

Ervaringen met zorgvernieuwing, impressie van een besloten werkconferentie 19 mei 1994

De auteurs:

*Ina Boerema, revalidatiewerker
Femia Clijnk, zorgcoördinator
Ina de Jong, revalidatiewerker
Jet van der Velden, revalidatiewerker*

*Zij zijn allen werkzaam bij het Project
Zorgcoördinatie en Revalidatie
Amsterdam Centrum/Oud-West.
Spinozastraat 51, 1018 HJ Amsterdam.*

Inleiding

Het juni nummer van dit tijdschrift was gewijd aan zorgvernieuwing. In de afgelopen jaren zijn op vele plaatsen projecten gestart om zorgvernieuwing voor 'langdurig GGZ-hulp afhankelijken' in de praktijk te brengen met als doel kwaliteit en /of doelmatigheid van zorg te verbeteren. Naar aanleiding van het één jarig bestaan van het Project Zorgcoördinatie en Revalidatie in Amsterdam Centrum/Oud-West werd een werkconferentie georganiseerd om ervaringen over zorgvernieuwing uit te wisselen. Naast medewerkers van betrokken instellingen uit Amsterdam waren medewerkers van vergelijkbare zorgvernieuwingprojecten uit het land uitgenodigd. 's-Ochtends verzamelden zich 75 belangstellenden in de stijlvolle foyer van de Stadsschouwburg, om naar presentaties te luisteren van projecten in Groningen, Assen, Hoorn en Amsterdam. 's-Middags waren er een viertal workshops: een tweetal over methodiek, één over onderzoek en één over de organisatie. De dag werd afgesloten met een forumdiscussie. Ook in de pauzes werden veel ervaringen uitgewisseld: al snel werd duidelijk dat deze dag in een behoefte voorzag.

Doelen

De doelen van de diverse projecten stemmen redelijk overeen: meer continuïteit van zorg, een betere bereikbaarheid van de hulpverlening, minder opnamedagen en het ontwikkelen van methodieken op het gebied van zorgcoördinatie en revalidatie. In de uitwerking van de doelen blijkt dat elk project eigen accenten heeft: organisatie, doelgroep en methodiek worden op elke plek anders vorm gegeven. Het vergelijken van ervaringen en resultaten vraagt zorgvuldigheid. Aan elk project is wetenschappelijk onderzoek gekoppeld.

Doelgroep

Bij deze zorgvernieuwingprojecten bestaat de doelgroep uit cliënten met ernstige, chronisch psychiatrische problematiek. Een punt van verschil is welke motivatie gevraagd wordt van de cliënt. In Amsterdam wordt een minimale motivatie gevraagd; dit kan zijn motivatie voor extra hulp thuis, of de wens vaker buiten de deur te komen. In Hoorn en Groningen zijn er ook cliënten, die zelf geen hulpvraag hebben, maar waarbij het netwerk hulp noodzakelijk vindt. Met name voor revalidatie is motivatie, hoe minimaal dan ook, een belangrijke factor.

Een tweede verschilpunt is het wel of niet opnemen van cliënten in het project waarbij een persoonlijkheidsstoornis de hoofdproblematiek vormt. In Assen en Amsterdam heeft men dergelijke cliënten wel in zorg: de inleiders waren positief over de resultaten met deze cliënten.

's-Middags tijdens één van de workshops methodiek werd uitgebreid stilgestaan bij de vraag of cliënten met de diagnose persoonlijkheidsstoornis in dergelijke projecten tot hun recht komen. Geconcludeerd werd dat of je als project nu wel of niet mensen met een persoonlijkheidsstoornis uitsluit het een gegeven is dat ze er toch altijd inkomen, meestal onder de noemer van een andere diagnose. Voorts vond men dat deze cliënten zeer wel in dergelijke projecten begeleid kunnen worden als men er vanuit gaat dat hun gebrek aan mogelijkheden op het gebied van sociale interacties hun handicap is en als centraal thema beschouwd wordt tijdens de begeleiding.

Organisatie

Bij alle projecten is er sprake van een samenwerkingsverband tussen de GGZ partners.

In Groningen maken naast de GGZ partners ook welzijnsinstellingen deel uit van het samenwerkingsverband. In Groningen lijkt dan ook het accent te liggen op zorgcoördinatie.

Aan de 7x24 uren-bereikbaarheid is overal veel aandacht besteed. Cliënten kunnen telefonisch altijd een beroep doen op hulpverleners, die bekend zijn met hun problematiek.

Verschillend is echter hoe de bereikbaarheid van projectmedewerkers geregeld is: alleen tijdens kantooruren of ook in de avonden en/of weekeinden. Een derde aandachtspunt is de continuïteit van zorg. In het contact met de cliënt is de casemanager, de revalidatiewerker of de B-verpleegkundige de constante factor. In Amsterdam heeft men ervoor gekozen om in koppels te werken: elke cliënt krijgt een zorgcoördinator en een revalidatiewerker toegewezen, die elkaar kunnen vervangen tijdens vakantie, ziekte e.d.

Bij de ander projecten is er sprake van een teamverantwoordelijkheid wat

betreft het regelen van vervanging. Ook in het onderzoek wordt het oordeel van de cliënt over deze punten gevraagd.

We zijn benieuwd naar de uitkomst daarvan.

Ten aanzien van de teamsamenstelling is het opmerkelijk hoeveel disciplines in de projecten vertegenwoordigd zijn: B-verpleegkundigen met en zonder voortgezette opleiding zoals SPV, MW, IW en casemanagement; daarnaast ook arbeidstherapeuten.

In Assen heeft men de taakinhoud van SPV-en duidelijk omschreven: psycho-educatie, systeemgesprekken en supervisie.

Bij de andere projecten nemen SPV-en zeer diverse posities in: zij zijn zowel projectmanager als casemanager. Het is zeer de vraag welke disciplines men in de toekomst zal gaan inzetten voor dit soort zorg: gezinszorg, verpleegkundigen op MBO-nivo of HBO-nivo. De discussie hierover zal naar aanleiding van de ervaringen gevoerd gaan worden. De financiers zullen een belangrijke rol spelen.

In de workshop organisatie en beleid werd over teamvorming opgemerkt dat coördinatie en revalidatie in de thuissituatie het beste kan plaatsvinden in teamverband. Ambulant werken als deeltaak vanuit een intramurale werkplek veroorzaakt sneller burn-out bij de medewerkers, omdat medewerkers niet kunnen terugvallen op hun collega's. Het instellen van een apart team vergroot bovendien de kans op een degelijke methodiekontwikkeling. In Amsterdam wordt met het Working Apart Together (WAT) model gewerkt. Een zorgcoördinator en een revalidatiewerker zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de hulpverlening; een ieder heeft ook een duidelijk afgebakend takenpakket.

Dit model dwingt de medewerkers tot het regelmatig geven van feed-back en het gezamenlijk ontwikkelen van zorgplannen.

Wanneer de teamleden uit de participerende instellingen geselecteerd en gedetacheerd zijn kunnen zij hun relaties met de moederorganisaties gebruiken om samenwerkingsverbanden te ontwikkelen of te optimaliseren.

Methodiekontwikkeling

Aan het ontwikkelen van methodieken op het gebied van zorgcoördinatie en revalidatie wordt in alle projecten veel aandacht besteed.

Leonoor Hermanides lichtte in haar inleiding over het Amsterdamse project het werken met de Goal Attainment Scaling toe. Ook 's-middags in de workshop werd er uitgebreid over deze methodiek gesproken. Het werken met de assessment en de Goal Attainment Scale (GAS) als manier om met name de revalidatiewerkzaamheden in concreet meetbare doelen te beschrijven en 3 maandelijks te evalueren werd aan de hand van een casus besproken. De ervaringen met de GAS waren zeer verschillend. Waar Amsterdam de GAS als richtinggevend beschouwt in het structureren en evalueren van het begeleidingsproces, wordt door bijvoorbeeld het TIZ in Hoorn de GAS lastig en slecht haalbaar genoemd.

Het project in Hoorn hanteert het Boston-model.

Herman Peeters maakte duidelijk dat deze trainingsmethode veel inzet en motivatie van cliënten en hulpverleners vraagt, waardoor deze methode slechts bij enkele cliënten gebruikt kon worden. In Assen heeft men aangesloten bij de reeds langerdurende ervaring met opnamevervangende deeltijdbehandeling.

John Versteeg hield een enthousiast verhaal over dit kleinschalige, goed

lopende project.

Wij vragen ons echter af hoe de samenwerking is met instellingen buiten de GGZ. Dit aspect, het samenwerken met politie, maatschappelijk werk, huisartsen enz., is in Groningen het centrale thema. Met behulp van modellen schetste Paul Baart hoe de zorgcoördinatie eruit kan zien.

Resultaten?

Enkele projecten bestaan nog kort en de onderzoeken zijn gaande. Niettemin worden voorzichtig de eerste conclusies getrokken. Belangrijk is dat door deze extra inzet en vernieuwende werkwijze het aantal opnamedagen lijkt te verminderen.

Voorts wordt gezegd dat de projectmedewerkers de resultaten tot nog toe als bemoedigend ervaren.

's- Middags werd er gesproken over hoe zorgvernieuwing na afloop van een project voortgezet kan worden.

Ten eerste is het mogelijk dat de veranderingen die door het resultaat van dit soort projecten teweeg worden gebracht zodanig zijn dat voortzetting van de methodiek in teamverband gewenst is. Dit team kan dan onderdeel worden van een zorgcircuit voor chronici.

De tweede mogelijkheid is dat de methodiek, bij beëindiging van het project, wordt ingebracht in de bestaande, participerende afdelingen en/of instellingen.

Onderzoek

Het onderzoek kwam met name 's-middags aan bod in de workshop die werd geleid door Jack Dekker. De onderzoekers van de 4 projecten vertelden over hun onderzoek. In Groningen is het onderzoek kwalitatief, beschrijvend van aard en richt zich op de implementatie van het project. Het blijkt dat vooral excessen voorkomen worden.

Dhr. H. Kluiters onderzoekt het project in Assen met beperkte middelen.

Dit project is in 1993 van start gegaan. Het onderzoek probeert de positieve en negatieve aspecten van het project boven tafel te krijgen.

Dhr. N. Kroon van het Team Integrale Zorg in West-Friesland onderzocht een groep van 32 patiënten gedurende 18 maanden. Het team wordt iedere 4 maanden door middel van tussenrapportages op de hoogte gehouden van de voortgang.

Tot nu toe blijkt 63% van de patiënten in het project minder opnamedagen te hebben, bij 13% is er geen verandering en 25% van de patiënten in het project heeft meer opnamedagen.

De doelstellingen van het team werden naarmate het project vorderde bijgesteld. Uit satisfactie-onderzoek blijken 3 van de 22 patiënten ontevreden te zijn.

Dhr. J. Dekker legde de onderzoeksopzet uit van het project Zorgcoördinatie en Revalidatie in Amsterdam COW-N. Er zijn momenteel 104 cliënten in het project ingestroomd. Daarvan zijn 34 cliënten door middel van randomisatie in de controlegroep terechtgekomen. Het project loopt nu ruim 1 jaar en zal 2 jaar duren.

De zorgconsumptie van cliënten zal worden onderzocht vanaf 2 jaar voorafgaand aan het project tot twee jaar na de start van deelname aan het project.

Forum discussie

De projectleiders kregen de volgende vraag voorgelegd.

" Welk onderdeel vindt u in andere projecten beter dan in het project waar u zelf leiding aan geeft?"

De voornaamste verschillen lagen in het gebruik van de methodiek en of de nadruk op de coördinatie dan wel revalidatie ligt. Het blijkt dat het GAS-model alleen door Amsterdam intensief gebruik wordt. Bij de meeste projecten blijkt de nadruk vooral op zorgcoördinatie te liggen; aan revalidatie komt men nauwelijks toe. Met name in Groningen ontbrak het aan coördinatie tussen de verschillende hulpverleningsinstanties. Er zijn inmiddels samenwerkingsnetwerken ontstaan. In Amsterdam heeft men van de revalidatie een aparte taak gemaakt.

Aan sommige projecten is voor enkele uren per week een psychiater verbonden, een maatschappelijk werker is slechts sporadisch vertegenwoordigd. Hierover ontstond een discussie. Het zou wellicht praktischer zijn maatschappelijk werk toe te voegen, aan de andere kant kan dit ook de afhankelijkheid van cliënten vergroten. Een psychiater in het team lijkt wel belangrijk als medisch eindverantwoordelijke en ter consultatie. Met name inspecteur R. van Veldhuizen was hier een groot voorstander van. Wettelijke bescherming van specialistentitels: wie regelt dit en wanneer gaat het in?

Onderstaand bericht betreft een publikatie van het ministerie van WVC. Het vet gecursiveerde is van de redactie.

In de loop der jaren hebben zich binnen verschillende beroepen in de gezondheidszorg specialismen ontwikkeld. Binnen de verpleegkundige beroepsgroep kan daarbij de sociaal

psychiatrisch verpleegkundige worden genoemd.

Tot nu toe bestonden er echter geen wettelijke bepalingen over specialismen. In de wet BIG is nu de

basis gelegd voor een regeling van specialismen.

Uitgangspunt van de wet is dat het initiatief tot het regelen van specialismen wordt genomen door een organisatie van beroepsbeoefenaren die representatief is voor het betreffende beroep. Deze beroepsorganisatie zal een orgaan moeten instellen dat wordt belast met het aanwijzen van specialismen, het vaststellen van opleidingseisen en het registreren van specialisten. Ook stelt dit orgaan het inschrijfgeld vast. Als wordt voldaan aan de in de wet genoemde voorwaarden, kan de minister van WVC bepalen dat de specialistentitel wettelijk beschermd is.

Het is dus aan de beroepsgroep zelf om te bepalen of en wanneer zij het noodzakelijk vindt om een (nieuwe) regeling tot stand te brengen. ***Neemt een beroepsgroep zelf geen initiatief, dan ontstaan in principe geen wettelijk erkende specialistentitels.*** Zo is het niet ondenkbaar dat vanaf een bepaalde datum een beroep is geregeld volgens de wet BIG (registratie en titelbescherming), zonder dat er sprake is van wettelijk erkende specialismen van dat beroep.

Verpleegkundige 'aantekeningen' vervallen.

Voor het beroep van verpleegkundige heeft invoering van de wet BIG tot gevolg dat de bekende wettelijk

erkende aantekeningen, zoals kinderverpleging en intensive care verpleging, zullen vervallen. ***Ook de aantekeningen sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en extramurale gezondheidszorg verliezen hun wettelijke status.*** Zodra namelijk de registratie en titelbescherming van verpleegkundigen ingaat (1995), wordt de Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige ingetrokken. De genoemde aantekeningen hebben vanaf dat moment geen wettelijke basis meer. In de praktijk hoeft dit geen grote gevolgen te hebben, omdat de specifieke deskundigheid van de verpleegkundige met een aantekening immers blijft bestaan.

Het ministerie van WVC heeft het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV) te Utrecht op deze consequenties attent gemaakt. Het LCVV is een centrum voor dienstverlening aan de beroepsgroepen van verpleegenden en verzorgenden en houdt zich onder andere bezig met het verstrekken van informatie, de coördinatie van activiteiten en het ondersteunen van kleine beroepsverenigingen. Het LCVV heeft inmiddels met de verschillende vakbonden en beroepsorganisaties van verpleegkundigen contact opgenomen, met als doel te bevorderen dat een regeling van verpleegkundige specialismen tot stand wordt gebracht.

Vorbehouden handelingen praktisch bezien

Veel vragen over de wet BIG hebben betrekking op de voorbehouden handelingen. Dit artikel (een publikatie van het ministerie van WVC) gaat in op de betekenis van de BIG voor de

praktijk van de voorbehouden handelingen. Voor het gemak is uitgegaan van een situatie waarin een arts en een verpleegkundige moeten uitmaken hoe te handelen.

De opdracht

Een verpleegkundige mag niet op eigen initiatief een voorbehouden handeling verrichten, zoals het injecteren of catheteriseren. Een verpleegkundige handelt altijd in opdracht en overeenkomstig de aanwijzingen van de arts. De arts stelt de indicatie en beslist of zij (hij) de handeling zelf verricht of opdraagt aan een verpleegkundige. In de wet staat niet vermeld hoe een opdracht door een arts gegeven moet worden, mondeling of schriftelijk. Afgeleid kan worden dat de arts en de verpleegkundige beiden zorgvuldig dienen te handelen. Het schriftelijk vastleggen van werkafspraken en het opstellen van protocollen kunnen hierbij hulpmiddelen zijn. Deze schriftelijk vastgelegde afspraken kunnen, indien er iets mis gaat, een indicatie zijn dat de arts en de verpleegkundige zorgvuldig hebben gehandeld.

De opdrachtnemer-verpleegkundige

Voordat een verpleegkundige een voorbehouden handeling verricht, bijvoorbeeld een intramusculaire injectie geeft, moet zij (of hij) voor zichzelf nagaan of zij bekwaam is om deze handeling naar behoren te verrichten. Overwegingen kunnen zijn: 'Ben ik op de hoogte van de handelwijze, het doel van de handeling, de mogelijke complicaties en bijwerkingen van de handeling en hoe moet ik handelen als die optreden (waarschuwen of ingrijpen)?' Het is belangrijk dat de verpleegkundige deze afweging maakt, omdat zij zelf verantwoordelijk is voor de uitvoering van de handeling. Een autorisatie (of een bekwaamheidsverklaring) ontslaat de verpleegkundige niet van de plicht om per verpleegsituatie haar bekwaamheid te overwegen. Acht de verpleegkundige zich niet bekwaam, dan moet zij de handeling weigeren! Voor alle beroepsbeoefenaren geldt: wie

onbekwaam een handeling verricht, handelt volgens de wet onbevoegd en is dus strafbaar.

De opdrachtgever-arts

Ook de arts moet zich ervan vergewissen dat de verpleegkundige bekwaam is om de handeling naar behoren te verrichten.

De bekwaamheid van de opdrachtnemer-verpleegkundige kent dus een dubbele toetsing. De arts kan bijvoorbeeld door samen met de verpleegkundige de handeling één keer te verrichten, nagaan of zij over de benodigde kennis en ervaring beschikt. In de praktijk zal het niet altijd mogelijk zijn dat de arts bij iedere verpleegkundige nagaat of de bekwaam is om de handeling te verrichten. In eerste instantie dienen artsen zich daarom op de hoogte te stellen van de handelingen die alle verpleegkundigen tijdens hun opleiding aanleren. Als een organisatie werkt met een bekwaamheidsregeling, kan de arts daar tevens een beroep op doen. De arts moet zonodig aanwijzingen geven, bijvoorbeeld door de verpleegkundige te wijzen op de bijwerkingen van een medicijn. Of een aanwijzing nodig is, volgt uit de aard van de handeling, de complexiteit van de verpleegsituatie en de bekwaamheid van de verpleegkundige. Als een verpleegkundige bijvoorbeeld medicatie toedient via een epiduraal catheter bij een terminale patiënt, zullen aanwijzingen noodzakelijker zijn dan bij het geven van een griep prik.

Ook moet de arts zonodig toezicht houden en/of beschikbaar zijn om in te grijpen als er iets onverwachts gebeurt. Bij een ervaren verpleegkundige, die een handeling al vele malen heeft verricht, zal dit toezicht of ingrijpen door de arts niet of minder nodig zijn.

De wet BIG geeft de mogelijkheid om wettelijk vast te leggen dat bijvoorbeeld verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten deskundig zijn om functioneel zelfstandig, dus zonder fysiek toezicht of tussenkomst van de opdrachtgever-arts, bepaalde handelingen uit te voeren. Hierbij kan gedacht worden aan injecteren, catheteriseren en het verrichten van puncties.

Maar een dergelijke regeling moet nog uitgebreid worden besproken voordat hierover een Algemene Maatregel van Bestuur wordt opgesteld.

Tenslotte

De wet BIG bepaalt dat verpleegkundigen bevoegd zijn om in opdracht van een arts voorbehouden handelingen te verrichten. Dat is momenteel niet het geval!

Door deze bevoegdheidsregeling krijgen verpleegkundigen een eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor hun handelen.

Bij de huidige wet- en regelgeving ligt de centrale verantwoordelijkheid voor zowel de indicatiestelling als de uitvoering bij de arts, ongeacht wie de handeling feitelijk verricht. Zolang de huidige regels nog gelden, zal de verpleegkundige slecht bij zeer onzorgvuldig handelen ter verantwoording worden geroepen. De voorwaarden die de arts en de verpleegkundige moeten naleven zijn met de komst van de BIG wettelijk vastgelegd. Vooral de dubbele toetsing van de bekwaamheid zal in de praktijk aandacht vragen. Maar het belangrijkste is en blijft dat zowel de verpleegkundige als de arts te allen tijde zorgvuldig moeten handelen!