



Hogeschool Utrecht

**VANDAAG DE VRAAG,
MORGEN HET AANBOD
VRAAGGESTUURDE ZORG
IN ONTWIKKELING**

DR. HELIANTHE S.M. KORT

auteur Helianthe Kort
redactie Jolanda Keesom, Amsterdam
uitgever Hogeschool Utrecht
ontwerp www.dietwee.nl
ISBN 90-90199-3-73

L.S. is een reeks publicaties van HU-lectoren

- L.S.6. Resultaten uit het verleden bieden garanties voor de toekomst.
Pim Brinkman, 2003
- L.S.7. Ouder worden. Marieke Schurmans, Mia Duijnste, 2003
- L.S.8. De spin in het web. Joop de Jong, 2003
- L.S.9. Kleurrijke Gesprekken. Maaike Hajer, 2003
- L.S.10. Redelijke sociale verhoudingen, redelijk sociaal gedrag. Hans van Ewijk, 2003
- L.S.11. Met het oog op de meester. Kees van der Wolf, 2003
- L.S.12. Door leefstijl naar gezondheid. De mythe van het bewegen. Luc Vanhees, 2003
- L.S.13. Betekenisvolle integratie: de ontwikkeling van een competentielandschap voor opleiders in pedagogisch perspectief. Hans Jansen, 2003
- L.S.14. Advisering van het midden- en kleinbedrijf. Gilbert Silviu, 2003
- L.S.15. Voor wat en wie het waard is... Hans Junggebur, 2004
- L.S.16. Microsysteemtechnologie: kleine zaken, grote gevolgen.
Jan Eite Bullema, 2004
- L.S.17. Kennis delen: Gesprekken over leren innoveren, 2005
- L.S.18. Een lucifer ontbranden: Verslag van een zoektocht naar analytisch vermogen met behulp van 25 interviews. Roelf Middel, 2005
- L.S. 19. Hooggeleerde domheid en andere gebreken. Over kennisproductie in de polder. Frans Leijnse, 2005
- L.S. 20. Vandaag de vraag, morgen het aanbod. Vraaggestuurde zorg in ontwikkeling.
Helianthe Kort, 2005

	VANDAAG OF MORGEN			VAN PATIËNT TOT ZORGCONSUMENT	
	3			7	
NAAR EEN TOEREIKEND ZORGANBOD					
10					
		IN DIALOOG MET CLIËNTEN			
		22			
	DE MISSIE VAN HET LECTORAAT				
	29				
RESULTAAT- GEBIEDEN VAN HET LECTORAAT			TOT BESLUIT		BRONNEN
37			42		44
		CURRICULUM VITAE	SUMMARY		
		49	50		

O P L O S S I N G E N

**OUR LIVES BEGIN TO END
THE DAY WE BECOME SILENT
ABOUT THINGS THAT MATTER**
MARTIN LUTHER KING, JR.

VANDAAG OF MORGEN

Stel dat u plotseling zorg nodig had, wat zou uw vraag dan zijn? Eén ding weet ik wel: ik zou meteen geholpen willen worden. Benauwd kwam ik terug van vakantie, letterlijk happend naar lucht. Ik wilde maar één ding weten: wat is er aan de hand? Waarom heb ik dit? Help, ik zou toch niet... Ik wilde direct duidelijkheid en zonnodig hulp, maar zo werkt de zorg in de praktijk niet. Mijn vraag van vandaag leidde niet direct tot een antwoord, laat staan tot hulp. Gelukkig hoeft dat meestal ook niet, behalve in acute noodsituaties. De zieke klant hoeft ook geen koning te zijn. Als ik zeg: 'de vraag vandaag en het aanbod morgen', bedoel ik dat we eerst zouden moeten stilstaan bij de vraag van de zieke. Wat is er aan de hand, wat betekent het voor hem of haar, waarmee zou hij of zij geholpen zijn? Hoe zou er met andere woorden kunnen worden ingespeeld op de vraag van de cliënt?

Geachte aanwezigen, zeer gewaarde vakgenoten, collega's, studenten, bestuurders, familie en vrienden en andere relaties. Het concept vraaggestuurde zorg waar dit Lectoraat voor staat, is een zogenoemd 'containerbegrip'. Het is moeilijk om er concrete inhoud aan te geven. Vraaggestuurde zorg omvat een reeks activiteiten, die lopen van betrokkenheid van patiënten bij de individuele zorgverlening tot

N I N I N Z O R G K E

betrokkenheid van de overheid bij beslissingen over het zorgbeleid. Vraaggestuurde zorg speelt zich af op macro-, meso- en microniveau. Vraaggestuurde zorg is een speerpunt in het zorgbeleid van de overheid, maar het is niet duidelijk wat dit voor de praktijk betekent. In het zorgbeleid wordt bijvoorbeeld weinig aandacht besteed aan de vraag welke houding en welk gedrag van professionals en van consumenten past bij vraaggestuurde zorg. Professionals, onderzoekers, beleidsmakers, patiënten, consumenten en docenten geven elk vanuit hun eigen referentiekader verschillende betekenissen aan de term vraaggestuurde zorg.

Waarom vraaggestuurde zorg?

Het concept vraaggestuurde zorg komt voort uit de impuls die de overheid heeft gegeven tot liberalisering van publieke activiteiten, dan wel activiteiten die een publieksbelang dienen. De verandering van aanbodsturing naar vraagsturing die daarmee is ingezet, is een reactie op de bureaucratische, centrale sturing en planning van de zorg. Daarnaast wenst de overheid de zorggebruiker meer zeggenschap te geven en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, onder andere op het punt van de bejegening en de logistieke kant van het zorgproces. In algemene zin ziet de overheid vraagsturing als een pakket van maatregelen om de burger meer zeggenschap te geven in het aanbod. Vraaggestuurde processen zoals marktwerking zijn niet alleen in de gezondheidszorg op gang gebracht, maar ook in het onderwijs,

de woningbouw en de kinderopvang. Wie van u heeft zich vorig najaar bijvoorbeeld verdiept in de aanvraag voor de tegemoetkoming in de kinderopvang? En wie heeft dit najaar voor zichzelf al een passend zorgverzekeringspakket kunnen samenstellen? Zoals een hoogleraar laatst zei: 'Ik heb drie schoonmoeders. Je hebt hogere wiskunde nodig om een keuze te kunnen maken voor mezelf en mijn schoonmoeders.' Toch passen de maatregelen die gericht zijn op vraagsturing bij deze tijd. Het gaat om keuzevrijheid en het bieden van keuzemogelijkheden. Maar het kost nog tijd en we moeten er ook aan wennen.

Vier sporen

De overheid stimuleert vraagsturing in de zorg omdat vraag en aanbod onvoldoende op elkaar aansloten, zowel kwantitatief als kwalitatief. Ook werd in de zorg te weinig rekening gehouden met de rol van de moderne burger. Het ministerie van VWS (2002) onderscheidt vier sporen waarlangs het transitieproces richting vraagsturing plaatsvindt:

- Versterken van de positie van consumenten en patiënten;
- Ontwikkeling van vrijheidsgraden en prikkelstructuur;
- Effectueren van een gelijk speelveld;
- Creëren van een toereikend zorgaanbod.

Het versterken van de positie van consumenten en patiënten houdt onder meer in dat de zorg transparant wordt, dat zorggebruikers meer zeggenschap krijgen en dat er meer specifieke instrumenten komen

TRENS, TAAKH

voor zorginkoop op maat, zoals het Persoonsgebonden Budget (PGB). Onder de ontwikkeling van vrijheidsgraden en prikkelstructuur valt de verschuiving van een financiering van instellingskosten naar een prestatiebekostiging.

Onder het effectueren van een gelijk speelveld valt bijvoorbeeld dat het makkelijker wordt als zorgaanbieder op de markt actief te worden. Een toereikend zorgaanbod is nodig om een betere aansluiting te krijgen met de zorgvraag. De huidige situatie van aanbodschaarste moet veranderen in een situatie waarin het aanbod past bij de vraag. Dit kan gebeuren door meer keuzemogelijkheden te bieden en door effectieve vormen van gereguleerde marktwerking mogelijk te maken. Hierna zal ik uitgebreider ingaan op een aantal ontwikkelingen en de gevolgen daarvan die bepalend zijn voor de invulling van het Lectoraat.

VAN PATIËNT TOT ZORGCONSUMENT

Het streven van de overheid om in het publieke domein vraaggestuurde processen op gang te brengen impliceert dat de burger zich in dat domein als consument kan gaan gedragen. Burgers zijn de afgelopen jaren kritischer en mondiger geworden. Hun leefstijlen zijn meer divers dan voorheen. De burger verwacht dat de overheid rekening houdt met zijn individuele wensen. Die veranderende opstelling van de burgers dwingt de overheid mee te veranderen en leidt tot vraagsturing in het publieke domein. In de zogenoemde 'ondernemende samenleving' van vandaag ziet de overheid de burger niet alleen als consument, maar ook als co-producent. De overheid gaat in haar beleid uit van de eigen verantwoordelijkheid van de individuele burger en verbindt zo het collectieve en het individuele belang (RMO, 2000). In de zorg pakt dat op twee manieren uit. Aan de ene kant is er aandacht voor vraagsturing in de zin van keuzevrijheid en keuzemogelijkheid, en voor zeggenschap en eigen regie. Aan de andere kant wordt meer nadruk gelegd op gebruikelijke zorg: de zorg voor of door een naaste. Hierdoor ontstaat een spanningsveld tussen het individuele en het collectieve belang.

ERSCHIKKING

Zorgconsumentisme

In de gezondheidszorg worden burgers van oudsher patiënten genoemd. Die term patiënten verwijst naar geduld, passiviteit en een afwachtende houding. In de huidige samenleving is dat niet in overeenstemming met de rol van de burger als consument en co-producent van beleid. Enkele jaren terug werden patiënten daarom binnen de care ineens cliënten genoemd om de gewijzigde relatie tussen zorgvrager en zorgverlener aan te geven. Tegenwoordig heten die cliënten ook wel klanten. Daarmee geven (thuis)zorginstellingen aan dat zij de zorgvrager zien als iemand die hun zorgproducten en diensten koopt. Met de term klant benadrukken ze de individuele benadering van de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener. De klant mag ook een bepaalde kwaliteit van de dienst of het product verwachten.

In de Nederlandse en Engelstalige literatuur over de gezondheidszorg worden ook de begrippen consument en consumentisme gebruikt om de mogelijkheden aan te geven die het individu heeft om in volle vrijheid zijn eigen keuzen te maken. In de dagelijkse zorgpraktijk kan de patiënt echter niet of nauwelijks zorgconsument zijn. Consument zijn vereist dat je beschikt over relevante informatie en dat is nu juist de zwakke schakel. In de zorg zijn het tot nu toe vooral de zorgverleners die over relevante informatie beschikken. Een benadering van de zorg vanuit het consumentisme veronderstelt dat patiënten onderhandelingsmacht, kennis, motivatie en deskundigheid hebben om medische autoriteiten uit te dagen. Willen patiënten zorgconsumenten zijn,

dan is informatie een belangrijke sleutel. Op grond van die informatie heeft de patiënt verwachtingen die bepalen in hoeverre hij zich opstelt als zorgconsument. Verwacht iemand weinig van de relatie met de zorgverlener, dan zal hij eerder tevreden zijn. Heeft iemand meer kennis en informatie, dan nemen zijn verwachtingen toe en wordt de patiënt meer zorgconsument.

G E N T' E C H N I O

NAAR EEN TOEREIKEND ZORGAANBOD

In 2030 zal 35 procent van de Nederlanders 55 jaar of ouder zijn. Het aantal Nederlanders van 65 jaar en ouder stijgt de komende dertig jaar van 2,2 miljoen naar 3,9 miljoen in 2030; bijna een verdubbeling. Gelijktijdig is er sprake van een demografische ontgroening. Het potentieel aan arbeidskrachten neemt af. Momenteel zijn op elke honderd potentiële arbeidskrachten van 20-64 jaar 22 ouderen (65-plus). Rond 2040 zullen dit 43 ouderen zijn op elke honderd potentiële arbeidskrachten (CBS, 2004). Het merendeel van de huidige 2,2 miljoen ouderen, 93 procent, woont zelfstandig. Het aantal mensen met een chronische ziekte neemt toe. Daarnaast neemt de kans op een ziekte toe met de leeftijd. Hoe hoger de leeftijd, des te groter de kans op een chronische ziekte. Daarnaast verlangen burgers meer keuzemogelijkheden in het zorgaanbod. De variaties aan levenslopen zijn groot. Niet alle burgers leven binnen een gezinsverband. Tevens is er binnen de samenleving meer diversiteit in leefstijlen (Overbeek e.a., 2004). De vraag naar zorgverleners groeit met gemiddeld 2 procent per jaar (Van der Windt, 2003). Uit die toenemende vraag en het tekort aan zorgverleners blijkt dat het zorgaanbod ontoereikend is. Om ervoor te zorgen dat cliënten meer keuzemogelijkheden hebben en dat de toegankelijkheid van de zorg verbetert, is er een aantal opties.

Het Lectoraat zoekt de oplossingen daarvoor vooral in zorgketens, taakherschikking en technologische ondersteuning. Het Lectoraat wil met deze thema's een bijdrage leveren aan zorgverlening passend bij de vraag van cliënten, zodat deze zolang mogelijk als zij zelf willen zelfstandig kunnen wonen, functioneren en in staat zijn om hun ziekte zelf te managen. De thema's zorgketens, taakherschikking en technologische ondersteuning hangen met elkaar samen. Werken binnen zorgketens betekent soms voor zorgprofessionals dat ze hun taken moeten verschuiven of herschikken, terwijl daarbij ook technologische ondersteuning vaak een rol speelt.

Zorgketens

Zorgketens zijn meestal enkelvoudige programma's gericht op de (gezondheids)zorgsector. In een recent verschenen artikel wordt gepleit voor een meer systematische benadering van zorgketens binnen de totale samenleving (Browne, 2004). Daarvoor wordt een model van dienstverleningsketens beschreven dat uitgaat van de plaats van het individu in de samenleving. Voor de doelgroep jonge gezinnen worden bijvoorbeeld naast zorg de sectoren maatschappelijke dienstverlening, opleiding, wonen, kinderopvang, recreatie, arbeid en voogdij onderscheiden waarbinnen samengewerkt zou moeten worden. De dienstverlening in zo'n zorgketen kan gericht zijn op preventie, op interventie, of op de ontwikkeling van het gezin. De bekostiging zou uit publieke, private of vrijwillige middelen moeten komen.

LOGISCHE ON

Dit model sluit aan op de veranderde wetgeving binnen Nederland. De veranderingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de inrichting en invulling van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) zullen er toe leiden dat zorgketens meer dan voorheen over de sector zorg heen zullen gaan. Deze veranderingen in de wetgeving zijn bedoeld om meer samenhang in de voorzieningen te bewerkstelligen, en de kwaliteit van de zorg en de ondersteuning te verbeteren, zodat ouderen, chronisch- en langdurig zieken en gehandicapten zolang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren, dan wel maatschappelijk kunnen participeren.

Verspreid over Nederland, maar ook in het buitenland, bestaan verscheidene initiatieven om tot zorgketens te komen. Een zorgketen kan worden gezien als een samenvoeging van een of meer zorgtrajecten voor cliënten met een gediagnosticeerde ziekte of aandoening teneinde tot een verbeterde kwaliteit van de zorg te komen (Van der Aa e.a., 2001). Zo zijn er zorgketens voor glaucoom, CVA, dementie, COPD en heup- en kniefracturen.

Binnen een zorgketen kunnen verschillende typen zelfstandige instellingen en zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn samenwerken om de zorg voor een bepaalde doelgroep beter te stroomlijnen. Het Lectoraat Extended Enterprise Studies van de Faculteit Natuur en Techniek heeft een project ketenintegratie opgestart dat als doel

heeft de afstemmingsproblemen te reduceren tussen verpleeghuizen, zorginstellingen en thuiszorgorganisaties.

Binnen een zorgketen vindt de beoogde kwaliteitsverbetering op een aantal niveaus plaats. Op organisatieniveau gaat het onder meer om het verminderen van de lacunes tussen de eerste en tweede lijn. Op beleidsniveau gaat het onder andere om het gebruik van uniforme (multidisciplinaire) standaarden en richtlijnen. Op het niveau van de professionals gaat het bijvoorbeeld om een doelmatige inzet van professionele kennis en vaardigheden en een verschuiving, dan wel herschikking van taken tussen de beroepen.

Taakherschikking

Een ander instrument om te komen tot een toereikend zorgaanbod is taakherschikking. Drijfveren voor taakherschikking zijn onder meer capaciteitsproblematiek, gebrek aan carrièreperspectief en problemen met de continuïteit van de zorg (RVZ, 2003). De Raad voor de Volksgezondheid definieert taakherschikking als het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen. Die herschikking van taken kan zowel een specialisatie naar een medische discipline zijn – ook wel verticale substitutie genoemd – als een verbreding naar een paramedische of verpleegkundige discipline, wat horizontale substitutie wordt genoemd. Substitutie wordt gezien als een manier om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Taakherschikking beoogt vooral kwaliteitsverbetering.

DERSTE EUNIN

Taakherschikking speelt zich af op het gehele terrein van de gezondheidszorg: tussen huisarts en medisch specialist, tussen huisarts en verpleegkundige, tussen apotheker en farmakundige, tussen tandarts en mondzorgkundige en tussen oogarts en optometrist. Deze laatste vorm van taakherschikking bestaat al langere tijd. Cliënten zijn vrijwel volledig geïnformeerd over wat zij bij de oogarts kunnen verwachten en wat bij de optometrist. Voor een aantal nieuwe beroepen is het nog lang niet zover. De verschillen tussen een Nurse Practitioner (NP) en een Physician Assistant (PA) zijn voor niet-ingewijden niet helder. Voor cliënten is nog niet duidelijk wat voor zorg, en van welke kwaliteit zij kunnen verwachten van de nieuwe professionals die momenteel worden opgeleid.

Taakherschikking vindt op verschillende plekken in de gezondheidszorg al op informele wijze plaats en is op zich geen nieuw fenomeen. Nieuw is dat de herschikking van de taken tussen de beroepen formeel geregeld wordt. Dit is echter nog lang niet rond. Alleen al de benodigde wetswijziging (BIG) experimenteerartikel zal de nodige tijd kosten. De stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) adviseert om de Wet-BIG met een experimenteerartikel uit te breiden. In een zogenaamd Algemene maatregel van Bestuur (Amvb's) worden de noodzakelijke bevoegdheden voor nieuwe professionals geregeld (Spenkelink-Schut, 2005). In het buitenland is taakherschikking al lange tijd bekend. De opleiding tot Nurse Practitioner bestaat in de Verenigde Staten sinds 1965.

Rond dezelfde tijd startte ook de opleiding tot Physician Assistant. De opleiding tot Physician Assistant valt onder het medische curriculum. Door taakherschikking wordt geprobeerd de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en ervoor te zorgen dat voldoende kwalitatief goed opgeleide zorgverleners beschikbaar zijn om een passend aanbod te doen op de vraag van de cliënt. Onderdeel van dat aanbod in de Verenigde Staten zijn onder meer Walk-in-Centra waar cliënten bij verpleegkundigen terecht kunnen met hun zorgvragen. Daarnaast zijn er telefonische zorgadvieslijnen waar verpleegkundigen zorgvragen van cliënten beantwoorden en hen indien nodig doorsturen naar andere zorgverleners (RVZ, 2003). Taakherschikking is ook binnen de paramedische zorg een actueel thema. Onderzoek naar een optimale schikking van taken tussen huisartsen en medisch specialisten enerzijds en paramedici zoals huidtherapeuten en fysiotherapeuten anderzijds, heeft nog niet plaatsgevonden.

Nederlands onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen laat onder meer zien dat Nurse Practitioners andere activiteiten doen dan de verpleegkundigen en de arts-assistenten. Zo besteden klinisch werkende NP's meer aandacht aan communicatie met de patiënt dan de verpleegkundige en dan de arts-assistent (Roodbol, 2005). Uit ander onderzoek blijkt dat tussen huisartsen en verpleegkundig specialisten geen verschil is te vinden in de begeleiding en zorgverlening aan chronische zieken (diabetici) (Vrijhoef e.a., 2002). Dit betekent dat door taakherschikking tussen huisartsen en verpleeg-

G KUNNEN EN ER

kundig specialisten, diabetici dezelfde kwaliteit van zorg ontvangen. De effecten van taakherschikking voor de toegankelijkheid van de zorg en de tevredenheid en beleving van cliënten behoort nog nader te worden onderzocht.

Buitenlands onderzoek laat zien dat patiënten tevreden zijn over Nurse Practitioners. Welk effect taakherschikking heeft op de kosten van de zorg, hangt samen met de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Een DBC beschrijft welke zorg wordt geleverd en wat de bijbehorende inspanning in tijd en kosten is. Met de ontwikkeling van DBC's willen zorgverzekeraars kwalitatief goede zorg kunnen inkopen die gericht is op dat wat de cliënt wil. Daarnaast is het de bedoeling dat de invoering van DBC's leidt tot een doelmatige inzet van de zorg en een toereikend zorgaanbod.

Taakherschikking wordt ook bevorderd door technologische ontwikkelingen binnen de diagnostiek en voor het monitoren van chronische ziekten en aandoeningen, omdat daardoor ook anderen dan artsen die zorg kunnen verlenen.

Technologische ondersteuning

Technologie ondersteunt of faciliteert de gezondheidszorg bij het optimaliseren van processen op macro-, meso- en microniveau. Technologie beslaat een breed terrein van hulpmiddelentechnologie zoals rollators en domotica, biomedische technologie, onder andere

voor diagnostiek en behandeling, en ICT-technologie, onder andere voor telecare en telemedicine (Kammen, 2002). Toepassingen van technologie in het kader van vraaggestuurde zorg zijn ook te vinden op het microniveau, in de zin van zeggenschap, eigen regie, kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Aan de andere kant is het belangrijk om er bij stil te staan in hoeverre het gebruik van technologische toepassingen op het microniveau de taken van de mantelzorger verlichten dan wel belasten (Schermer, 2004). Op het mesoniveau zijn technologische toepassingen van invloed op het optimaliseren van de effectiviteit en efficiëntie van de organisatie. Op macroniveau spelen technologische toepassingen een rol in het inzichtelijk maken van kosten en kwaliteit van de zorg op landelijk niveau (Technische Universiteit Eindhoven, 2004).

Een aantal technologische toepassingen is inmiddels zo vanzelfsprekend dat ze niet meer het predikaat technologie krijgen. Zo hebben de personal computer en de printer pen en papier vervangen, zijn tilliften niet weg te denken in de zorg voor langdurig zieken in verpleeg- en verzorgingshuizen, en worden thuis, al dan niet in vakantieperioden, tijd- en schemerschakelaars gebruikt om aanwezigheid te suggereren en potentiële dieven weg te houden.

EEN BIJDRAAG

Nieuwe mogelijkheden en beperkingen

Kennis en ervaring op het gebied van natuur en techniek in combinatie met kennis en ervaring in de gezondheidszorg kan het primaire zorgproces optimaliseren doordat het werk van de zorgverlener vergemakkelijkt en beter ondersteund wordt en de kwaliteit van leven van de zorggebruiker verhoogd wordt. Het gebruik van technologische toepassingen kan een behandeling verkorten, een beperking compenseren, dan wel ondersteuning bieden bij een bepaalde handeling of activiteit. De ICT-toepassing van beeld en geluid bij de zorg op afstand voor ouderen en chronisch zieken thuis, leidt er toe dat er niet altijd ter plekke een zorgverlener hoeft te zijn. Met deze zogeheten 'telecare' wordt geprobeerd de kwaliteit van zorg en de arbeidscondities voor de zorgverleners te verbeteren en de kosten te verlagen.

Het gebruik van technologie leidt niet altijd tot kostenverlaging. Bepaalde technologische toepassingen kunnen zo drempelverlagend zijn dat de kosten juist stijgen. De PC-privéregeling was zo'n succes dat hij moest worden afgeschaft. Het gebruik van een beeld- en geluidverbinding voor de zorg aan ouderen en chronisch zieken in de pilot bij Sensire was een succes omdat ouderen de toepassing ook gebruikten om een gevoel van sociale veiligheid te krijgen. Het gebruik van de scootmobiel voor mensen met een beperking in hun mobiliteit is zo'n succes dat het in de toekomst wellicht niet meer onder de WVG valt, maar wordt gezien als een alternatief voor de (electro)fiets, en daarom privaat gefinancierd moet worden.

Technologische toepassingen in de woonomgeving vergroten de mogelijkheden om langer zelfstandig thuis te wonen. Een recente peiling van USP Marketing Consultancy in Rotterdam heeft uitgewezen dat meer dan 60 procent van de 50-plussers en 85 procent van de 65-plussers in de eigen woning blijven wonen (www.usp-mc.nl). Langer zelfstandig wonen is mogelijk door bouwkundige oplossingen zoals drempelloos bouwen, het verbreden van toegangen en het geschikt maken van gebruiksvertrekken. Een andere weg is het aanbieden van thuishet technologie voor zorg op afstand of van de zogenoemde Intelligente Thuisomgeving (ITO) voor automatische afstemming op de individuele (zorggerelateerde) behoeften en stimulering van socialisatie (Van Hoof e.a., 2005). De totale kostprijs van de ITO wordt geschat op ongeveer 14.000 euro per woning (Van Bronswijk e.a., 2005). Extramuralisatie van de zorg voor mensen met een matige beperking – de groep die het meest baat zou kunnen hebben bij ITO – geeft een daling van de collectieve lasten van circa 16.000 euro per persoon per jaar (SCP / SEO, 2004)

Training in technologie

Kennis over technologie en de toepassing ervan binnen de gezondheidszorg is nog niet toegankelijk voor een breder publiek dan ontwerpers en wetenschappers van onderwijsinstellingen en kennisinstituten. Zorggebruikers, zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en beroepsverenigingen hebben niet of nauwelijks toegang tot

LEVEREN AAA

deze kennis en ontbreekt het aan mogelijkheden om zich deze kennis eigen te maken.

Technologie is voor de één spannend, maar voor de ander eng en ingewikkeld. Dat is jammer omdat veel bestaande technologische toepassingen, eventueel aangepast, in te zetten zijn buiten het domein van de techniek. Het gebruik van technologische toepassingen biedt mogelijkheden om een passend zorgaanbod te creëren en taken en rollen binnen de gezondheidszorg te verschuiven. In de huisartsenpraktijk is het al gebruikelijk dat niet alleen de huisarts de zorg en het monitoren van chronische ziekten tot taak heeft, maar dat ook een praktijkverpleegkundige of een gespecialiseerde verpleegkundige dit doet. Geavanceerde technologie, zoals bijvoorbeeld voor het monitoren van de longcapaciteit van mensen met longproblemen, is hierbij ondersteunend. Geavanceerde medische apparatuur maakt het mogelijk dat beroepsbeoefenaars van buiten het medische domein zorg kunnen verlenen. Een computerprogramma voor de beoordeling van moedervlekken op kwaadaardigheid hoeft niet per se uitgevoerd te worden door een medisch opgeleide (RVZ, 2003). Een huidtherapeut of specifiek daarvoor opgeleide Nurse Practitioner kan met deze technologische toepassing de eerste screening doen voordat de patiënt naar de arts gaat.

Door zogeheten cross-training kunnen zorgverleners met een aanvullende opleiding in een andere richting gaan werken dan waarin zij zijn opgeleid. Cross-training is één van de vijf aspecten van multi-skilling,

naast het ontwikkelen van nieuwe niet-traditionele rollen, het ontwikkelen van nieuwe typen niet-traditionele werkers, het bewerkstelligen van skillmix en van reorganisatie of herontwerp van het werk (RVZ, 2003). Doordat zorgverleners bepaalde competenties hebben en daarmee over bepaalde vaardigheden en ervaring beschikken ten aanzien van routinematige handelingen waarvoor zij oorspronkelijk niet zijn opgeleid, kunnen zij bepaalde handelingen na aanvullende training overnemen.

N ZORGGVERLI

IN DIALOOG MET CLIËNTEN

Zorgverlening komt tot stand door de relatie die zorgvrager en zorgverlener met elkaar hebben. Wil er sprake zijn van vraaggestuurde zorg in het primaire proces, dan is een voorwaarde voor die relatie dat er een dialoog tussen zorgvrager en zorgverlener tot stand komt (Pool e.a., 2003). In een dialoog zijn de gesprekspartners gelijkwaardig. Dat houdt in:

- intentionaliteit, dat wil zeggen dat elke gesprekspartner iets te zeggen heeft;
- integriteit, dat wil zeggen dat de gesprekspartners zeggen wat zij denken;
- rationaliteit: dat betekent dat ze verantwoordelijk zijn voor hun gevoelens, redenen en motieven;
- uniciteit, dat inhoudt dat elke gesprekspartner zich presenteert zoals hij is;
- en authenticiteit: de persoon is een eenheid (De Boer, 1981).

Van gesprek tot dialoog

In de context van vraaggestuurde zorg is een gesprek te zien als dialoog wanneer al het handelen van de zorgverlener aansluit bij wat de zorgvrager nodig heeft en bij zijn voorkeuren, wensen en mogelijkheden. Ook moet in het gesprek sprake zijn van een respectvolle bejegening (Roelink, 2002). Ander onderzoek laat zien dat het binnen vraag-

gestuurde zorg belangrijk is dat de zorgvrager de mogelijkheden heeft om de agenda van de dialoog met de zorgverlener te bepalen. Veelal bepaalt de professional de agenda bij een gesprek volgend op een transitie, zoals ontslag uit het ziekenhuis of de aanvraag voor thuiszorg (Rycoft-Malone, 2001). Langdurig en chronisch zieke zorgvragers blijken, waarschijnlijk op basis van hun ervaringsdeskundigheid, eerder in staat te zijn om de agenda voor een dialoog te bepalen. Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen in de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg, minder hun stempel drukken op de dialoog dan in een klinische setting (Rycoft-Malone, 2001). In de kliniek, de huisartsenpraktijk en de thuiszorg bleken de interactieprocessen vooral te worden bepaald door taakgerichte eisen. Voor het tot stand brengen van een dialoog met de cliënt bestaan verschillende methodieken of zorgconcepten. Onderzoek naar het concept van patiëntgericht werken toont aan dat zowel zorgverleners als zorgvragers informatie nodig hebben, maar dat ze daarbij verschillende prioriteiten hebben. Zo bleek uit onderzoek dat patiënten die opgenomen waren voor een geplande colon- of abdomenoperatie, het vooral belangrijk vonden dat zij werden betrokken bij de planning van hun ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast wensten zij voornamelijk informatie te krijgen over het te volgen dieet en de functionele activiteiten die thuis waren toegestaan. Verpleegkundigen daarentegen dachten dat de patiënten vooral informatie wilden over hun wonden, stomacomplicaties, de ziekte en het herstel. Het moge duidelijk zijn

LEVENINGSPASSE

dat met deze verschillen in verwachtingen geen dialoog op gang komt. De onderzoekers geven als aanbeveling mee dat er in het onderwijs over ontslag een heroriëntatie op het patiëntenperspectief moet plaatsvinden (Anthony & Hudson-Barr, 2004).

Belevingsgerichte zorg

De zorgconcepten belevingsgerichte zorg en geïntegreerde belevingsgerichte zorg geven de zorgverlener aanwijzingen voor het op gang brengen van een dialoog. Binnen de belevingsgerichte zorg (BGZ) staat het aangaan van een relatie en een dialoog met de zorgvrager centraal, zodat professionals een goede kwaliteit van de zorg kunnen leveren. BGZ onderscheidt binnen de dialoog als aandachtsgebieden gezondheidsproblemen, bestaansproblemen en interactieproblemen. Het instrument bij dit zorgconcept is de Belevingspeiler die bestaat uit een aantal vragen waarmee de zorgverlener zicht kan krijgen op mogelijke knelpunten en problemen binnen de drie probleemgebieden. Dit lijkt tegenstrijdig met vraaggerichtheid, omdat bij vraaggerichtheid de zorgvrager de agenda bepaalt en het stellen van open vragen van belang is. Maar het past wel bij het uitgangspunt van BGZ dat de zorgverlener alleen door te investeren in de relatie met de zorgvrager zicht kan krijgen op de zorg die past bij de vraag en de beleving van de cliënt. Investeren in een goede relatie betekent onder meer dat de zorgverlener reflecteert tijdens het handelen en in een bespreking achteraf (Pool, 2003).

In een andere variant, de geïntegreerde belevingsgerichte zorg, is de dialoog vooral gericht op het in contact blijven van verzorgenden met dementerende verpleeghuisbewoners. Dit zorgconcept gaat uit van de integratie van ervaringen die verzorgenden in hun privé- en werkomgeving opdoen. Volgens deze benadering leren verzorgenden te reflecteren op hun handelen en steeds gevoeliger te worden voor de leefwereld van de ander, in dit geval van de dementerende. Aan de hand van dit zorgconcept leren verzorgenden om hun ervaringen te structureren en te delen met anderen (Van der Kooij, 2003).

Feedback en signaleren

Een andere manier om in dialoog te komen met cliënten is hen feedback te vragen. Ontvangen en vragen van feedback kan gepland en ongepland gebeuren. In het project Graag Feedback, betrokkenheid van de individuele cliënt bij de kwaliteit in de thuiszorg van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), leren zorgverleners op een structurele manier met de feedback van hun cliënten om te gaan. Zorgverleners worden zich er zo van bewust dat rekening houden met de ervaring en mening van cliënten de kwaliteit van de zorg ten goede kan komen. Cliënten en hun naasten worden ook actief gestimuleerd om betrokken te zijn bij de kwaliteit van de zorg. Zorgverleners leren niet alleen te vragen naar feedback, maar ook cliëntgericht te signaleren en non-verbale signalen over de kwaliteit van de zorg op te pakken (Kort e.a., 2005).

NID BIJ DE VR

Cliëntgericht signaleren is een belangrijke vaardigheid voor zorgverleners die werken met mensen met een meervoudige handicap, met wie een verbale dialoog niet of nauwelijks mogelijk is. Daarentegen geven de signalen die een meervoudig gehandicapte persoon uitzendt, wel degelijk informatie over zijn wensen. In de zorg voor meervoudig gehandicapte personen is het bovendien van belang om de signalen die ouders of andere naaste verwanten oppakken te gebruiken als informatiebron voor de zorg. Ook in de gehandicaptenzorg kan wel degelijk sprake zijn van een dialoog tussen zorgverlener en zorgvrager als gelijkwaardigheid en openheid bestaan. Zorgverleners behoren gevoelig te zijn voor signalen, niet alleen door ervoor open te staan, maar ook door hun eigen houding. Ze kunnen de cliënt uitlokken tot een dialoog door hen verschillende keuzemogelijkheden voor te leggen waardoor zij hun wensen kenbaar kunnen maken. Een manier om daar richting aan te geven is het gebruiken van hun levensverhaal, bijvoorbeeld aan de hand van objecten die zij gedurende hun leven verzameld hebben (Van Burgsteden, 2002). Ook voor ergotherapeuten en fysiotherapeuten bestaan methodieken voor vraaggericht werken. Bij deze beroepsgroepen is zowel de dialoog als het signaleren van belang. Zij betrekken de omgeving en de competenties van de cliënt bij het behandelplan (Townsend, 1997).

Vraagverheldering

Vanuit een cliëntenperspectief geredeneerd betekent vraaggerichtheid van de zorg dat gewerkt wordt aan vraagverheldering, dat wil zeggen: aan een dialoog met de professional die ertoe leidt dat de zorg optimaal bijdraagt aan het oplossen van de problemen die de cliënt ervaart. Vraagverheldering kan op micro-, meso- en macroniveau plaatsvinden. Op microniveau heeft vraagverheldering tot doel om invulling te geven aan vraaggerichte zorg. Op het niveau van instellingen (meso-niveau) en gemeentelijk, provinciaal dan wel op landelijk beleidsniveau (macro-niveau) draait vraagverheldering om het formuleren van maatregelen die een bijdrage leveren aan vraaggestuurde zorg (Overbeek, 2002).

Naast vraaggericht werken waarin de professional meestal sturend is, bestaan er diverse methodieken om de daadwerkelijke vraag van de cliënt te achterhalen. De meesten zijn gebaseerd op communicatie. Zo worden volgens de Focusgroep-methode aan de hand van vragen de wensen en behoeften van een homogeen samengestelde groep onderzocht. Daarnaast bestaan er Spiegelgesprekken tussen zorgverleners en zorgvragers om het perspectief van beiden in beeld te brengen. Maar niet alle zorgvragers kunnen door middel van communicatie hun eigen wensen en behoefte goed naar voren brengen. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen met een geestelijke beperking. In de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg bestaat daarom de Visuele Prikkelmethode waarin bewoners of psychiatrische patiënten hun

R A A G V A N G L I

belevingswereld in foto's vastleggen (Royers, 2001; Sitvast, 2003). Net als in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg bestaan in de gehandicaptenzorg diverse methoden om de kwaliteit van het bestaan vanuit het cliëntenperspectief vast te leggen. In de Zeg het ons-methode (Ask me) hebben mensen met een verstandelijke handicap zowel de rol van interviewer als van respondent. Het idee er achter is dat iemand met dezelfde achtergrond en ervaring beter in staat is om bij de ander na te gaan hoe die kwaliteit van bestaan ervaart. De vragen worden visueel, met pictogrammen, ondersteund (Douma, 2001).

DE MISSIE VAN HET LECTORAAT

Het Lectoraat is opgezet omdat vraaggestuurde zorg een centrale plaats inneemt in de vernieuwing van de gezondheidszorg. Het Lectoraat zal zich voornamelijk richten op het zorginhoudelijke aspect van de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing. Economische, juridische en organisatorische aspecten zullen minder aan bod komen. Binnen het werk van het Lectoraat zal het accent liggen op het streven meer keuzemogelijkheden te bieden.

De eerste programmalijn omvat het verbeteren van de afstemming en de samenhang van de zorgverlening, met specifieke aandacht voor taakherschikking of taakdelegatie, voor zorgketens en voor het gebruik van technologische ondersteuning in de zorg, met name de gerontechnologie. De tweede programmalijn omvat de dialoog-gestuurde zorg vanuit vraaggericht werken en vraagverheldering. In de figuur op de volgende pagina wordt het operationaliseringskader voor de programmalijnen van het Lectoraat weergegeven.

LENTEN, ZODER

mismatch zorgvraag – zorgaanbod

vernieuwing van het zorgstelsel

- aanpassing van het verzekeringsstelsel
- sturing van de zorg

transitieproces

- versterken van de positie van consumenten en patiënten
- ontwikkeling van vrijheidsgraden en prikkelstructuur
- effectueren van een gelijk speelveld
- creëren van een toereikend zorgaanbod

keuzemogelijkheden

- verbetering afstemming en samenhang van de zorgverlening
 - taakherschikking
 - zorgtekens
 - technologische ondersteuning
 - gerontechnologie
- dialooggestuurde zorg
 - vraaggerichtheid
 - vraagverheldering

Macroniveau

Het Lectoraat operationaliseert het concept vraaggestuurde zorg op het meso- en het microniveau. Operationalisering op macroniveau is de verantwoordelijkheid van de overheid en hangt samen met de ontwikkelingen in het verzekeringstelsel richting meer privaat of meer publiek en onder invloed van de internationale ontwikkelingen. Naast de overheid spelen op macroniveau zorgverzekeraars, koepelorganisaties, beroeps- en patiëntenverenigingen een rol. ZonMw zet op dat niveau binnen het programma Kiezen in Zorg projecten uit (www.zonmw.nl).

Mesoniveau

Het mesoniveau in de gezondheidszorg bestaat onder andere uit instellingen en netwerken van instellingen. Op dat niveau operationaliseert het Lectoraat Vraaggestuurde Zorg haar rol in het creëren van keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor zorggebruikers. Keuzemogelijkheden hangen onder meer af van het aanbod van professionals. Keuzevrijheid hangt af van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Als gevolg van de centrale planning van de zorg heeft de zorggebruiker geringe keuzemogelijkheden. Het concurrentiemodel zoals dat in het bedrijfsleven functioneert, is niet tot nauwelijks toe te passen binnen het concept van vraaggestuurde zorg. Voor bepaalde doelgroepen en zorgvormen is en blijft onderlinge afstemming noodzakelijk.

WAT DEZE ZOLLA

De keuzemogelijkheden van de zorggebruiker zijn te vergelijken met die van een reiziger op het metronet. Eenmaal gekozen voor een route met een bepaalde kleur blijft die op deze route, hoewel hij op vaste punten kan overstappen. Dergelijke zorgroutes met verschillende kleuren, zogeheten zorgketens, met vaste momenten voor een overstap naar een andere zorglijn, kunnen op mesoniveau voor de zorggebruiker gecreëerd worden. Net als in een metronet is daarvoor sturing, regie en samenwerking binnen de gegeven infrastructuur nodig.

Microniveau

Het Lectoraat operationaliseert zijn rol op microniveau door een bijdrage te leveren aan sturing van zorgprocessen op grond van de dialoog met de zorgvrager. Op het microniveau gaat het om het primaire proces tussen zorgverlener en cliënt. Voor het Lectoraat zal daarin centraal staan hoe beroepsbeoefenaren invulling kunnen geven aan dialooggestuurde zorg. Beroepsbeoefenaars behoren zorggebruikers informatie en advies te geven en hen zo te begeleiden dat ze een keuze in de zorg kunnen maken die past bij hun behoeften en wensen.

Tussen de drie niveaus is er sprake van een spanningsveld tussen aandacht voor meer zeggenschap voor burgers en keuzevrijheid, transparantie in de zorg, functiegerichte bekostiging en het streven naar kostenreductie. Het gehele pakket van maatregelen binnen vraaggestuurde zorg wordt door het veld nog als tegenstrijdig ervaren.

Verspreiding van kennis

Beschikbaarheid van kennis is de sleutel voor studenten en docenten om onderwijs te volgen, respectievelijk te geven, en om competenties te ontwikkelen, dan wel te verrijken. Toch verloopt de disseminatie, de verspreiding, van kennis binnen de gezondheidszorg traag. Het succes van een 'best practice' is niet automatisch over te dragen naar de gehele sector.

Volgens Berwick (2003) zijn drie zaken van belang om de verspreiding van innovaties te versnellen:

- de perceptie van de innovatie: wat heeft het individu eraan? En welke kennis kan het individu krijgen over de consequenties van de innovatie?;
- de karakters van degenen die de innovatie overnemen: is de innovatie in overeenstemming met de achtergrond, geloof en bestaande behoeften van het individu?;
- contextuele factoren, met name die betrekking hebben op de communicatie, prikkels, leiderschap en management: hoe eenvoudiger de innovatie, hoe sneller de verspreiding. Innovaties verspreiden zich sneller als ze van nut, passend, eenvoudig, beproefd en waarneembaar zijn.

Zorginstellingen hebben de afgelopen jaren diverse veranderingen doorgevoerd, waarvan de meeste lagen op logistiek gebied en op het gebied van het personeelsbeleid. Met deze veranderingen steeg

ANING MIOGGEELIJ

het aantal productieve uren per werknemer, maar ze leidden niet tot meer efficiëntie. De vernieuwingen hebben een tijdelijk effect gehad op de toename van de arbeidsproductiviteit. Voor een effect op de langere termijn zijn veranderingen in het productieproces nodig, maar juist dat soort gerichte vernieuwingen komt niet gemakkelijk van de grond omdat de prikkel tot innoveren ontbreekt (SEO, 2005). Binnen het Lectoraat zal daarom via een aantal overdrachtslijnen aandacht besteed worden aan het beschikbaar stellen van de verworven kennis op het gebied van vraaggestuurde zorg.

Het Lectoraat heeft de disseminatie van kennis als volgt gepland:

- Informatieverspreiding
- Kennisuitwisseling
- Kennisoverdracht
- Kennisverankering

Informatieverspreiding

E-zine

Verspreiding van kennis over vraaggestuurde zorg zal plaatsvinden door middel van een e-zine over de stand van zaken, de activiteiten en ontwikkelingen op het terrein van vraaggestuurde zorg, kalender en activiteiten van de kenniskring. Daarnaast zal informatie worden opgenomen over relevante projecten die elders worden uitgevoerd en zal het beleid rond vraaggestuurde zorg vertaald worden naar docenten, studenten en beroepsbeoefenaars.

Factsheets

Via factsheets zullen feiten en bevindingen over vraaggestuurde zorg in Nederland en in het buitenland per thema worden verspreid.

Dag- en weekbladen

Verspreiding van de kennis zal eveneens plaats vinden door actief de publiciteit te zoeken via de dag- en weekbladen en de interne bladen van de Faculteit Gezondheidszorg en van de Hogeschool Utrecht.

Kennisuitwisseling

Binnen het Lectoraat zal via een vakgroep of via refereeravonden de mogelijkheid gecreëerd worden om kennis over vraaggestuurde zorg uit te wisselen met andere docenten, onderzoekers, beroepsbeoefenaars en beleidsmakers.

Kennisoverdracht

Door het geven van lezingen en workshops op nationale en internationale congressen en bijeenkomsten, en door het organiseren van themamiddagen zal het Lectoraat de opgedane ervaring en kennis overdragen aan studenten, andere docenten, onderzoekers, beroepsbeoefenaars en beleidsmakers. Dit zal zij tevens doen door het publiceren in wetenschappelijke tijdschriften en vakbladen.

K ALS ZIJ ZEI

Kennisverankering

Het Lectoraat beoogt de opgedane kennis te verankeren in het onderwijs door het samenstellen van minors, al dan niet in gezamenlijkheid met de andere twee Lectoraten binnen de Faculteit Gezondheidszorg. Tevens zal een bijdrage worden geleverd aan de ontwikkeling van richtlijnen voor de beroepsgroepen.

RESULTAATGEBIEDEN VAN HET LECTORAAT

De focus binnen het Lectoraat ligt op toegepast praktijkgericht onderzoek, curriculumvernieuwing, professionalisering van docenten en kenniscirculatie. Doel is vanuit de Hogeschool Utrecht een bijdrage te leveren aan het creëren van keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor zorgvragers. Zoals gezegd zal het Lectoraat hiervoor langs twee programmalijnen activiteiten ontwikkelen. In de eerste lijn staat verbetering van de afstemming en samenhang van de zorgverlening centraal. De tweede lijn is gewijd aan dialoogsturing van de zorg.

Doelstelling

Op basis van de resultaten van het onderzoek in de twee programmalijnen en op basis van elders verworven kennis zal het Lectoraat een actieve bijdrage leveren aan:

- de professionalisering van docenten,
- aan onderwijs aan studenten en
- (bij)scholing van beroepsbeoefenaars in de praktijk.

Deze inspanningen moeten leiden tot bewustwording van vraaggestuurde zorgprocessen en tot onderwijs aan studenten vanuit het perspectief van vraaggestuurde zorg. In de praktijk zal dit er uiteindelijk toe leiden dat zorg tot stand komt op basis van de dialoog met de zorggebruiker. Daarom zal naast de programmalijnen een overdrachtslijn

F W I L L E N Z E

worden opgezet voor de verspreiding van opgedane en ontwikkelde kennis buiten het Lectoraat.

Beoogde projecten en toegepast onderzoek

Programmalijn 1. Verbetering van de afstemming en samenhang van de zorgverlening

In deze lijn zal onderzoek plaatsvinden naar taakherschikking, zorgketens en technologische ondersteuning.

- **Taakherschikking: Physician Assistant (PA), een transitie binnen het medisch domein.**
De capaciteitsproblemen die Nederland binnen de gezondheidszorg kent, bieden voor HBO-ers in de gezondheidszorg een nieuw carrièreperspectief. PA's kunnen de genoemde capaciteitsproblemen voor een deel opvangen en bovendien de gezondheidszorg als werkgebied aantrekkelijk maken. Ook ontwikkelingen binnen de geneeskunde creëren draagvlak voor de PA. Het vermoeden bestaat dat de inzet van de Physician Assistant ook een oplossing kan bieden voor de problemen rond de toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg.
De centrale vraag binnen dit onderzoek is in hoeverre de competenties van de PA voldoen aan het concept-functieprofiel PA en wat de betekenis is van de taakherschikking binnen het medisch domein? In een tweetal afzonderlijke projecten zullen de effecten van taak-

herschikking binnen de mondzorg en de oogzorg worden onderzocht omdat binnen deze twee domeinen al eerder dan op het medisch domein taakherschikking of substitutie is doorgevoerd. Wat kunnen we van de ervaringen binnen deze domeinen leren?

- **Zorgketens: Optimale oogzorg voor ouderen, een multidisciplinaire aanpak.**
Een goed zicht is voor ouderen van belang bij de uitvoering van dagelijkse activiteiten, persoonlijke verzorging en mobiliteit. Ouderen, hun naasten en eventueel hun professionele verzorgers spelen een belangrijke rol in een gezonde oogzorg. Veranderingen in de structuur van het oog zijn een normaal verschijnsel in het verouderingsproces. De meest voorkomende oogproblemen bij de ouder wordende mens zijn het gevolg van glaucoom, cataract en diabetes. De ogen van de ouder wordende mens verdienen ook extra verzorging vanwege verschijnselen als droge of tranende ogen, hangend ooglid, lichtgevoeligheid en een verstoorde visus. Om een gezonde oogzorg te garanderen moeten veranderingen in het oog vroeg opgespoord worden, moet er aandacht zijn voor visuele hulpmiddelen (dragen van een schone en juiste bril, gebruik van vergrootglazen). Verder moet er vanuit de verzorging aandacht zijn voor de oudere met een afnemende visus door mensen hulp te bieden bij dagelijkse activiteiten en door aanpassingen in de omgeving te bewerkstelligen. De centrale vraag

ELFSTANDIG

binnen het onderzoek is: op welke wijze kan oogzorg van goede kwaliteit bij ouderen in het verzorgings-/verpleeghuis worden verleend? Wat is de huidige kwaliteit? Op welke wijze kan de kwaliteit van de oogzorg worden verbeterd? Kan er een multidisciplinaire aanpak worden ingevoerd? En zo ja, wat is hiervan het effect?

- Technologische ondersteuning: DELCARE en Vitaliteitsbehoud bij ouderen met COPD. Op dit thema zijn twee onderzoeken uitgezet. Tevens wordt een minor op het snijvlak van technologie en zorg ontwikkeld.

Het onderzoek met als titel *Delaying the demand for care of older adults with dementia in relation to supportive living environments and the use of assistive technology (DELCARE)* richt zich op de kwantitatieve en kwalitatieve bijdrage van de ondersteunende leefomgeving (bouwtechnische, bouwfysische, installatietechnische aspecten en thuishetchnologie) en hulpmiddelen bij zelfstandig wonende ouderen met dementie met als doel de vraag naar zwaardere zorgvormen uit te stellen en het welbevinden te vergroten. De centrale vraag in het onderzoek is hoe hiervoor een optimale woonomgeving voor dementerenden kan worden gerealiseerd? Het onderzoek zal uitgevoerd worden binnen het 'Technologie Thuis Nu!'-programma van het Lectoraat, wat een gezamenlijk initiatief is van UNETO-VNI, de brancheorganisatie van installateurs (OTIB), de Task Force Innovatie Regio Utrecht en de Hogeschool Utrecht.

Het andere onderzoek is getiteld *A vital living environment to improve independent living of older adults with COPD*. Het onderzoek is gericht op de kwantitatieve en kwalitatieve meting van de vitaliteit van ouderen met chronische longproblemen in relatie tot hun woonomgeving.

Doel is dat zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen in hun eigen omgeving. De centrale vraag binnen het onderzoek is op welke wijze de leefomgeving effect heeft op de vitaliteit van deze doelgroep.

Programmalijn 2: Dialoogsturing van de zorg

In deze programmalijn zal onderzoek plaatsvinden naar dialoogsturing in het primaire zorgproces. Hiervoor zullen diverse methodieken en instrumenten voor dialoogsturing worden vergeleken. Centrale vraag is op welke wijze de uitvoering van dialoogsturing in de praktijk van alledag kan worden ingevoerd. Welke competenties zijn hiervoor nodig? Hoe moet het onderwijs hierop aangepast worden? Op basis van de resultaten en ervaringen van het onderzoek zal binnen deze lijn een minor worden ontwikkeld.

KUNNEN WJON

TOT BESLUIT

Zeer gewaardeerde vakgenoten, collegae, studenten, docenten, bestuurders, familie, vrienden en overige relaties. Met het uitspreken van deze les zijn de plannen voor het Lectoraat openbaar. Ik ben er klaar voor en ik zal mijn best doen om ze waar te maken. Ik heb mijn benauwdheid inmiddels onder controle en het uitspreken van deze openbare les geeft al heel wat opluchting.

Onze ambitie is hoog, maar realiseerbaar dankzij de aanwezige expertise in het Lectoraat, het vertrouwen van het College van Bestuur van de Hogeschool van Utrecht en de directie van de Faculteit Gezondheidszorg, en dankzij de positieve samenwerking met de afdelingsdirecties van de Faculteit Gezondheidszorg en de Faculteit Natuur en Techniek. De belangstelling van docenten en studenten zal ons prikkelen om uit te voeren wat we vandaag beloofd hebben. De vragen van familie, vrienden en overige relaties zullen ons steeds uitdagen om de ambities waar te maken. Vandaag is een positieve dag en zo zullen er meer zijn. Net als in het verleden zullen er ook tegenslagen zijn, maar die zie ik als een mogelijkheid om talenten te benutten. Dat zullen wij ook doen!

Op deze plaats wil ik ook de directie en het bestuur van het NIZW bedanken voor de samenwerking met het Lectoraat. Mijn collega's van het NIZW dank ik voor het plezier dat ik met hen heb om te 'zorgen dat het werkt'. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de diverse

samenwerkingsrelaties voor het vertrouwen dat zij in ons hebben om hun ideeën uit te werken tot projecten. Tenslotte dank aan mijn familie, vrienden en mijn jongens voor hun ondersteuning en stimulans.

Ik heb gezegd.

LEN, FUNCTIO

BRONNEN

Aa van der A., Konijn T. Ketens. Ketenregisseurs en ketenontwikkeling. Het ontwikkelen van transparante en flexibele samenwerkingsverbanden in netwerken. Lemma, Utrecht 2001.

Anthony M.K., Hudson-Barr D. A Patient-centered Model of Care for Hospital Discharge. Clinical Nursing Research vol 13. May 2004. p 117-136.

Baart A. Een theorie van de presentie. Utrecht. Lemma, 2001.

Berwick D.M. Disseminating Innovations in Health Care. JAMA, 289, no 15 1969 – 1975.

Boer de T. Grondslagen van een kritische psychologie. Baarn, AMBO 1980.

Bronswijk J.E.M.H. van, Hoof J. van, Franchimon F. Koren L.G.H.,

Pernot C.E.E., Dijken F. van. De intelligente thuisomgeving. Een betaalbare zorg voor de langere duur. In: Zuidema E.A., Stevens P.G.J.J., Adrichem J.A.M., Kort H.S.M., Verbeek G. (red.). Handboek Zorg Thuis, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2005.

Burgsteden van R., Braams J., Kersten M. Eigen invloed ervaren. Bevorderen van zeggenschap voor mensen met ernstig meervoudige beperkingen. Utrecht, LKNG 2002.

Browne G., Roberts J., Gafni A., Byrne C., Kertyzia J., Loney P. Conceptualizing and validating the Human services Integration Measure. International Journal Of Integrated Care vol 4. May 2004. pag 1 – 12.

Centraal Bureau voor de Statistiek. De Nederlandse samenleving 2004. Sociale trends. CBS Voorburg / Heerlen, 2004

Douma J.C.H., Kersten M.C.O., Koopman H.M., Schuurman M.I.M., Hoekman J. Het 'meten' van kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke handicap. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten 27, 17 -36. 2001.

Hoof, van J. Dijken van F., Kort H.S.M. Langer zelfstandig thuis door technologie. TVWL Magazine 34 (7-8), 52-55, 2005.

Kammen J. (red). Zorgtechnologie. Kansen voor innovatie en gebruik Redactie: 2002 STT 66.

Kooij van der C. Gewoon lief zijn. Het maïeutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen.

Kort H.S.M, Boers H., Veen van der R. Eindrapportage Graag Feedback. Stimulering van de betrokkenheid van de individuele cliënt bij de kwaliteitszorg in de thuiszorg. NIZW Zorg, Utrecht 2005.

Overbeek, van R., Begemann C., Schippers A., Weekers S., Veltman M., Veen van der R., Meulmeester M. Vraagverheldering in relatie tot vraaggerichte en vraaggestuurde zorg. NIZW Utrecht 2002.

Pool A, Mostert H., Schumacher J., De kunst van het afstemmen. Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept. NIZW Utrecht 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gemeente en Zorg, Zoetermeer 2003.

NIEBEREN EN EN IN

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De wensen van zorgcliënten in Europa, Zoetermeer 2003

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer 2003

RMO. Advies 10. Aansprekend burgerschap. De relatie tussen de organisatie van het publieke domein en de verantwoordelijkheid van de burgers. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag 2000.

Roelink, H.M., Pool A., Grypdonck M.H. Dialoog in de zorgrelatie. Kwalitatief onderzoek naar recht doen aan autonomie van mensen met een ernstig verstandelijk handicap. Nederlands tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten. 28, 3 p170 186 2002.

Roodbol, P.F. Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen 2005.

Royers T., Ree de L. Stephan C. Beleving in beeld: bewoners van verzorgingshuizen fotograferen hun wereld Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), 2001.

Rycroft-Malone J., Latter S., Yerrell P., Shaw D. Consumerism in health care: the case of medication education. Journal of Nursing Management. 2001, 9, 221-230.

Schermer M.H.N. Mantelzorg, kostenbeheersing en eigen verantwoordelijkheid. In: Signalering ethiek en gezondheid. Gezondheidsraad en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Den Haag / Zoetermeer 2004.

SCP/SEO. Kosten en baten van extramuralisering – De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen. Sociaal en Cultureel Planbureau/Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, Den Haag/Amsterdam 2004.

SEO. Morgen zonder zorg (en)? Arbeidsproductiviteit en innovatiekracht in de zorg. Amsterdam Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, 2005.

Sitvast J. Het foto-instrument. Fotografie als verpleegkundige interventie in de GGZ. Kavanah Dwingeloo, 2003.

Spenkelink-Schut G. De physician assistant in de Nederlandse Gezondheidszorg. In: Zuidema E.A., Stevens P.G.J.J., Adrichem J.A. M. van, Kort H.S.M., Verbeek G. (red.). Handboek Zorg Thuis, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2005. in prep.

Technische Universiteit Eindhoven. Notitie Bacheloropleiding Health Care Technology Management (HCTM). TUE, Eindhoven, 2004.

Townsend E. Enabling occupation: an occupational therapy perspective. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) Ottawa 1997.

Vrijhoef H.J.M., Diederiks J.P.M., Spreeuwenberg C.,

Wolffenbuttel B.H.R. Wilderen van LJGP. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. Int J Nurs Stud 39, 2002 441 – 451

VWS-brief. Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg. VWS juni 2001

STAAT ZIJN

VWS-brief. Nadere uitwerking Vraag aan bod. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, april 2002

VWS-brief: De toekomstige eerstelijnszorg, Ministerie van VWS kamerstuk 21 november 2003

VWS-brief. Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ, VWS 15 september 2003.

VWS-brief. Kamerstuk DVVO Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning VWS april 2004

Windt van der W, Calsbeek H., Talma H., Hingstma L. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland. Elsevier Maarsen 2003

http://www.menzis.nl/productie_websites/menzisweb.nsf/pages/camcare:+een+consult+via+de+tv

<http://www.usp-mc.nl/grafieken/woon/woonsignalen/juli%202005.pdf>

<http://www.zonmw.nl/programmas/kiezen-in-zorg.html>

CURRICULUM VITAE

Helianthe S.M. Kort (1962) studeerde biologie, richting medische biologie aan de Universiteit Utrecht. Na het afronden van haar studie in 1987 werkte zij als toegevoegd onderzoeker binnen de interuniversitaire werkgroep Woning en Gezondheid (Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Bouwkunde en Universiteit Utrecht Faculteit Geneeskunde). Deze werkzaamheden rondde zij in 1994 af met een promotie op het thema structurele allergologische woningsanatie. Van 1994 tot 2000 heeft zij als zelfstandige gewerkt op het terrein van Woning en Gezondheid.

In 1995 was zij projectleider bij de facultaire werkgroep Biomedische Gezondheidstechnologie (BMGT) van de TU-Eindhoven.

Van 1997 tot 2001 werkte zij als Programmacoördinator Verzorging bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW.

Vervolgens was zij tot 2004 hoofd van de afdeling Zorg en Professionals. Momenteel is zij hoofd van de afdeling Kwaliteit van Zorg van NIZW Zorg en is zij daarnaast als Lector Vraaggestuurde Zorg verbonden aan de Hogeschool Utrecht.

HUUN ZIEKTE

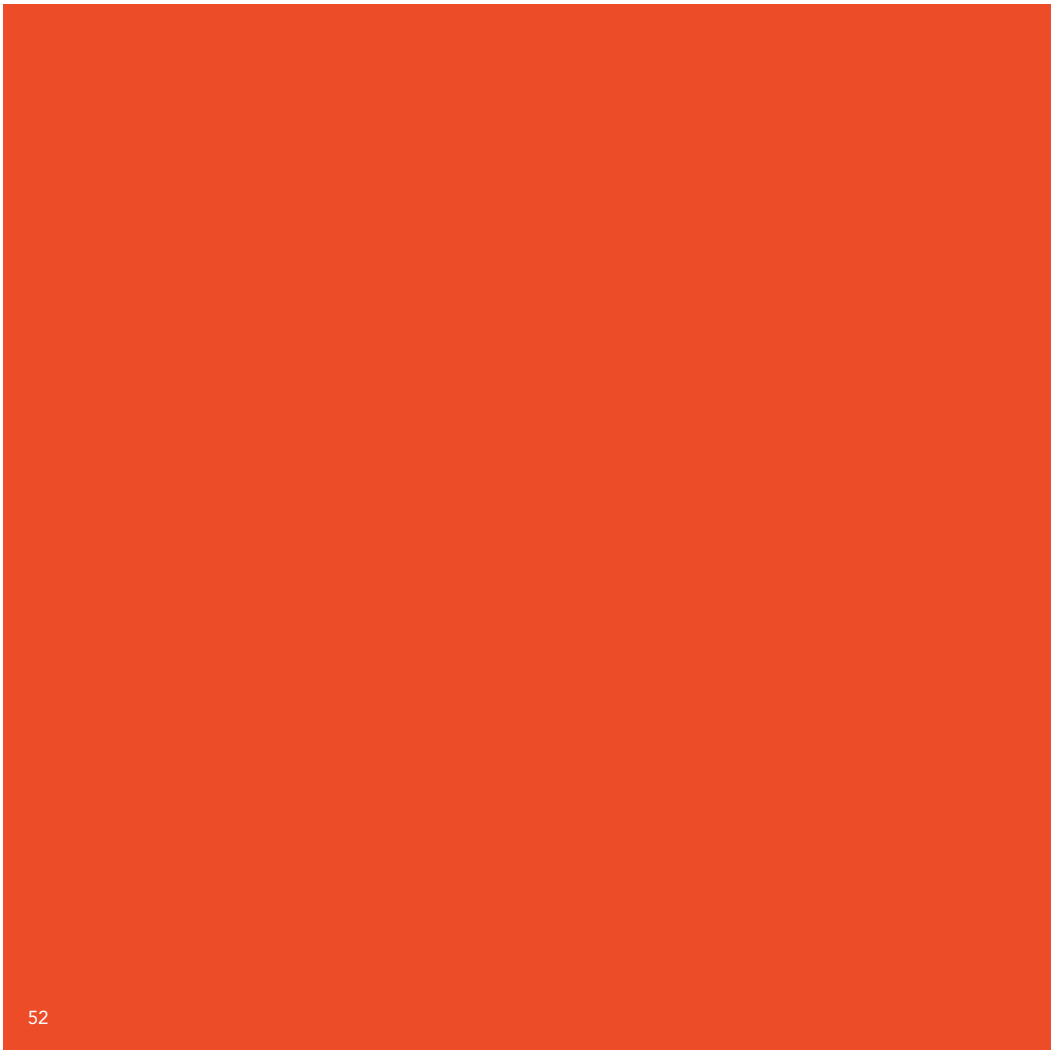
SUMMARY

Demand Driven Care plays a key role in the modernization of the Dutch health care system. This modernization is needed because

- a) clients' needs for care increases quantitatively as well as in diversity,
- b) the financial means for collective services are inadequate,
- c) the accessibility of health care will depend on clients' own responsibility, and
- d) shortage of professional care givers is foreseen. In the Netherlands, the need for professional care givers increases with an average of 2% every year.

Demand Driven Care is an instrument for liberalization of public activities. The Faculty Chair Demand Driven Care focuses on those activities that will contribute to sufficient care supply. Within the program of the chair, activities are executed under the theme of Integrated Care, Substitution, Patient Centred Care, and Home Care Technology with an emphasis on gerontechnology. The Faculty Chair wants to contribute to a better integration and coherence in care. So that clients live and function independently as long as possible and are able to enhance their self management. In addition, health care professionals should be aware of demand driven processes and should have a demand driven attitude towards clients.

THE MAIN



MI MAGEN

MI DE WANG BIGI OEMA INI
MI OSO SANG MI WANNI MI
KAN DOE

IK BEN EEN RESPECTABELE,
ZELFSTANDIGE VROUW EN
IK ALLEEN BESLIS OVER MIJN
EIGEN LEVEN

ODO VAN VIVIAN KORT



HOGESCHOOL
UTRECHT

