omvat € 2,15 miljoen. Zijloever ontvangt vergoeding vanuit de AWBZ aan de hand van de geregistreerde uren. Voor Zijloever betekenen de nieuwe regelingen in de AWBZ dat er bezuinigd moet worden. De financiering welzijnsdiensten, die voor een belangrijk deel in handen zijn van de Stichting Dienstverlening Leiden (SDL), staat onder druk, omdat er voortaan uitsluitend uren voor geleverde zorg gedeclareerd mogen worden. Daarnaast zijn de tarieven voor huishoudelijke verzorging verlaagd. Naar verwachting zullen deze ontwikkelingen het moeilijker maken om integrale extramurale zorg te blijven leveren.

De SDL heeft drie financieringsbronnen, namelijk subsidie van de gemeente (voor bepaalde activiteiten), de AWBZ (dagverzorging valt o.m. onder de AWBZ) en eigen bijdragen van gebruikers (o.m. voor gebruik pedicure eettafel en Tafeltje Dek Je). Elk van de bronnen levert ca. eenderde van het budget.

## **5.7 Beëindiging van de zorgverlening**

De ondervraagde gebruikers zijn allen huidige cliënten. Dus de vragen over beëindiging van de dienstverlening waren voor hen niet van toepassing. In de interviews met de dienstverleners kwam aan de orde hoe de beëindiging van de dienstverlening is geregeld.

Overlijden van de cliënt is de meest voorkomende omstandigheid bij de beëindiging van de zorgverlening. Circa 80% van de cliënten is bij Zijloever in zorg tot het eind van hun leven. Zij gaan dus niet over naar een andere vorm van dienstverlening. Bij de overige 20% gaat het in een minderheid van de gevallen om kwetsbare ouderen die de voorkeur geven aan een beschermd woonvorm dan zelfstandig wonen. Uit een gevoel van veiligheid besluiten zij in een verzorgingshuis te gaan wonen. Daar lopen de zusters in de gang, terwijl bij Zijloever de zusters in de wijk lopen. Bij een aanvraag voor opname legt een medewerker van het verzorgingshuis huisbezoek af bij de betreffende cliënt om de zaken te bespreken. De cliënt (en mantelzorger) worden vervolgens uitgenodigd om het appartement in het verzorgingshuis te komen bekijken. De cliënt neemt vervolgens de beslissing om al dan niet over te gaan. Er is in deze gevallen goed overleg tussen het ver-

zorgingshuis en Zijloever. Na het genoemde huisbezoek wordt informatie over de cliënt uitgewisseld.

Buiten het overleg over cliënten die mogelijk in het verzorgingshuis opgenomen moeten worden is er periodiek werkoverleg tussen de directies.

Volgens de geïnterviewde medewerker van een verzorgingshuis in de regio is het denkbaar de samenwerking met Zijloever uit te breiden. Het verzorgingshuis zou een aanbod kunnen doen voor cliënten van Zijloever, bijvoorbeeld tijdelijke opname bij ziekte of bij afwezigheid van de mantelzorger. De coördinatie van de tijdelijke bedden is momenteel in handen van één van de Leidse verzorgingshuizen. Door een directe samenwerking met Zijloever zou die omweg niet meer nodig zijn. Daarnaast is op personeelsgebied meer samenwerking mogelijk door het inzetten van een wondspecialist vanuit het verzorgingshuis.

Overgang naar een verpleeghuis komt veel vaker voor dan overgang naar het verzorgingshuis. Omstandigheden waarin een aanvraag op opname in een verpleeghuis wordt gedaan zijn:

- een vergevorderd stadium van dementie (zelfstandig wonen is niet langer mogelijk vanwege desoriëntatie of dwaalgedrag),
- zelfstandig wonen levert gevaar op voor de cliënt (bijvoorbeeld. veelvuldig vallen waarbij letsel wordt opgelopen),
- psychosociale omstandigheden (zoals ernstige depressie of sociaal isolement, zich verwaarlozen niet goed eten, medicijnen niet innemen),
- bedlegerige cliënten met een intensieve hulpvraag die veelvuldige of continue aanwezigheid van een of meer zorgverleners vereist (cliënten van Zijloever moeten tenminste 2 à 3 uur alleen kunnen zijn).

Dementie is de meest voorkomende reden voor overgang naar een verpleeghuis. Zij gaan naar een psychogeriatrische afdeling.

Voor de overgang naar een intramurale instelling is een indicatie van het RIO nodig. Daarvoor wordt eerst overlegd met de cliënt of (in het geval van dementie) met de mantelzorger en de huisarts. In acute gevallen wordt direct overgegaan op opname en wordt de indicatie achteraf plaats. De verzorgenden van de cliënt worden geïnformeerd en er wordt een afscheid belegd. Na de opname wordt de cliënt niet meer gevolgd. Wel vindt er overdracht van gegevens (het zorgdossier) naar het verpleeghuis of verzor-

gingshuis plaats. Soms onderhouden de verzorgenden nog contact met de cliënt, hetzij telefonisch of door op bezoek te gaan. Vaak is opname niet direct te realiseren, want er zijn wachtlijsten. Zo is de wachttijd bij de somatische afdeling van verpleeghuis Overrhijn momenteel 6 tot 9 maanden, en die bij psychogeriatrische afdeling zelfs 2 jaar. De wachttijden zijn opgelopen omdat de doorstroming gering is en de aanwas is toegenomen. Een factor is ook de interne overplaatsing van mensen van tijdelijke opname naar permanente opname, wat ten koste gaat van nieuwe aanvragers. Voor de aanvragers dient er dus steeds overbruggingszorg te worden ingezet. Die is te leveren door instellingen voor extramurale zorg, zoals de thuiszorg, Zijloever en de Zorgketen. De laatste is een samenwerkingsverband tussen verpleeghuis Overrhijn, thuiszorginstelling Groot Rijnland en de Stichting Dienstverlening Leiden. De Zorgketen biedt extramurale verpleeghuiszorg, waarbij naast de huishoudelijke en persoonlijke verzorging de verschillende verpleeghuisdisciplines (verpleeghuisarts, ergotherapeut fysiotherapeut en maatschappelijk werker) worden ingezet.

## 6 Conclusies over de dienstverlening door Zijloever

### 6.1 Inleiding

Wat vinden de cliënten en de medewerkers over het geheel genomen van de zorg die Zijloever biedt? Wat betekent de zorg voor de cliënten? En wat zou er eventueel nog aan de dienstverlening verbeterd kunnen worden? Aan de hand van deze vragen gaven de respondenten een overall beoordeling van de zorg die zij ontvangen dan wel verstrekken. De resultaten staan in de twee volgende paragrafen beschreven. Daarnaast komen enkele grote lijnen in de onderzoeksbevindingen er aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een concluderende paragraaf, waarin de aandacht wordt gericht op de vraag: wat werkt goed en wat werkt minder goed binnen Zijloever?

### 6.2 Overall-beoordeling door de dienstverleners

#### **Betekenis van 24-uurs zorg**

Naar het oordeel van de ondervraagde dienstverleners zit de betekenis van de zorg die Zijloever aan de cliënten biedt vooral in het verzekerd zijn van zorg die op afroep beschikbaar is. Met de 24-uurs bereikbaarheid, wordt de zorg in een verzorgingshuis nagebootst, terwijl de mensen toch in hun eigen huis kunnen blijven wonen. Net als in een intramurale instelling, kunnen zij met een druk op de knop hulp inroepen. En als een cliënt plotseling

veel meer zorg nodig heeft, wordt daar direct op ingesprongen. Zowel geplande als ongeplande zorg kunnen leveren, indien nodig de klok rond, alsook de flexibiliteit en snelheid waarmee op veranderingen in de zorgvraag wordt ingespeeld, zijn aangemerkt als de sterke kanten van Zijloever. Hierdoor kunnen zorgbehoevende mensen, ondanks hun vaak ernstige functiebeperkingen, toch thuis blijven wonen.

### **Werkomstandigheden**

In de interviews gaven de medewerkers blijk van een hoge arbeidssatisfactie. Allen antwoordden volmondig ja op de vraag of ze plezier in hun werk hebben. Factoren die hier naar hun oordeel aan bijdragen zijn het prettige werkklimaat, de goede contacten tussen collega's en met leidinggevenden, de vrijheid en afwisseling in het werk, en de overtuiging iets te kunnen betekenen voor de cliënten. Veel uitvoerende medewerkers meldden bovendien dat er voldoende tijd voor de cliënten wordt uitgetrokken. Hierdoor kunnen ze meer bieden dan 'stopwatchzorg', en zijn ze in de gelegenheid om een praatje met de cliënten te maken.

### **Diensten op elkaar aansluiten en afstemmen op behoeften**

Volgens de medewerkers is de dienstverlening van Zijloever zo opgezet dat de verschillende vormen van zorg goed op elkaar aansluiten. Ook de integratie met de beschikbare welzijnsdiensten is goed geregeld. Periodiek werkoverleg tussen verscheidene dienstverleners en leidinggevenden en schriftelijk overdracht van informatie over cliënten zijn de middelen waarmee de integratie wordt bereikt. Daarnaast krijgen de cliënten alle gelegenheid hun wensen, behoeften en eventuele misnoemens kenbaar te maken, zowel in gesprekken als via de telefoon. Dat de communicatiekanalen open en laagdrempelig zijn kwam naar voren uit de interviews met de cliënten.

### **Samenwerking met medische dienstverlening**

Daarentegen is de integratie met de diensten van externe instellingen minder goed geregeld. Dat geldt met name voor de medische dienstverlening: huisartsen en ziekenhuizen. Het ontbreekt nogal eens aan overleg met huisartsen. De communicatie met hen en andere gezondheidszorginstellingen varieert. Met sommigen is wel goed overleg en informatie-uitwisseling mogelijk, met anderen niet. Structureel overleg met huisartsen is moeilijk realiseerbaar vanwege hun grote aantal (ca. 40) binnen het cliëntenbestand. En niet alle ziekenhuizen nemen het initiatief om infor-



matie te leveren over cliënten die binnenkort worden ontslagen. Desondanks zijn er in de praktijk wel veelvuldig contacten tussen Zijloever en de medische sector. Zo zijn de medewerkers opmerkzaam op mogelijke gezondheidsklachten, maken ze desgewenst voor hun cliënten een afspraak met de huisarts, en informeren ze bij ziekenhuizen over de toestand van opgenomen cliënten. Lang niet alle cliënten hebben assistentie nodig bij contacten met medische dienstverleners. Vaak zijn ze in staat de benodigde medische zorg zelf te regelen. Of ze hebben mantelzorgers die dat voor hen doen. Pas als dat niet zo is komen medewerkers van Zijloever hierbij in actie.

### **6.3 Overall-beoordeling door de gebruikers**

#### **Tevredenheid over de dienstverlening**

Op de slotvraag hoe zij de dienstverlening bij Zijloever zien, uitte vrijwel alle (10 van de 12) onderzochte cliënten zich in lofende bewoordingen. Ze zijn in alle opzichten tevreden over de zorg die ze ontvangen. Wensen voor verandering of verbetering van de zorg wisten ze niet te noemen. Sommigen merkten hierbij op dat ze door de hulp in staat zijn zelfstandig te blijven wonen en niet naar het verzorgingshuis hoeven. De overige twee cliënten hebben (enig) misnoegen over de ontvangen hulp. De één is danig ontevreden over de uitvoering van de huishoudelijke verzorging, de ander heeft klachten over bepaalde aspecten van de persoonlijke verzorging.

#### **Open communicatiekanalen met de organisatie**

Dat klachten weinig voorkomen blijkt ook uit het gegeven dat van de formele klachtenprocedure nauwelijks gebruikt wordt gemaakt. De laagdrempelige communicatiekanalen tussen de cliënten en de leiding van Zijloever zijn hierbij waarschijnlijk van grote betekenis. De cliënten beschikken over verscheidene aanspreekpunten (contactverzorgende, teamleiders en zorgbemiddelaar) en lijken niet te schromen die in voorkomende gevallen ook te benutten. Opmerkingen als "wanneer er iets is dan zeg ik dat gewoon of dan bel ik meteen" zijn tekenend voor de cliëntgerichte houding van Zijloever.

### **Flexibiliteit in het zorgaanbod**

Uit het voorgaande is naar voren gekomen dat de hulp over het geheel genomen goed voorziet in de aanwezige behoeften. Vrijwel alle cliënten hebben gekregen wat ze wilden hebben. De flexibiliteit in de werkwijze van Zijloever maakt bovendien mogelijk dat snel kan worden ingesprongen op veranderende zorgbehoeften. Verscheidene respondenten gaven voorbeelden van situaties (zoals ziekte, ziekenhuisopnames of uitval van mantelzorg) waarbij meteen extra hulp werd ingezet of de tijden werden aangepast (bijvoorbeeld 24 uren hulp ingezet).

### **Indicatieproces onduidelijk gebleven**

Hoe men de gewenste hulp destijds toegekend heeft gekregen blijkt voor velen onduidelijk gebleven. Vrijwel niemand heeft een scherp beeld van het indicatieproces dat ze hebben doorlopen en kon de vragen over de indicatiestelling dus niet gedetailleerd beantwoorden. Ze wisten hooguit te melden dat er toentertijd "een mevrouw" langs is geweest. Velen wisten er helemaal niets over te vertellen, aangezien hun kinderen een grote rol hebben gespeeld bij de aanvraag. Ze toonden ook weinig belangstelling voor het onderwerp. Het enige wat bij hen voorop staat is dat ze hebben gekregen wat ze wensten.

### **Aanwezigheid mantelzorg**

Velen beschikken naast de zorg die ze van Zijloever krijgen ook over mantelzorg. Die wordt meestal gegeven door een (schoon)dochter of zoon die in de buurt woont. Boodschappen doen, vervoer en op bezoek gaan zijn de meest voorkomende activiteiten van deze mantelzorgers. In voorkomende gevallen overlegt Zijloever ook met deze mantelzorgers.

### **Wisseling van zorgverleners**

De cliënten krijgen te maken met verschillende zorgverleners. Vooral bij de mensen die meerdere malen per dag persoonlijke verzorging nodig hebben kan het aantal zorgverleners oplopen dat bij hen over de vloer komt oplopen tot soms 5 of meer. De meeste gebruikers vinden die wisseling niet prettig. Ze berusten er echter in, vanuit de overweging dat dit om organisatorische redenen onvermijdelijk is.

Wel hebben ze de ervaring dat de hulp van de verschillende zorgverleners goed op elkaar aansluit. Over de interne afstemming (tussen de zorgverleners van Zijloever) zijn vrijwel alle cli-

enten goed te spreken. De meesten zijn op de hoogte van het periodieke overleg tussen zorgverleners en leidinggevenden. Velen wezen ook op het zorgdossier waaruit de zorgverleners hun informatie halen.

#### **Assistentie bij het inroepen van medische zorg**

Zoals gezegd, ontbreekt het in veel gevallen aan afstemming met de medische dienstverleners. De onderzochte cliënten hebben daar echter geen aanmerkingen op gemaakt. Verondersteld mag worden dat ze de bestaande scheiding tussen het circuit van de medische zorg en het circuit van de sociale zorg als een gegeven aannemen. Bij de vragen over dit onderwerp noemden ze alleen de praktische assistentie die ze krijgen, zoals afspraken maken met de huisarts. Over deze assistentie bij de contacten met artsen toonden ze zich tevreden.

### **6.4 Wat werkt goed en wat niet?**

Het geheel aan onderzoeksbevindingen overziend, kan geconcludeerd worden dat de cliënten de dienstverlening door Zijloever zeer waarderen. Welke factoren dragen bij aan de kwaliteit van services? We zetten de gunstige condities nog eens op een rij.

#### **Interne coördinatie**

Zijloever zelf biedt huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en bepaalde verpleegkundige zorg. Daarnaast levert de Stichting Dienstverlening Leiden bepaalde diensten aan de cliënten. Velen van hen krijgen dagelijks verscheidene zorgverleners over de vloer. Deze omstandigheden vragen om een goede coördinatie. Om te zorgen dat de dingen goed op elkaar aansluiten worden verscheidene instrumenten ingezet, zoals het uitwisselen van geschreven informatie over cliënten, werkoverleg en feedback van cliënten. In het contact met de cliënten hierover speelt de zorgbemiddelaar een centrale rol, zowel bij de start van de zorgverlening (intake en zorgplan) als bij de uitvoering daarna. De onderzoeksuitkomsten wijzen op een succesvolle aanpak. “*Ze werken niet langs elkaar heen*” is in dit verband een kenmerkende uitspraak van verscheidene cliënten.

### **Flexibiliteit bij het inspelen op veranderende behoeften bij cliënten**

De staf van Zijloever benadrukt dat de behoeften en wensen uitgangspunt dienen te zijn bij de uitvoering van de zorg en dat een snelle aanpassing vereist is in het geval de behoefte verandert. Het principe van vraagsturing wordt actief uitgedragen binnen de organisatie. De verhalen van cliënten bevestigden deze attitude. Ze vinden dat er goed rekening wordt gehouden met hun wensen en dat er snel wordt ingesprongen op veranderingen. Wat betreft de flexibiliteit beschreven ze situaties (bijv. ziekte of ongeval) waarna direct extra zorg werd ingezet, inclusief nachtzorg.

### **Toegankelijkheid van de medewerkers voor de cliënten**

De cliënten hebben alle gelegenheid zich te wenden tot de contactverzorgende, de teamleiders en de zorgbemiddelaar in het geval zij vragen of ongenoegens over de zorg hebben. Uit hun verhalen blijkt dat zij niet schromen om van deze communicatiekanalen gebruik te maken.

### **Gunstige werkomstandigheden**

De medewerkers hebben een overwegend positief beeld van hun arbeidsomstandigheden. Ze houden van hun werk, genieten veel zelfstandigheid, krijgen voldoende tijd voor hun cliënten toegemeten, voelen zich gewaardeerd door zowel de leidinggevenden als hun cliënten, en zijn tevreden over de mogelijkheden voor verdere opleiding en training. Ze zijn echter minder goed te spreken zijn over hun salaris.

De positieve aspecten die uit de interviews naar voren kwamen overheersen duidelijk de negatieve, zowel in aantal als in lading. In twee opzichten zijn de condities minder positief.

### **Beperkte samenwerking met medische dienstverleners**

Er zijn geen structurele samenwerkingsrelaties met de medische sector (huisartsen en ziekenhuizen). In de dagelijkse praktijk is er wel contact. Dat varieert per huisarts en ziekenhuis (zie paragraaf 3.5. voor nadere details). Zijloever probeert informatie over de cliënten uit te wisselen met betrokken huisartsen en ziekenhuis. Sommigen blijken zich daar wel voor open te stellen, anderen niet.

Bij dit thema is op te merken dat de structuur en financiering van het zorgsysteem in Nederland weinig prikkels voor samenwer-

king geeft. Allereerst is er sprake van gescheiden systemen: één voor kortdurende, op genezing gerichte zorg volgens de Ziekenfondswet en één voor langdurige zorg volgens de AWBZ, elk met een eigen traject om er toegang tot te krijgen. En de wellicht belangrijkste belemmerende factor bij een verdere samenwerking is het gegeven dat de dienstverleners slechts worden betaald voor de tastbare diensten die zij leveren. Zolang er geen financiering voor samenwerking of coördinerende activiteiten beschikbaar komt is niet te verwachten dat op grote schaal samenwerkingsactiviteiten van de grond zullen komen.

#### **Geen vaste zorgverleners voor PADL**

De medewerkers voor de persoonlijke verzorging werken in een roulatiesysteem, wat voor de cliënten tot gevolg heeft dat ze vaak een andere zorgverlener over de vloer krijgen die hen komt wassen, aankleden etc. Via overdrachtsformulieren wordt gepoogd de overdracht goed te laten verlopen. Dat blijkt ook goed te lukken: in de interviews werden geen klachten gehoord over een slechte aansluiting of iets dergelijks. Desondanks vinden de meeste cliënten de wisseling van zorgverleners niet prettig. Zij zouden liever een vaste hulpverlener hebben. Maar ze accepteren de situatie als onontkoombaar. Zijloever kent hun bezwaren tegen de wisseling al langer. Om organisatorische redenen is het echter niet mogelijk vaste hulpverleners in te zetten. Het feit dat velen van hen parttime werken speelt hierbij ook een rol.

*Colofon*

opdrachtgever	Europese Commissie
financier	Europese Commissie
auteurs	Dr. N. Tabibian en dr. K. Gorter
met medewerking van	Drs. G. Doğan
eindredactie	J. de Klein
omslag	Korteweg Communicatie, Eindhoven
basisontwerp binnenwerk	Gerda Mulder BNO, Oosterbeek
opmaak	J. de Klein
uitgave	Verwey-Jonker Instituut

*De publicatie*

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl>.

Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar [verwey-jonker@adrepak.nl](mailto:verwey-jonker@adrepak.nl) of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 90-5830-176-1

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2005

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.