

Van losse pleisters naar verband

'De integratie van zorg voor meervoudige problemen in een inloopcentrum'

Naam: M.J Donker
Studentnummer: 344501
Adres: Putselaan 214 C3, 3073 JM Rotterdam
Contactgegevens: mathildedonker@gmail.com
Datum: 17-08-2013
Begeleider: Dr. A.A. de Bont
Meelezer: Dr. J.D.H. van Wijngaarden

Voorwoord

Deze scriptie is het resultaat van mijn Bachelor Beleid en Management in de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Het afgelopen jaar heb ik met veel plezier aan deze scriptie gewerkt. Deze scriptie heeft een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van mijn wetenschappelijke blik. Ik heb de kennis van de afgelopen jaren toe kunnen passen en nieuwe kennis opgedaan.

Na het volgen van het vak 'integrale zorg' wilde ik mijn opgedane kennis over de integratie van zorg verdiepen. Deze mogelijkheid heb ik gekregen door mee te mogen werken aan het 'Op één lijn' project.

Deze scriptie had ik nooit kunnen voltooien zonder de hulp van Mw. Dr. A.A. de Bont en M.J. Maaijen. Zij hebben mij gemotiveerd en geïnspireerd om tot dit resultaat te komen. Daarnaast wil ik Dr. J.D. van Wijngaarden heel erg danken voor de kritische blik die hij had op mijn werk. Dit heeft bijgedragen aan een verbetering van mijn scriptie.

Ook wil ik de respondenten hartelijk danken voor de tijd die zij genomen hebben om hun kennis en mening met mij te delen. Dit heeft mij de mogelijkheid gegeven om de informatie te verkrijgen die nodig was om mijn scriptie te voltooien.

Daarnaast wil ik mijn familie, huisgenoten en vrienden bedanken voor de steun die ze mij gegeven hebben. Jullie hebben altijd voor me klaar gestaan en je interesse getoond!

Mathilde Donker

Rotterdam, augustus 2013

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
H1 Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 De casus.....	6
1.3 Doelstelling.....	6
H2 Theoretisch kader	7
2.1 Inleiding.....	7
2.2 Goede zorg	8
2.3 Balans in de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk.....	9
2.4 Vier analytische fasen in de ontwikkeling van integrale zorg	11
H3 Methodologie.....	12
3.1 Inleiding.....	12
3.2 Probleemstelling.....	12
3.3 Onderzoeksdesign	13
3.4 Dataverzameling.....	14
3.4.1 Documentenanalyse.....	14
3.4.2 Semigestructureerd interview.....	14
3.4.3 Observatie	14
3.5 Analyse	15
3.6 Respondenten	15
3.7 Validiteit en betrouwbaarheid	16
H4 Vertrekpunt van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum .	17
4.1 De huisarts.....	17
4.2 De apotheker	18
4.3 De thuiszorgorganisatie.....	20
4.4 Welzijnsorganisatie	22
4.5 De notie van patiëntgerichte zorg in de vertreksituatie	23
H5 De gewenste integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum	24
5.1 De huisarts.....	24
5.2 De apotheker	26
5.3 De thuiszorgorganisatie.....	28
5.4 Welzijn	29
5.5 De notie van patiëntgerichte zorg in de gewenste situatie	31

5.6 De fase van ontwikkeling waar de partijen zich in bevinden	32
H6 De bereikte integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum	34
6.1 De vormgeving van het inloopcentrum.....	34
6.2 De ingezette middelen voor de samenwerking.....	35
6.2.1 Het triagesysteem	35
6.2.2 Zorgpaden.....	37
6.2.3 De hiatenbox	37
6.2.4 De casuïstiekbespreking	38
6.3 De notie van patiëntgerichte zorg.....	39
6.4 Fase van ontwikkeling in de uiteindelijke situatie.....	39
H7 Conclusie en discussie.....	41
7.1 Patiëntgerichte zorg in het inloopcentrum	41
7.2 Balans in de niveaus; klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk.....	42
7.3 Fasen in de integratie van zorg	42
7.4 Reflectie op het onderzoek	43
7.4.1 Beperkingen van het onderzoek	43
7.4.2 Advies voor vervolgonderzoek	43
7.5 Eindconclusie	44
Literatuurlijst	45

H1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De Nederlandse gezondheidszorg staat voor de uitdaging om verschillende ontwikkelingen het hoofd te bieden. De zorguitgaven blijven stijgen en het aantal chronisch zieken en ouderen neemt toe. Dit zorgt voor toenemende druk op het gezondheidszorgstelsel (Minkman 2011).

Het ministerie van VWS (2012) is van mening dat versterking van de eerstelijnszorg bij kan dragen aan het verminderen van de druk op de gezondheidszorg. Hierbij is het van belang dat de hulpverleners zich focussen op hun kerntaak en bij overige taken ondersteund worden. De eerstelijnszorg dient goed toegankelijk te zijn om problemen tijdig te kunnen signaleren en escalatie te voorkomen (RVZ 2012). Samenvattend: een goed functionerende eerstelijnszorg is van groot belang om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden.

Om de versterking van de eerstelijnszorg handen en voeten te geven, worden er initiatieven genomen om integrale zorg te ontwikkelen. Volgens Hardy (2003) is integrale zorg : “het leveren van zorg in een samenhangend en gecoördineerd pakket van diensten die gepland en geleverd worden aan individuele patiënten door samenwerking tussen verschillende organisaties, professionals en informele dienstverlening”. Hierbij is het belangrijk dat het perspectief van de patiënt als uitgangspunt wordt genomen (Goodwin e.a. 2012). Bij de ontwikkeling van integrale zorg vindt er een verschuiving van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg plaats (Light 2000).

De introductie van integrale zorg als de oplossing voor het versterken van de eerste lijn gaat samen met het maken van onderscheid tussen eenvoudige en meervoudige problemen. Eenvoudige klachten duiden we als een klacht op één terrein, die door één zorgverlener opgelost kan worden. Een voorbeeld hiervan is het uitspuiten van de oren. Als het probleem de kennis en kunde van de zorgverlener te boven gaat, wordt de patiënt doorgestuurd naar iemand die wel beschikt over de benodigde kennis en kunde.

Meervoudige klachten zijn twee of meer somatische en/of psychische aandoeningen die samenhangen met problemen op andere levensgebieden, zoals huisvesting, arbeid, inkomen, onderwijs en gezin (RVZ 2012). Deze klachten houden elkaar in stand of versterken elkaar. Bij deze problemen zijn meerdere zorgverleners en instanties betrokken. Om meervoudige problemen op een adequate wijze te behandelen is een goede afstemming tussen de betrokken organisaties is van belang (RVZ 2012).

Bij het zoeken naar afstemming komen de barrières die er zijn tussen de meerdere organisaties die betrokken zijn bij de oplossing van meervoudige problemen. Elk van de betrokken organisaties maakt namelijk deel uit van een apart stelsel. Deze stelsels hebben elk een eigen

wettelijk kader, een eigen manier van financiering, indicatiestelling, werkwijze en professionele competenties (RVZ 2012). Daarnaast is het vaak onduidelijk wie de regie in handen heeft in het zorgproces.

Samenvattend voor een versterkte eerstelijnszorg is het van belang dat er integrale zorg ontwikkeld wordt. Deze zorg moet afgestemd zijn op de behoeften van de patiënt en gericht zijn op de oplossing van de klachten. Voor het oplossen van meervoudige klachten is het nodig dat verschillende organisaties samenwerken en onderling afstemmen.

1.2 De casus

In opdracht van het ministerie van VWS heeft ZonMW een programma ontwikkeld dat bijdraagt aan een versterking van de eerstelijnszorg. Dit programma 'Samenwerkingsmonitor Op Eén Lijn' is gericht op het realiseren van integrale zorg in de brede eerstelijnszorg. Het programma richt zich vooral op de kansen van verschillende samenwerkingsvormen en structuren om gezondheidswinst, kwaliteit van leven en service te verbeteren. Het doel is kennis opdoen die later kan worden gebruikt om een grotere groep zorgverleners te helpen integrale zorg te realiseren

In dit onderzoek staat de ontwikkeling van een inloopcentrum in Schiedam centraal. De gezondheid van de bevolking in Schiedam is slechter dan de gezondheid van de gemiddelde Nederlander (Gezondheidsmonitor GGD Rijnmond). Om de gezondheid van de bevolking van Schiedam te verbeteren, richt het inloopcentrum zich op het vergroten van de zelfzorgvaardigheden van burgers, vroege signalering van kwetsbaarheid en het terugdringen van consumptie van reguliere eerste- en tweedelijnszorg. De gehele bevolking van Schiedam behoort tot de doelgroep. Binnen het inloopcentrum zal gezocht worden naar antwoorden op eenvoudige en meervoudige zorgvragen. Daarnaast moet een brug geslagen worden tussen de werelden van welzijn en zorg.

1.3 Doelstelling

Deze scriptie heeft de volgende doelstelling: inzicht verschaffen in de manier waarop de integratie van zorg bij meervoudige problemen vorm krijgt in het inloopcentrum in Schiedam.

Deze scriptie heeft de volgende opbouw: in hoofdstuk 2 is het theoretisch kader uitgewerkt. Hoofdstuk 3 gaat in op de gebruikte onderzoeksmethode. Hoofdstuk 4, 5 en 6 presenteren de geanalyseerde data. Deze scriptie wordt afgesloten met een conclusie en discussie in hoofdstuk 7.

H2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Integrale zorg heeft tot doel om de patiënt centraal te stellen. Dit kan op verschillende manieren gerealiseerd worden. Een mogelijkheid is om de patiënt zelf te laten kiezen uit de aangeboden zorg. Hierbij kan een patiënt bijvoorbeeld kiezen tussen behandeling x en y. In de medisch sociologische literatuur wordt het kiezen van zorg bekritiseerd als een te smalle opvatting over het centraal stellen van patiënten. In paragraaf 2.2 van dit theoretisch kader wordt daarom het werk van Annemarie Mol (2006) besproken. Zij heeft op basis van interviews en observaties van patiënten en dokters in een ziekenhuissetting naast de logica van het kiezen de logica van zorg beschreven. Ik zal laten zien dat de twee logica's een verschillend perspectief bieden op integrale zorg. Beide logica's zijn nodig om de opgave voor de zorgverleners in de casus van dit onderzoek - het inloopcentrum- te duiden.

Het tweede deel van het theoretisch kader laat zien dat het centraal stellen van de patiënt niet alleen op het klinische niveau, zoals beschreven door Mol (2006), plaatsvindt. Het centraal stellen van de patiënt vindt ook op organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk niveau plaats. Paragraaf 2.3 introduceert deze verschillende niveaus. Hierbij wordt het werk van Moreira (2005) gebruikt. Moreira heeft onderzoek gedaan naar het opstellen van richtlijnen. Zijn belangrijkste conclusie is dat de werking van een nieuwe richtlijn of nieuw zorgaanbod afhankelijk is van de juiste balans tussen de verschillende niveaus die aanwezig zijn in een ontwikkelingsproces. In dit onderzoek wordt het klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk niveau onderscheiden.

Paragraaf 2.4 van het theoretisch kader introduceert een ontwikkelingsperspectief op integrale zorg. Daarbij is gebruik gemaakt van het werk van Minkman (2011). Zij heeft een dynamisch model ontworpen voor het ontwikkelen van integrale zorg. Kort samengevat onderscheidt Minkman (2011) vier analytische fasen: de initiatief- en ontwerpfase, de experimentele- en uitvoeringsfase, de uitbreidings- en monitoringsfase en de consolidatiefase. Dit model biedt de mogelijkheid om de ontwikkeling van het inloopcentrum en de mate van integratie van de zorg te kwalificeren. In aanvulling op het werk van Moreira (2005) verwacht ik dat in de eerste fase van de ontwikkeling van integrale zorg, de initiatief- en ontwerpfase, een andere balans nodig is tussen het klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk niveau, dan in de andere fasen. In onderstaande paragrafen wordt het werk van respectievelijk Mol (2006), Moreira (2005) en Minkman (2011) verder uitgewerkt.

2.2 Goede zorg

Naar aanleiding van het werk van Mol (2006) worden in deze paragraaf de logica van keuze en de logica van zorg uitgewerkt en vergeleken. Deze logica's geven aan welke rationale ten grondslag ligt aan de rationale zeggen die ten grondslag ligt aan de manier waarop de patiënt centraal gesteld wordt. Er zijn een aantal aspecten bij het leveren van zorg die iets zeggen over hoe een patiënt centraal gesteld wordt en wat goede zorg is voor de patiënt. De volgende aspecten worden besproken: de kijk op ziekte, de kijk op de patiënt gezien en de kijk op zorg.

Ziekte

Ziekte is het startpunt voor het ontvangen of verlenen van zorg (Mol 2006). Daarom is het van belang om het begrip ziekte vanuit beide logica's te bekijken. Vanuit de logica van keuze is ziekte een afwijking van de norm. Het startpunt van de logica van keuze is dat je gezond bent. Ziekte is iets wat het gezonde leven verstoort. Als patiënt doe je er dan alles aan om weer gezond te worden. Daar hoort bij dat je de juiste behandeling kiest (Mol 2006). De logica van zorg gaat daarentegen uit van de kwetsbaarheid van de mens. Ziekte is onderdeel van en doortrekt het hele leven. Ziekte kan namelijk ook blijvend zijn.

Rol van de patiënt

Zorg wordt gegeven aan en ontvangen door een patiënt. Dit maakt het relevant om de rol van de patiënt vanuit beide logica's te bezien. In de logica van keuze is de patiënt een klant die zorg inkoop. Daarbij heeft de klant een actieve rol in het maken van de keuze voor zorg. Dat in de logica van keuze de term 'klant' gehanteerd wordt, komt doordat het woord 'patiënt' aan passiviteit doet denken. In de logica van keuze ben je in het kiezen van een behandeling verlost van je passiviteit (Mol 2006).

Vanuit de logica van zorg bezien, is de patiënt een behoeftige en is zorg een instrument dat aansluit bij de behoefte. Deze logica gaat ervanuit dat iemand er niet voor kiest om ziek te zijn, zoals iemand kiest voor een vakantie (Mol 2006). Daarbij ziet de logica van zorg de patiënt als onderdeel van het zorgteam. De onderliggende gedachte hierbij is dat, in het geval een patiënt niet voor zichzelf zorgt het ook niet mogelijk is om samen tot een betere oplossing te komen. In de logica van zorg wordt de patiënt niet als passief gezien, maar als actief doordat deze betrokken is in het zorgproces.

Zorg

Volgens de logica van keuze is zorg een afgebakend product. Het kopen van zorg vindt op één moment plaats en wordt gezien als een transactie. Daar waar de logica van keuze de zorg als product

ziet, stelt de logica van zorg dat zorg een voortgaand proces is, waarbij iedere keer gezocht wordt naar wat het beste is op dat moment.

De twee verschillende logica's kijken ook op een andere manier naar zorgverlening. De logica van keuze stelt dat de zorgverlening kwalitatief goed is wanneer er volgens richtlijnen gehandeld wordt. Daarbij is de zorgverlener degene die de patiënt helpt bij het maken van een keuze voor de juiste behandeling. De logica van zorg ziet zorgverlening daarentegen als het dragelijk maken van lijden dat het gevolg is van de ziekte. Daarbij wordt gekeken naar de wijze waarop zorg in een specifieke situatie het beste gegeven kan worden.

Relevantie onderscheid logica van keuze en logica van zorg

Het onderscheid tussen de logica van keuze en de logica van zorg is relevant voor de analyse van de casus van het inloopcentrum in Schiedam. Het helpt om onderzoek te doen naar de manier waarop het centraal stellen van de patiënt bij meervoudige en enkelvoudige problemen vormgegeven wordt in de ontwikkeling van het inloopcentrum. De onderzoeksvragen die uit deze paragraaf naar voren komen zijn:

- Wat wordt door de deelnemende projectleden gezien als patiëntgerichte zorg?
- Hoe wordt de zorg voor patiënten met enkelvoudige en de zorg voor patiënten met meervoudige problemen vormgegeven?

2.3 Balans in de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk

Het centraal stellen van de cliënt kan gerealiseerd worden wanneer kennis van het klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk niveau evenwichtig wordt meegenomen in de ontwikkeling van het inloopcentrum. Dit wordt duidelijk gemaakt aan de hand van het werk van Moreira (2005).

In het onderzoek naar het ontstaan van richtlijnen heeft Moreira gekeken naar de manier waarop groepen hun aanbevelingen samenvoegen, zodat hetgeen ze ontwikkelen bruikbaar is in een specifieke context. In dit onderzoek wordt verondersteld dat de conclusies van Moreira ook gelden voor de ontwikkeling van de organisatievorm van het inloopcentrum. Moreira onderscheidt een diversiteit aan kennis die aanwezig is bij de verschillende projectleden. De diversiteit aan kennis komt voort uit de verschillende rollen die de projectleden hebben. Moreira (2005) stelt dat deze diversiteit erkend moet worden, zodat het mogelijk is om de diversiteit aan kennis in te zetten tijdens een ontwikkelingsproces.

De diversiteit aan kennis kan volgens Moreira (2005) ingezet worden door middel van repertoires van evaluatie. In een repertoire van evaluatie worden de verschillende soorten kennis van de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk uitgewerkt. De repertoires van evaluatie helpen om de interne dynamiek bij de ontwikkeling te begrijpen. Moreira stelt dat de vragen die de verschillende projectleden hebben duidelijk maken aan welke eisen een inloopcentrum moet voldoen. Daarbij weerspiegelen discussies de posities van de verschillende projectleden in het inloopcentrum. De verschillende, bij de ontwikkeling van het inloopcentrum aanwezige, niveaus worden achtereenvolgens uitgewerkt.

Klinisch niveau: de vertegenwoordigers van het klinisch niveau houden zich bezig met het inhoudelijke gedeelte van de zorg die in het inloopcentrum gegeven wordt. Bij vertegenwoordigers van het klinisch perspectief moet gedacht worden aan de professionals. Het inloopcentrum zal ondersteuning moeten bieden aan de manier waarop de professionals de zorg kunnen verlenen.

Organisatorisch niveau: de projectleden die het organisatorisch niveau representeren houden zich bezig met de vraag welke vorm het inloopcentrum moet krijgen als het gaat om de juridische, financiële en logistieke vormgeving.

Beleidsmatig niveau: het beleidsmatig niveau wordt teruggezien in discussies over het beleid waarbinnen het inloopcentrum opereert. Hierbij kan gedacht worden aan overheidsbeleid en de beleidsregels waar de samenwerkende beroepsgroepen mee te maken hebben.

Maatschappelijk niveau: bij het maatschappelijk niveau gaat het over de rol van het inloopcentrum in de buurt waar het gevestigd is. Daarbij gaat het ook om de manier waarop het inloopcentrum kan bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid en leefstijl van de burgers en welke bijdrage het inloopcentrum kan leveren aan het verminderen van de druk op de gezondheidszorg.

Naar aanleiding van deze paragraaf is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

- Hoe worden de verschillende niveaus, te weten: klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk in de verschillende fasen ten opzichte van elkaar gewogen en geïntegreerd?

2.4 Vier analytische fasen in de ontwikkeling van integrale zorg

In de literatuur zijn er verschillende visies op het verloop van de ontwikkeling van integrale zorg. Er zijn auteurs die de ontwikkeling van integrale zorg zien als een vaststaand model. Daarnaast is er ook een groep die van mening is dat het om een dynamisch proces gaat (Minkman 2011). In dit onderzoek zal het model van Minkman gebruikt worden om de ontwikkeling van het inloopcentrum te duiden.

Minkman (2011) heeft onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van integrale zorg en welke factoren daarbij van belang zijn. Naar aanleiding van dit onderzoek heeft zij een ontwikkelingsmodel ontworpen. Daarin zijn vier fasen onderscheiden.

De eerste fase is 'de initiatief- en ontwerpfase' (Minkman 2011). In deze fase wordt samenwerking tussen zorgaanbieders geïntensiveerd of opgestart. De samenwerking komt vaak voort uit het zoeken naar een oplossing voor veel voorkomende problemen of uit de kansen die samenwerking biedt. De meerwaarde van samenwerking is duidelijk en er zijn mogelijkheden om samen te werken. In deze fase worden de patiëntengroep en de behoeften van patiënten en stakeholders gedefinieerd en wordt overeenstemming gezocht tussen de zorgaanbieders.

De tweede fase die Minkman (2011) definieert is 'de experimentele en uitvoeringsfase'. Hierin wordt het initiatief uitgevoerd. De doelstelling, inhoud, rollen en taken zijn duidelijk. Deze zijn vastgelegd in zorgpaden en protocollen. Er vindt coördinatie plaats door het opzetten van werkgroepen en het aanstellen van coördinatoren. Daarnaast wordt informatie over patiëntengroepen, werkwijzen en professionele kennis uitgewisseld. Hierbij vindt reflectie plaats door het evalueren van de uitkomsten.

De fase die hierop volgt is de 'uitbreidings- en monitoringsfase'. Het project is uitgebreid of geïntegreerd in programma's. Afspraken over de inhoud, taken en rollen binnen het project zijn duidelijk en vastgelegd. De samenwerking vindt niet langer op een informele basis plaats. Resultaten worden systematisch gemonitord en gebieden waar verbetering nodig is worden in kaart gebracht. In deze fase staan de interorganisationele barrières en gefragmenteerde structuren op de agenda van de zorgverleners.

De laatste fase is de 'consolidatie- en transformatiefase'. De nieuwe vorm van samenwerken is in deze fase onderdeel geworden van de manier van zorgverlening. Er is een monitoring systeem dat periodieke resultaten oplevert. Op basis van de resultaten worden nieuwe doelen geformuleerd. De organisatievormen veranderen of worden opnieuw ontworpen. De kernpartners kijken naar mogelijkheden voor samenwerking met andere partners.

De ontwikkelingen die plaatsvinden binnen het project van het inloopcentrum in Schiedam kunnen met model van Minkman in verschillende fasen worden geduid.

Om te onderzoeken hoe de organisatievorm zich ontwikkelt, worden de volgende vragen gesteld:

- Welke fasen kunnen onderscheiden worden in de ontwikkeling van het inloopcentrum?

H3 Methodologie

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk presenteert het gebruikte onderzoeksdesign. Daarbij wordt ingegaan op de voor- en nadelen van het gebruikte onderzoeksdesign. Daarnaast komt de wijze van dataverzameling aan bod. Verder wordt de gehanteerde manier van data-analyse uitgewerkt en wordt beschreven wie de respondenten zijn en hoe deze benaderd zijn. Als laatste wordt beschreven hoe de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek is verhoogd.

3.2 Probleemstelling

In het onderzoek staat de volgende probleemstelling centraal:

Hoe wordt integrale eerstelijnszorg rondom meervoudige problemen vormgegeven en ontwikkeld in het inloopcentrum te Schiedam?

Het onderzoeken van deze probleemstelling verschaft inzicht in de manier waarop de integratie van zorg rondom meervoudige problemen vormgegeven wordt.

De deelvragen die nodig zijn om deze probleemstelling te beantwoorden zijn:

1. Wat wordt door de deelnemende projectleden gezien als patiëntgerichte zorg?
2. Hoe wordt de zorg vormgegeven voor patiënten met meervoudige problemen?
3. Welke fasen kunnen onderscheiden worden in de ontwikkeling van het inloopcentrum?
4. Hoe worden de verschillende niveaus, te weten: klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijke tijdens de vier fasen van Minkman (2010) ten opzichte van elkaar gewogen en geïntegreerd?

3.3 Onderzoeksdesign

Voor het beantwoorden van de probleemstelling worden kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Algemene kenmerken van kwalitatief onderzoek zijn: directe waarneming, waarbij de onderzoekssituatie als een geheel wordt beschreven en de onderzoekseenheden in hun eigen omgeving worden bestudeerd (Baarda et al. 2005).

Het onderzoeksdesign binnen het kwalitatief onderzoek dat het beste past bij dit onderzoek is de casestudy. Het doel van een casestudy is het zoeken naar relevante variabelen of karakteristieken om een model te maken van een verschijnsel (Swanborn 2010). Een casestudy kan zich richten op een persoon, een groep, een locatie of situatie, een fenomeen of een proces. In dit onderzoek zal de casestudy zich richten op de integratie van zorg voor mensen met meervoudige problemen in een inloopcentrum. Voor het zoeken naar relevante variabelen en karakteristieken is het nodig een open en globale vraagstelling te hanteren (Swanborn 2010). Voor- en nadelen van een casestudy zijn:

Voordelen	Nadelen
Een survey is gebaseerd op een momentopname. Een casestudy biedt de mogelijkheid om de case op de voet te volgen, waardoor processen in kaart gebracht kunnen worden.	Casestudies zijn tijdrovend en erg kostbaar omdat het om veldwerk gaat.
In een survey is onderzoek vaak geïsoleerd van de context. Een casestudy biedt de mogelijkheid om de interactie tussen mensen in kaart te brengen.	Soms moet er lang worden gewacht voordat zich iets interessants voordoet in het veld.
Wat mensen zeggen en wat mensen feitelijk doen, kan in een casestudy met elkaar in verband worden gebracht.	Casestudies vinden vaak plaats in een complexe situatie met relevante en irrelevante variabelen. Het is aan de onderzoeker om hierin onderscheid te maken.
	De conclusies die na het bestuderen van een case getrokken worden, zijn niet altijd generaliseerbaar.

3.4 Dataverzameling

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag kunnen diverse methoden van dataverzameling worden gehanteerd. Deze paragraaf geeft de methoden weer die in dit onderzoek zijn gebruikt.

3.4.1 Documentenanalyse

De documentenanalyse stelde de onderzoeker in staat om zich een beeld te vormen van het project 'het inloopcentrum in Schiedam'. Daarnaast waren de documenten een hulpmiddel om inzicht te krijgen in het verloop van het project voordat ik veldwerk verrichtte. Verder zijn de documenten gebruikt als voorbereiding van de gehouden interviews en uitgevoerde observaties. Daarbij stelden de documenten mij in staat om de resultaten van de interviews en observaties in perspectief te plaatsen.

Er zijn verschillende soorten documenten gebruikt voor de documentenanalyse. Om de doelen van het op te richten inloopcentrum helder te krijgen, is gekeken naar de subsidieaanvraag, de literatuurstudie die uitgevoerd is door Curenz en de business case van TNO. Om inzicht te krijgen in het verloop van het project heeft er een analyse plaatsgevonden van de notulen van de stuur- en werkgroepen. De overige documenten, zoals brieven en e-mails, hebben de onderzoeker geholpen een totaalbeeld te vormen van het project.

3.4.2 Semigestructureerd interview

De tweede manier van dataverzameling in dit onderzoek was het houden van semigestructureerde interviews. Aan de hand van semigestructureerde interviews was het mogelijk om inzicht te krijgen in de ervaringen en meningen van de deelnemende projectleden, alsmede de vragen die ze tijdens het project tegenkwamen. Voor deze interviews is een semigestructureerde topiclijst opgesteld. De topiclijst bestond uit open vragen. Dit maakte het mogelijk om helder te krijgen hoe de verschillende projectleden concepten in het project interpreteren (Baarda 2005). Binnen de interviews bestond de ruimte om verder door te vragen op bepaalde onderwerpen. Dit heeft geresulteerd in relevante antwoorden op de probleemstelling. Ieder interview heeft ongeveer een uur geduurd en is met een voice recorder opgenomen.

3.4.3 Observatie

Naast documentenanalyse en semigestructureerde interviews zijn observaties uitgevoerd. Dit houdt in dat de onderzoeker deelneemt aan de bezigheden van de projectleden. Door middel van participerende observaties is geprobeerd om inzicht te krijgen in hoe het inloopcentrum vorm krijgt

en welke dilemma's er spelen. Daarnaast kan met een observatie gevolgd worden hoe beslissingen genomen worden.

In totaal zijn voor dit onderzoek tien observaties uitgevoerd. Deze hebben plaatsgevonden bij de stuur- en werkgroepen van het project. Daarnaast zijn twee casuïstiekbesprekingen, een werkbezoek van ZonMw en een teamvergadering van Curenz geobserveerd.

3.5 Analyse

Bij kwalitatief onderzoek is sprake van een cyclisch proces (Baarda et al. 2005). Dit wil zeggen dat er een continue interactie is tussen het verzamelen en het analyseren van data. Tijdens de analyse worden de onderzoeksgegevens gesorteerd, samengevat en met elkaar in verband gebracht (Mortelmans 2011). De analyse is nodig om de probleemstelling van het onderzoek te beantwoorden.

Allereerst zijn de interviews en observaties op de computer uitgewerkt en gesorteerd op een aantal onderwerpen. Daarnaast zijn de citaten die verkregen zijn uit de interviews, omwille van de leesbaarheid in gevallen van spreektaal, aangepast. Kromme zinnen, niet afgemaakte zinnen en irrelevante tussenvoegsels zijn weggelaten. Vervolgens zijn de data gecodeerd waarbij het programma ATLAS.ti is gebruikt. Voor de codering zijn termen uit de literatuur gehanteerd. Daarnaast is gebruik gemaakt van termen die opgekomen zijn vanuit de data.

3.6 Respondenten

De respondenten zijn geselecteerd op basis van hun betrokkenheid bij het project. Hierbij was het streven een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het project. Voor de interviews zijn mensen geselecteerd die vanuit verschillende uitgangspunten betrokken zijn bij het project. Twaalf mensen zijn geselecteerd voor deelname. Uiteindelijk zijn daadwerkelijk tien interviews afgenomen. Onder de respondenten bevinden zich drie medewerkers van Curenz, de huisarts, de apotheker, drie medewerkers van thuiszorgorganisatie Careyn, een medewerker van de verzekeraar DSW en een beleidsmedewerker van de gemeente Schiedam.

De respondenten zijn persoonlijk benaderd. Daarbij is duidelijk gemaakt wat het doel is van het onderzoek en hoe de data gebruikt zullen worden.

3.7 Validiteit en betrouwbaarheid

Er zijn diverse manieren om de validiteit en betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek te verhogen. Eén van de manieren die binnen dit onderzoek is gehanteerd, is methoden triangulatie. Dit houdt in dat de data op verschillende manieren worden verzameld. In dit geval door middel van documentenanalyse, interviews en observaties. De methoden triangulatie draagt bij aan een verhoogde interne validiteit.

Mortelmans (2011) geeft aan dat de betrouwbaarheid van het onderzoek ook verhoogd kan worden door middel van het standaardiseren van onderzoeksmethoden. De onderzoeksmethoden zijn gestandaardiseerd door middel van een semigestructureerd interview en een semigestructureerde topiclist voor de observaties. Verder heeft de onderzoeker tijdens het analyseren van de data memo's gemaakt van de bevindingen om de interne betrouwbaarheid te verhogen. Op deze manier kunnen buitenstaanders precies volgen welke stappen er in het onderzoek zijn gezet en is er sprake van virtuele herhaalbaarheid (Mortelmans 2011).

Een lastig aspect op het gebied van validiteit en betrouwbaarheid is het feit dat het onderzoek zich slechts richt op één case. Dit verlaagt de mate waarin de onderzoeksresultaten gegeneraliseerd kunnen worden. Doordat de case uitgebreid beschreven is, wordt dit gecompenseerd.

H4 Vertrekpunt van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum

Het resultaatendeel van deze scriptie bestaat uit drie onderdelen, namelijk het vertrekpunt, de gewenste situatie en de bereikte integratie van zorg rondom meervoudige problemen in een inloopcentrum.

In dit hoofdstuk beschrijf ik de positie en de onderlinge verhoudingen tussen de huisarts, de apotheekster, de thuiszorgorganisatie en welzijnsorganisatie in de vijf jaar voorafgaand aan de start van het project. Dit is relevant omdat de vertreksituatie bepalend is voor de wens tot en het resultaat van de integratie van zorg voor patiënten met meervoudige problemen.

4.1 De huisarts

Feitelijke beschrijving

De huisarts Peter Leister (fictieve naam) is initiatiefnemer van het project van het inloopcentrum. Hij is gevestigd in Schiedam en maakt deel uit van een praktijk met vier andere huisartsen. De huisartsenpraktijk is gevestigd in een achterstandswijk van Schiedam Centrum. De patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk heeft een slechtere gezondheid dan de gemiddelde Nederlander (Bron: gezondheidsmonitor GGD Rijnmond). Deze slechtere gezondheid gaat gepaard met het vóórkomen van meervoudige problemen (Bron: Plan van aanpak). Zoals in hoofdstuk één beschreven is, zijn meervoudige problemen aandoeningen die samenhangen met problemen op andere levensgebieden. De samenhang van deze problemen vraagt aandacht van meerdere disciplines.

'Ik mag namens mijn maten praten en we hebben 15.000 patiënten. Sinds 2003 zijn we begonnen met een nieuwe manier van werken. Het was toen bijna niet mogelijk om huisartsen te krijgen in achterstandswijken. Sindsdien hebben we wel een bepaalde organisatiekracht gehad waarvan ikzelf de exponent ben. [Huisarts observatie werkbezoek Zonmw 6 maart]

In antwoord op het gebrek aan huisartsen in de achterstandswijken werden in Schiedam HOEDen (Huisartsen Onder Eén Dak) opgericht. Zo is ook in Schiedam Centrum een HOED opgestart. Door het samengaan van huisartsen in HOEDen zijn de huisartsen uit Schiedam West weggetrokken (Bron: bespreekverslag Rubensplein).

Analyse

In hoofdstuk twee zijn op basis van het werk van Moreira (2005) de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk onderscheiden. In de wijze waarop het tekort aan huisartsen in achterstandswijken is opgelost, lijkt het klinische niveau dominant te zijn geweest. Bij het klinische niveau gaat het vooral om de zorginhoudelijke kant van de te leveren zorg. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de keuze van de huisartsen om zich alleen met andere huisartsen in HOEDen te vestigen. Andere disciplines werden hierbij niet betrokken. Daarnaast was het oprichten van de HOEDen vooral ingegeven door het verlichten van de klinische werkzaamheden van de huisartsen.

Naast het klinische niveau heeft ook het organisatorische niveau een belangrijke rol gespeeld bij de oprichting van de HOEDen. In de afgelopen vijf jaar heeft Peter Leister diverse initiatieven ondernomen om de organisatie van de praktijk te verbeteren via nieuw aanbod van zorg en het invoeren van taakdelegatie. Het invoeren van taakdelegatie levert een efficiëntievoordeel op voor de huisarts, aangezien hij in kortere tijd meer patiënten kan behandelen (werkbezoek 6 maart). Ook is sprake van enige aansluiting bij het beleidsmatige niveau, aangezien het ministerie van VWS ook de vergroting van efficiëntie in de eerstelijnszorg door taakdelegatie voorstaat.

Bij de oprichting van de HOEDen lijkt het maatschappelijke niveau onderbelicht geweest. Het maatschappelijk niveau zoals gedefinieerd in hoofdstuk twee gaat over de manier waarop de zorg bijdraagt aan de buurt. Met het oprichten van de HOEDen verdween de huisarts uit Schiedam West. Vanuit het maatschappelijk niveau is het vertrek van de huisarts uit de achterstandswijk van Schiedam West een opvallende keuze. Wanneer het maatschappelijk niveau zwaarder had gewogen, was mogelijk de keuze gemaakt om Schiedam West te blijven zodat de huisartsenvoorziening in de buurt gewaarborgd was.

4.2 De apotheekster

Feitelijke beschrijving

Naast Peter Leister is ook apotheekster Vera Band betrokken bij de ontwikkeling van het inloopcentrum. De apotheek van Vera Band is ruim 20 jaar gevestigd in Schiedam West (Bron: Interview Apotheeker). De apotheekster werkt vanuit een eigen gebouw. Naast de verstrekking van medicijnen verkoopt Vera zelfzorgproducten in haar apotheek.

En nu heb je meer concurrentie, dus verschillende partijen die gewoon keihard vechten om iedere klant. Daarbij zit je hier met een concentratie van teveel apothekers. Dus er moet in de toekomst nog samengewerkt, samengegaan worden of hoe je dat ook doet. Het afgelopen jaar was het echt kommer en kwel bij ons in de branche. Echt helemaal niet leuk. [Apotheeker]

In Schiedam is een overschot aan apothekers. Dit zorgt in combinatie met het samengaan van de huisartsen in HOEDen voor een hevige concurrentie tussen de apothekers.

Analyse

Zoals beschreven heeft de apotheekster een eigen gebouw waar alleen diensten van de apotheekster geleverd worden. Hieruit komt naar voren dat de apotheekster sterk gericht is op de eigen professie. Bij de apotheker Vera Band is het klinische niveau dan ook dominant. De dominantie van het klinische niveau gaat hand in hand met weinig aandacht voor het organisatorische niveau. Sterke samenwerkingsrelaties met bijvoorbeeld de huisartsen, de thuiszorg en de welzijnsorganisatie ontbreken.

Een voorbeeld van de ontbrekende samenwerkingsrelatie is de afhankelijkheidsrelatie met de huisartsen. De huisarts is namelijk degene die de ziekte diagnosticeert en daarvoor de medicijnen voorschrijft. De apotheker is degene die de medicijnen levert. Patiënten halen hun medicijnen in veel gevallen bij de apotheek in de buurt van hun huisarts. Het wegtrekken van de huisartsen uit Schiedam West door de oprichting van HOEDen heeft voor de apotheek van Vera Band vanuit dat perspectief nadelige gevolgen gehad. In eerste instantie heeft dit echter niet geleid tot intensivering van de samenwerking met de huisartsen.

Sterker nog je krijgt ook verschuiving van de apotheek die mensen bezoeken. Want sommige kwamen hier omdat de huisarts natuurlijk ook hier in de straat zat. En die concentratie is in Schiedam vrij ver gegaan. Dus je hebt relatief weinig HOEDEN ten opzichte van het aantal apothekers en je ziet nu ook wel dat die samenklontering er geweest is. [Apotheker]

Vera Band geeft aan dat ze contact heeft met de thuiszorg wanneer dit nodig is en wanneer bekend is dat de thuiszorg bij een klant komt (Bron: interview Apotheker). Het contact wat de apotheekster met de thuiszorg heeft kan ad hoc genoemd worden. De apotheekster heeft bijvoorbeeld geen vaste ontmoetingsmomenten met de thuiszorg en weet ook niet precies bij welke klanten de thuiszorg komt. Al met al lijkt er te weinig aandacht te zijn voor het organisatorische niveau in het contact met de thuiszorg.

Wat betreft de samenwerking met de welzijnsorganisatie laat het onderstaande citaat zien dat er geen contact is.

... Je weet wel dat dat bestaat. Maar dat zit heel ver achterin je hoofd zeg maar.... [Apotheekster]

Dat de apotheekster geen contact heeft met de welzijnsorganisatie is vanuit de nadruk op het klinische perspectief te verklaren. De inhoud van de professie van de apotheker en die van de welzijnsmedewerkers ligt namelijk zo ver uit elkaar dat ze niet de meerwaarde inzien van een intensieve samenwerking.

Uit de verzamelde data kan niet worden opgemaakt of en zo ja hoe het beleidsmatige niveau en het maatschappelijke niveau bij de apotheekster Vera Band in de vertreksituatie een rol hebben gespeeld.

4.3 De thuiszorgorganisatie

Feitelijke beschrijving

Bij de ontwikkeling van het inloopcentrum is naast de huisarts en de apotheekster een thuiszorgorganisatie betrokken. In deze paragraaf wordt de onderlinge verhouding van de thuiszorgorganisatie met de huisarts Peter Leister, de apotheekster Vera Band en de welzijnsorganisatie beschreven.

De thuiszorgorganisatie is een grote organisatie die actief is in de provincies Utrecht, Zuid-Holland en Brabant. Dit is een andere uitgangspositie dan die van de huisarts Peter Leister en de apotheekster Vera Band. Hoewel de thuiszorgorganisatie groot is heeft de organisatie wel de ambitie om op een kleinschalige wijze zorg te leveren aan de patiënt.

Om de kleinschaligheid van zorg te realiseren is binnen de organisatie de visie van 'Het Dorp' ontwikkeld (Bron: Interview Adviseur 2). Voor en tijdens de aanvang van het project is de thuiszorgorganisatie bezig met het uitrollen van de visie van het dorp (Interview regiomanager thuiszorg)

Het Dorp

Een grote zorgorganisatie, die toch kleinschalig blijft. Het lijkt een paradox. Careyn, wil laten zien dat het kan. Bij het zorgconcern werken 14.000 mensen. Samen leveren zij een uitgebreid zorg- en dienstenpakket, van preventie, zorg en behandeling tot welzijn en wonen.

Met Het Dorp schetst Careyn het ideaal van een brede maatschappelijke onderneming op wijkniveau. Dat kan als organisaties samenwerken: vrijwilligers- en welzijnsorganisaties, huisartsen, paramedici, ziekenhuizen, woningcorporaties. En elkaars grenzen mogen overschrijden. 'Stel dat je de zorg helemaal opnieuw mag inrichten. Dan beschrijft Het Dorp hoe ik het geregeld zou willen hebben: laagdrempelig en niet-gefragmenteerd. Duidelijk voor de patiënt, die niet, zoals nu, heen en weer hoeft tussen verschillende soorten diensten. Het resultaat is beter én goedkoper.' [In voor Zorg website]

Analyse

In de wijze waarop de thuiszorgorganisatie in de vertreksituatie bijdraagt aan het oplossen van meervoudige problemen lijkt net als bij de huisarts en de apotheker het klinische niveau dominant

te zijn. Dit is terug te zien in de wijze waarop de samenwerking met de huisarts in de vertreksituatie vormgegeven wordt.

'De uitvoerende medewerkers komen natuurlijk wel bij huisartsen en dan is het van hallo kunnen we het over een klant hebben. Verder dan dat gaat het ook niet'. [Regiomanager Thuiszorgorganisatie]

Uit het citaat blijkt de medewerkers alleen op klantniveau contact met de huisarts hebben. Er is contact tussen de huisarts en de medewerkers van de thuiszorg wanneer dat nodig is. Wanneer het organisatorische niveau meer nadruk had gehad waren er mogelijk vaste contactmomenten geweest tussen de huisarts en de medewerkers van de thuiszorgorganisatie.

Voor het contact met de apotheker geldt dat dit op reactieve basis is [interview apotheker]. Wanneer er problemen zijn met de medicatie wordt er contact gezocht. Dat het contact alleen aanwezig is wanneer dat nodig gevonden wordt laat zien dat er een nadruk ligt op het klinische niveau.

Als het gaat over het verwijzen van patiënten naar welzijn geven de medewerkers aan dat ze wel advies geven aan cliënten maar dat ze niet formeel kunnen verwijzen. Ze controleren ook niet of de patiënten daadwerkelijk gebruik maken van de diensten van de welzijnsorganisatie.

Adviseur Curenz 1: Verwijst de thuiszorg niet?

Uitvoeren medewerker thuiszorg: Je verwijst niet echt formeel maar je geeft meer advies en dan gaan ze wel.

Teammanager thuiszorg: We sturen natuurlijk op zelfregie hè haha. Maar we hebben wel een flinke vinger in de pap

Uitvoerend medewerker thuiszorg: Maar ik controleer niet of ze ook daadwerkelijk gaan. Dat is nog wel van belang

[vergadering werkgroep multidisciplinaire samenwerking]

Naast het klinische niveau zijn het beleidsmatige en maatschappelijke niveau vertegenwoordigd in de vertreksituatie van de thuiszorgorganisatie. Deze niveaus zijn terug te zien in de visie van 'Het Dorp' die de thuiszorgorganisatie ontwikkeld heeft.

De ontwikkeling van de visie van 'Het Dorp' past bij het beleidsmatige niveau omdat het opstellen van een visie beleidsmatige overwegingen een rol spelen.

In de visie van 'Het Dorp' staat de thuiszorgorganisatie als brede maatschappelijke onderneming centraal. Hierbij staat het leveren van zorg dichtbij de cliënt hoog in het vaandel. Zoals we eerder gezien hebben, komt in het maatschappelijk niveau het belang van de burger naar voren. In het dichtbij willen leveren van zorg krijgt het maatschappelijk niveau een plaats.

4.4 Welzijnsorganisatie

Feitelijke beschrijving

Naast de huisarts Peter Leister, de apotheekster Vera Band en de thuiszorgorganisatie is ook een welzijnsorganisatie betrokken in het project van het inloopcentrum. In de voorgaande paragrafen is naar voren gekomen dat het klinische niveau de overhand heeft in de verhouding tussen de verschillende partijen. In deze paragraaf staat de positie van de welzijnsorganisatie centraal.

Het werkgebied van de welzijnsorganisatie is Schiedam, Vlaardingen, Maassluis en Hoek van Holland. De diensten die geleverd worden liggen op het gebied van maatschappelijk werk, welzijn en steunpunten voor mantelzorg en huiselijk geweld (Bron: site van de organisatie).

We zitten hier in een prachtig kantoor. Het grootste deel van de klanten komt hier ook naar toe. Dat is ook wel zo praktisch, waar het kan moet je dat vooral ook doen. Maar we hebben natuurlijk ook locaties in de wijk waar we actief zijn en dat kan zijn binnen huisartsen praktijken maar ook een heel belangrijke tak van sport is school maatschappelijk werk dat zijn natuurlijk ook maatschappelijk werkers maar die zijn gespecialiseerd in jeugd gezin, opvoeding en alles wat daarmee te maken heeft. Wij hebben hier in Schiedam een team van 12 mensen die Schiedam en Vlaardingen bedienen en alle basisscholen. Je kunt je voorstellen dat doordat wij ook op alle basisscholen zitting hebben die natuurlijk ook in die wijken staan is dat een hele belangrijke plek om zichtbaar te zijn en snel in te kunnen grijpen [divisiemanager welzijnsorganisatie].

Zoals blijkt in de voorgaande paragrafen heeft de welzijnsorganisatie geen prominente rol in het oplossen van meervoudige problemen. Aan de hand van de balans in de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk zal gezocht worden naar een verklaring voor de positie van de welzijnsorganisatie.

Analyse

De divisiemanager van de welzijnsorganisatie constateert dat de verschillende disciplines in de loop van de tijd uit elkaar gedreven zijn.

'Je ziet dat het in de loop van de tijd wat verder uit elkaar is gedreven vanwege natuurlijk de grote organisaties die daar rondom heen zijn gekomen.' [divisiemanager welzijn]

De verklaring die hiervoor gegeven wordt is dat de energie opgaat aan de eigen organisaties. Vanuit de theorie van Moreira bekeken heeft het klinische niveau een prominente rol in het uit elkaar drijven van de organisaties. Men is zich bezig gaan houden met het verbeteren van de eigen professie. Wanneer het organisatorische niveau meer aandacht had gehad rondom de zorg voor patiënten met meervoudige problemen was men mogelijk niet tot de keuze gekomen om te investeren in de eigen organisatie. Uit de data komt wordt niet duidelijk hoe het beleidsmatige niveau een rol speelt in de vertreksituatie van de welzijnsorganisatie.

Zoals eerder aangegeven biedt de welzijnsorganisatie op meerdere plaatsen de zorg voor de klanten aan. De plaats waarop de zorg aangeboden wordt sluit aan bij de behoefte van de klanten. Dat de organisatie plaatsheeft in de buurt laat zien dat het maatschappelijke niveau een rol heeft in de vertreksituatie.

4.5 De notie van patiëntgerichte zorg in de vertreksituatie

In de voorgaande paragrafen is geconstateerd dat het klinische niveau de overhand lijkt te hebben in de verhouding tussen de huisarts, de apotheker, de thuiszorgorganisatie. In aanvulling op de analyse vanuit het werk van Moreira wordt in deze paragraaf uitgewerkt welke notie van patiëntgerichte zorg rondom meervoudige problemen in de vertreksituatie prominent is.

In hoofdstuk twee is een uiteenzetting gegeven van het werk van Mol (2006) die de logica van het zorgen en de logica van keuze onderscheiden heeft als handelingsperspectief op het verlenen van goede zorg. In de logica van keuze wordt de patiënt als klant gezien en is de zorg een afgebakend pakket. De rol van de professional is die van aanbieder.

Bij de logica van het zorgen wordt de zorg afgestemd op de specifieke situatie van de patiënt en is de zorg een voortgaand proces. De professional heeft binnen de logica van zorg de rol van ondersteuner.

In de vertreksituatie is een gefragmenteerd aanbod van zorg terug te zien waarin de verschillende zorgaanbieders niet verder kijken dan hun eigen discipline waar het gaat om de behandeling van meervoudige problemen. Deze fragmentatie kan vanuit de theorie van Mol (2006) geduid worden als een afgebakend product. Daarnaast spreken de verschillende projectleden over klanten die bediend moeten worden. Dit is de taal van de markt en impliceert de logica van keuze.

H5 De gewenste integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum

Dit hoofdstuk is het tweede deel van het resultatenonderdeel van deze scriptie. In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat het klinische niveau dominant is in de wijze waarop de verschillende partijen de zorg rondom patiënten met meervoudige problemen vormgegeven hebben. Dit leidde tot een gefragmenteerd zorgaanbod voor patiënten met meervoudige problemen.

In dit hoofdstuk beschrijf ik de wensen en verwachtingen die de huisarts, de apotheker, de thuiszorgorganisatie, en de welzijnsorganisatie hebben ten aanzien van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum. Het is voor dit onderzoek van waarde om de gewenste integratie te beschrijven omdat de wensen van de verschillende partijen van de integratie van zorg bepalend zijn voor de uiteindelijk bereikte situatie.

5.1 De huisarts

Feitelijke gegevens

In het vorige hoofdstuk is naar voren gekomen dat in de huisartsenpraktijk van Peter Leister verbetering en vernieuwing centraal staat. In deze paragraaf komt aan bod welke vernieuwingen en verbeteringen Peter Leister wenst door middel van het opstarten van een inloopcentrum in Schiedam West.

Met het oprichten van een inloopcentrum beoogt de huisarts om weer terug te keren in de wijk Schiedam West (bron: Bespreekverslag Rubensplein). Daarnaast zou Peter Leister graag een verbreding van het aanbod op één plaats zien. Zodat zorg en welzijn gecombineerd is (Bron: observatie Rondleiding CHS).

Dan zegt hij weet je wat er mist? Er is alleen zorg, eigenlijk zou er ook nog iets van welzijn in moeten. Net als in de hal van een ziekenhuis dat er dingen georganiseerd worden of dat mensen hun belastingformulieren in kunnen laten vullen. Het voordeel als dat hier is, is dat het voor mensen een vertrouwde plek is. Mensen hebben dan niet het gevoel dat ze bedot worden. Maar ze verwachten dat de huisarts wel goede mensen binnenhaalt. Dus dat ze op het goede adres zijn. [Huisarts observatie Rondleiding CHS]

Peter Leister wil niet alleen een verbreding van het aanbod van zorg op één plaats maar ook dat de professionals met een bredere blik naar de patiënt kijken. Dit kijken met een bredere blik houdt in dat er ook gezocht wordt naar hoe andere disciplines bij kunnen dragen aan de oplossing van meervoudige problemen.

Analyse

Wanneer de wens van het terugbrengen van de huisarts in Schiedam West analyseren vanuit de niveaus die in hoofdstuk twee onderscheiden zijn, heeft in deze wens het maatschappelijk niveau een belangrijke rol. Het maatschappelijke niveau komt naar voren in de wens om bij te dragen aan zorgverlening dicht in de buurt.

Deze wens om een verbreding van het zorgaanbod op één plaats te realiseren is te verklaren vanuit het organisatorisch en maatschappelijk perspectief. Vanuit het organisatorisch perspectief kan deze wens verklaard worden door het feit dat de huisarts meer patiënten kan helpen in minder tijd. Dit biedt een goed verdienmodel.

Het maatschappelijke perspectief wordt meegewogen in deze wens omdat door het verbreden van het aanbod van zorg binnen de huisartsenpraktijk tegemoetgekomen wordt aan behoeften van de patiëntenpopulatie in de achterstandswijk.

De huisarts geeft aan dat naast een verbreding van het aanbod van zorg een andere benadering van de patiënt nodig is.

'Maar je moet zinnig bezig zijn met het zeg maar de issue dat een patiënt die tegenover me zit, en dat ik niet degene zal zijn die het probleem oplost, maar anderen. En dat is een relativiteit die je neer moet zetten van je eigen handelen. En ik denk dat menig zorgverlener dat niet doet. Die denkt van hee joh, zijn heiligheid is weer bezocht, ze kunnen weer een eind verder. Maar zo werkt het dus niet. Ik denk dat er veel meer voor nodig is om mensen te helpen strikt medisch te zien. Als je een maagzweer hebt, ja dan ben ik wel de belangrijkste bij wijze van spreken. Maar vervolgens als jij met een psychosociaal gebeuren zit, ja dan zijn er toch heel vaak wat andere mensen die een rol spelen.' [Huisarts]

Deze verandering bestaat uit het bredere blik op de patiënt. Waarbij naast oog voor de klachten ook oog is voor de psychosociale context van een patiënt. Wanneer deze verandering vanuit het werk van Moreira (2005) bekeken wordt kan geconcludeerd worden dat er een verschuiving plaatsvindt van het klinische naar het organisatorische niveau. De professionals moeten in deze wens namelijk niet alleen naar de eigen kennis kijken, maar goed op de hoogte zijn van de manier waarop andere disciplines bij kunnen dragen aan het oplossen van de meervoudige problemen. Er moet overstijgend gedacht worden.

Samenvattend in de gewenste situatie lijkt ten opzichte van de vertreksituatie een verschuiving in de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk op te treden. Daar waar in de vertreksituatie een sterke nadruk lag op het klinische niveau is in de wensen en verwachtingen van Peter Leister rondom de integratie van zorg meer nadruk komen liggen op het organisatorische en maatschappelijke niveau.

5.2 De apotheekster

Feitelijke gegevens

Naast Peter Leister heeft de apotheekster Vera Band, verschillende wensen en verwachting ten aanzien van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum. In deze paragraaf wordt uitgewerkt welke wensen en verwachtingen dit zijn.

In het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat Vera Band te maken heeft met een hoge mate van concurrentie. Een van de motieven om te participeren in het inloopcentrum is voor de apotheekster om deze concurrentie het hoofd te bieden. De verwachting van Vera Band is dat doordat de huisarts bij haar in het pand trekt meer klanten de medicijnen bij haar zullen halen. Ze wil daarmee een stuk gemak voor de klant bieden (Bron: interview apotheekster). Met de thuiszorg die bij het project van het inloopcentrum betrokken is wil de apotheekster de medicatieveiligheid verbeteren.

Analyse

Wanneer de wensen en de verwachtingen van de apotheekster vanuit het werk van Moreira (2005) en de daarbij onderscheiden niveaus bezien worden komt naar voren dat het organisatorische niveau de overhand heeft in de wensen en verwachtingen van de apotheekster Vera Band.

In de wens van het behouden van klanten klinkt het organisatorische niveau door. Het behoud van klanten betekend namelijk ook het behoud van de organisatie van de apotheker.

[Huisarts] Ja maar haar apotheek is wel te klein om zo door te gaan.

[Adviseur Curenz 1]: ze heeft nu natuurlijk al zo'n 300 meer klanten. (Tijdens teamvergadering)

Er zijn misschien mensen die nooit binnen kwamen en nu wel. Bijvoorbeeld ik merk nu al. Mijn dichtstbijzijnde buurman heeft zijn deuren gesloten en is samengegaan met een andere apotheek. Die mensen komen hier nu soms binnen omdat ze niet naar die andere willen omdat ze dat te ver vinden. En dan hoor je ook alweer hun ervaringen. [de apotheker].

In deze wens staat naast organisatorische overwegingen de patiënt en zijn gemak centraal. Het gemak van de patiënt wordt gediend door de apotheek dichtbij de huisarts te vestigen. Dat het gemak van de patiënt centraal staat laat zien dat er meer nadruk ligt op het geven van patiëntgerichte zorg.

Is dat ook wat je in het begin zei dit heb ik al langer gedacht. Of hoe kan ik het nou multidisciplinair maken of beter. Was het bij jou eerdere ideeën het idee een inloopcentrum? [onderzoeker] Nou het eerste idee waar je natuurlijk aan denkt is, want dan denk je aan de eerstelijnszorgverleners om mee samen te werken. En dan zijn huisarts en thuiszorg voor mij wel de eerste keus. Want ik denk dat daar heel veel win-win zit. Dus dat ligt heel erg voor de

hand. Ik vind het ook heel logisch. Dat uiteindelijk de huisartsenpartij de hoofdhuurder is. Dat ligt het dichtst bij onze eigen expertise. [apothekster]

De apothekster verwacht het meest van de samenwerking met de huisarts en de thuiszorg omdat die op het klinisch gebied dicht bij de expertise van de apotheker liggen. Door intensievere samenwerking op te zoeken met de thuiszorg en de apotheker wordt het organisatorisch makkelijker om de zorg rondom patiënten met meervoudige problemen vorm te geven. Deze wens lijkt ingegeven vanuit het organisatorische niveau.

De thuiszorg komt er ook nog in, daar kan ik mooi mijn medicatieveiligheid mee doen ik ben wel tevreden. [Adviseur Curenz 2]

Een voorbeeld van het verbeteren van de zorg rondom patiënten met meervoudige problemen is het verbeteren van de medicatieveiligheid in samenwerking met de thuiszorgorganisatie.

Thuiszorg daar hebben wij natuurlijk veel meer mee te maken. En dat vind ik ook heel fijn dat we daarin makkelijk contact hebben. Want ik had vrijdag een probleemgeval weet je en ik wist dat één van hen daar kwam. Dat weten wij vaak ook niet. Wij zien vaak dat de huisarts echt dat volledige plaatje heeft. Wij weten niet of er bij iemand thuiszorg komt. Dus dat moet je bij toeval oppikken. Nou dat was gebeurd. En dan bel je ze van luister eens. Dit speelt er. Volgende week kom je er weer. Kan je eens even kijken hoe we dat in goede banen kunnen leiden. Die mevrouw gebruikte veel te veel incontinentiemateriaal wat ze straks niet meer vergoed krijgt van de verzekering. Dus wij hadden haar benadert met het feit dat ze het zelf moest gaan betalen. En toen was zij natuurlijk weer pissig. Van ja maar ik ben daar toch voor verzekert. Ja tot op zekere hoogte ja. Maar goed dan merk je dus. Dat ik had Marja aan de telefoon gehad. En die fietst op haar fietsje naar huis en die loopt even binnen. En die zegt ik heb er op de fiets even over nagedacht. Maar dit en dit is er aan de hand ik denk dat zij toch gewoon meer nodig heeft. Maar hoe moeten we dat dan regelen. Nou dan merk je dus dat dat vlieg wiel gaat draaien. De vraag is ook of ik haar anders direct gebeld had. [Apothekster]

In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat de apotheker en de thuiszorg op een reactieve basis samenwerken. In het bovenstaande citaat komt naar voren dat de apotheker en de thuiszorg in de ontwikkeling van de samenwerking elkaar al meer weten te vinden. Vera Band geeft aan dat door de ontmoetingen die ze heeft met de medewerkers van de thuiszorg ten behoeve van de voortgang van het project van het inloopcentrum.

5.3 De thuiszorgorganisatie

Naast de huisarts en de apotheker heeft ook de thuiszorgorganisatie wensen en verwachtingen ten aanzien van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum.

Feitelijke beschrijving

Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven is de thuiszorgorganisatie actief in het uitrollen van de visie van 'Het Dorp'. Een van de wensen van de thuiszorgorganisatie is het gestalte geven van de visie van 'Het Dorp' door de samenwerking op te zoeken in een inloopcentrum (Bron: regiomanager thuiszorg). Voor de thuiszorgorganisatie is het participeren in het inloopcentrum een manier om de samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige te verbeteren. Door deze samenwerking hoopt de thuiszorgorganisatie preventief te kunnen werken.

Verder ziet de thuiszorgorganisatie het participeren in het inloopcentrum als een mogelijkheid om veranderingen die er zijn op het gebied van de financiering het hoofd te bieden (Bron: regiomanager thuiszorg). De financiering van een groot gedeelte van de diensten die de thuiszorgorganisatie levert wordt zoals het lijkt in de toekomst overgeheveld naar de gemeente met een bezuinigingsmaatregel.

Analyse

Wanneer de wensen en verwachtingen van de thuiszorgorganisatie geanalyseerd worden vanuit de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk die in hoofdstuk twee onderscheiden zijn op basis van het werk van Moreira (2005) komen er verschillende zaken naar voren.

In het onderstaande citaat komt naar voren hoe men in de thuiszorgorganisatie de visie van 'Het Dorp' meer gestalte wil geven.

'En ga in overleg met mensen die er ook toedoen en dat zijn niet alleen huisartsen, dat is ook de wijkagent, dat is ook de geestelijk verzorger dat is ook een maatschappelijk werker dat is ook kijken hoe je zo een stukje behoefte en zorgverlening aan een klant zo goed mogelijk met elkaar kan opvullen. En soms heb je daarin ook gewoon een maatschappelijke casus. Want als je een dementerende klant hebt die een beetje gevaarlijk wordt met het gasfornuis kan je wel drie keer in de week komen. Maar op een gegeven moment loopt het toch uit de hand en dan wordt de politie gebeld en dan is er brand en dan komt de brandweer en dan is er een crisisteam. Snap je dus op een gegeven moment moet je ook wel met elkaar gaan zitten van hoe kan je nou dan heb je het natuurlijk ook over geld. Maar hoe kun je nu op een zo goed mogelijke manier die klant bedienen. Is dat dan nog thuis of is dat ergens anders. Kan je meer afspraken maken, dat dat soort dingen niet meer gebeuren. [regiomanager thuiszorg]

In deze wens hebben het organisatorische en maatschappelijke niveau een prominente plaats. In het organisatorische niveau staan organisationele randvoorwaarden voor de zorg rondom meervoudige problemen centraal. Het organisatorische niveau komt terug in de wens om gezamenlijke overlegmomenten te creëren rondom meervoudige problemen. Daarnaast wil de thuiszorgorganisatie door middel van het participeren in het project afstemming tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige realiseren.

Door de samenwerking op te zoeken verwacht de thuiszorgorganisatie meervoudige problemen op een preventieve manier aan te kunnen pakken. Daarmee wil de organisatie een maatschappelijke bijdrage leveren. Hierin komt het maatschappelijke niveau naar voren.

Zoals eerder beschreven wil de thuiszorgorganisatie de veranderingen op het gebied van financiering het hoofd bieden door samen te gaan werken. Het beleidsmatige niveau werd omschreven als het beleid waarbinnen het inloopcentrum opereert. De gemeentelijke transities zijn overheidsbeleid waar de thuiszorgorganisatie mee te maken heeft.

Want als je kijkt naar alle gemeentelijke transities dan weet je dat de begeleiding zeg maar hè dat is dan wel uitgesteld maar niet afgesteld per 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeente gaat vallen. Dat geldt ook voor een stuk persoonlijke verzorging. Met name de persoonlijke verzorging is wel een groot deel van mijn productie en dat wil natuurlijk niet zeggen dat ik het niet meer ga doen. Maar de regie ligt straks wel ergens anders. Verpleging hou je dan nog over. Als ik dat nu kijk naar het percentage van de totale omzet zal dat iets van 15% zijn wat ik nu lever. Dat moet je gaan uitbouwen. De plek van de verpleging is natuurlijk ook niet duidelijk. Komt dat in de zorgverzekering of blijft het in de AWBZ of nou hoe dan ook. Dus daar moet je nu wat mee gaan doen want anders zit je straks met een organisatie die 360 graden gedraaid is en je bent vergeten het product wat je houdt uit te bouwen zeg maar. Dus voor ons is die samenwerking met die huisarts vreselijk belangrijk om ehm om een stuk 1,5 eerstelijnszorg vorm te gaan geven. En ik bedoel die insteek zit natuurlijk ook vanuit meerdere kanten. Vanuit het ziekenhuis eeh richting huisarts vice versa zal ook nog wat moeten gaan gebeuren maar dit is eigenlijk vanuit onze professie en dan heb ik het over de niveau vijf's hè die gaan natuurlijk de huisarts ondersteunen. [regiomanager thuiszorg]

Er kan geconcludeerd worden dat in de gewenste situatie het organisatorische, beleidsmatige en maatschappelijke niveau meer nadruk krijgen dan in de vertreksituatie in de integratie van zorg rondom meervoudige problemen.

5.4 Welzijn

Naast de huisarts, de apotheker en de thuiszorg heeft de welzijnsorganisatie ook wensen en verwachtingen ten aanzien van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum. In de wensen en verwachtingen die de welzijnsorganisatie heeft staan hebben de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk op een verschillende manier centraal.

Feitelijke informatie

In de vertreksituatie constateerde de divisie manager van de welzijnsorganisatie dat de verschillende disciplines die zorg leveren aan de patiënt uit elkaar gedreven zijn. Een van de wensen van de welzijnsorganisatie is om afstemming te zoeken met de verschillende disciplines (Bron: Divisie manager welzijnsorganisatie). In deze wens staat voor de welzijnsorganisatie het belang van de patiënt en cliënt centraal.

Uiteindelijk alles wat we doen is in het belang van de patiënt of cliënt, voor een ieder moet dat centraal staan. Dat heb ik ook heel stevig op mijn netvlies staan. En ik vind dat als maatschappelijk werker waaruit je meer vanuit die welzijnshoek opereert die lijnen met die artsen die er dus wel al zijn maar nu er meerdere disciplines in de eerstelijns actief zijn. Zeker nu de praktijkondersteuners en verpleegkundigen daar natuurlijk heel duidelijk op aangehaakt zijn is het ook heel belangrijk om ook met hen af te stemmen. [divisie manager welzijn]

Daarnaast is de wens van de welzijnsorganisatie klanten te behouden door middel van het participeren in het inloopcentrum. De divisie manager verwacht het aantal klanten dat de organisatie bediend als claim te kunnen gebruiken voor de financiering. Het werk dat de welzijnsorganisatie verricht wordt door de gemeente gefinancierd door middel van een budget (Bron: divisie manager welzijn).

Analyse

Wanneer de wens van het zoeken van afstemming en daarmee het centraal stellen van de patiënt geanalyseerd wordt vanuit de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk gebaseerd op het werk van Moreira (2005) komt naar voren dat het organisatorisch niveau nadruk heeft in deze wens. Door het aanhalen van de lijnen met de verschillende disciplines in het inloopcentrum worden namelijk organisatorische randvoorwaarden gecreëerd voor de samenwerking rondom meervoudige problemen.

En er voor te zorgen dat er wel overgedragen wordt. Dat er niet toch te lang bepaalde casuïstiek bijvoorbeeld bij de verpleegkundigen zouden blijven of misschien wel bij de maatschappelijk werkers zouden blijven. [divisie manager welzijn]

Door het verbeteren van de organisatorische randvoorwaarden wordt verwacht dat meervoudige problemen op een adequate wijze behandeld kunnen worden. Er kan voorkomen worden dat casuïstiek te lang bij een bepaalde hulpverlener blijft liggen.

Het beleidsmatige niveau komt naar voren in de wens om klanten te behouden. Om daarmee een claim op de financiering van de gemeente te leggen. Enerzijds is dit beleid binnen de organisatie door

een strategie uit te denken . Anderzijds is komt in deze wens een poging naar voren om het financiële beleid van de gemeente te beïnvloeden.

Bij de welzijnsorganisatie is in de gewenste situatie een verschuiving te zien in de balans van de niveaus van vooral klinisch en maatschappelijk georiënteerd naar meer organisatorisch en beleidsmatig georiënteerd.

5.5 De notie van patiëntgerichte zorg in de gewenste situatie

In de voorgaande paragrafen is naar voren gekomen dat de balans in de gewenste situatie verschoven is naar het organisatorische, beleidsmatige en maatschappelijke niveau ten opzichte van de sterke nadruk die het klinische niveau in de vertreksituatie had. In aanvulling op het werk van Moreira (2005) zal in deze paragraaf aan de hand van het werk van Mol (2006) onderzocht worden welke notie van patiëntgerichte zorg in de wensen en verwachtingen van de partijen naar voren komt.

Feitelijke informatie

In de gewenste situatie zijn een aantal zaken waarin naar voren komt wat de notie van patiëntgerichte zorg binnen het project is. Uit het onderstaande citaat blijkt dat Pieter Leister de zorg meer vraaggericht wil maken.

‘ En daar waar ik dus nu mee bezig ben, is de benadering van ‘joh, wij leveren een dienst en wees blij dat we die leveren’, dat we die gaan kantelen en zeggen van ‘oké, wat is uw vraag, en hoe kunnen we u helpen?’ bij wijze van spreken’. [Huisarts]

Daarbij moet de professional volgens Peter Leister niet uitgaan van het aanbod dat die heeft maar luisteren naar en meedenken met de patiënt. Daarnaast is in het voorgaande naar voren gekomen dat de partijen in de samenwerking gericht zijn op preventie. Hier hoort ook bij dat casuïstiek niet te lang mag blijven liggen bij één zorgverlener en dat patiënten daadwerkelijk een stap verder geholpen moeten worden.

Analyse

Mol (2006) heeft, zoals in hoofdstuk twee uiteengezet, twee perspectieven op patiëntgerichte zorg onderscheiden namelijk de logica van keuze en de logica van zorg. In de vertreksituatie had de logica van keuze de overhand.

In de gewenste situatie lijkt de logica van zorg meer nadruk te krijgen. Uit de wens van Pieter Leister om vraaggerichte zorg te leveren, lijkt het dat hij hierin oog heeft voor de specifieke situatie van de patiënt en hierin mee wil denken. Dit is een kenmerk van de logica van zorg.

Een ander voorbeeld van het naar voren komen van de logica van zorg is dat de partijen preventief samen willen werken en dat de patiënten een stap verder geholpen worden. Hierin komt naar voren dat de partijen geen afgebakend pakket van zorg aan willen bieden zoals de logica van zorg laat zien. Maar dat er daadwerkelijk naar een oplossing gezocht moet worden en dat de zorg hierin een voortgaand proces is.

5.6 De fase van ontwikkeling waar de partijen zich in bevinden

Nu de wensen en verwachtingen van de deelnemende partijen uitgewerkt zijn is het goed om te kijken in welke fase de integratie van zorg zich bevindt. Dit wordt gedaan aan de hand van de ontwikkelingsfasen die Minkman (2011) gedefinieerd heeft. Dit zijn respectievelijk de initiatief en ontwerpfasen, de experimentele en uitvoeringsfase, de uitbreidings- en monitoringsfase en de consolidatie- en transformatiefase.

Feitelijke gegevens

De participerende partijen hebben elkaar opgezocht om samenwerking rondom meervoudige problemen te realiseren. Om concrete plannen te maken zijn stuur- en werkgroepen gevormd. De stuurgroep is een plaats waar overkoepelende zaken besproken worden zoals de visie en de financiering (Bron: adviseur Curenz 1). Daarnaast zijn er drie werkgroepen opgestart namelijk: voor multidisciplinaire samenwerking, organisatieontwikkeling en patiënten participatie. In de werkgroepen worden meer praktische zaken uitgedacht zoals het taken toewijzen aan personen (Bron: adviseur Curenz 1).

Analyse

In de gewenste situatie komt de situatie van het project het meest overeen met de 'initiatief en ontwerpfasen' die Minkman (2011) in haar model definieerde. Minkman stelde dat in de 'initiatief en ontwerpfasen' de samenwerking tussen zorgaanbieders geïntensiveerd of opgestart wordt. En dat de samenwerking vaak voortkomt uit het zoeken naar een oplossing voor een gedeeld probleem. In de data komt naar voren dat de partijen met elkaar om tafel zitten in stuur- en werkgroepen om samen de zorg rondom meervoudige problemen te verbeteren. De zorg voor meervoudige problemen zou in dit project gezien kunnen worden als het gedeelde probleem van de verschillende partijen.

Een ander kenmerk van de 'initiatief en ontwerpfasen' is dat de meerwaarde van de samenwerking duidelijk is en dat er mogelijkheden zijn voor samenwerking. Uit het feit dat de verschillende partijen bij elkaar zitten zou geconcludeerd kunnen worden dat de partijen voldoende meerwaarde en mogelijkheden zien om de samenwerking te starten.

Een laatste kenmerk is dat de patiëntengroep en de behoeften van patiënten en stakeholders gedefinieerd worden. In de stuurgroep en de werkgroepen wordt stilgestaan bij de behoeften van de patiënten door middel van het gebruik van de wijkscan van Schiedam West. Dit is een document waarin de gezondheid van de bevolking aldaar beschreven wordt. De behoeften van de stakeholders komen in de stuur- en werkgroepen aan bod.

H6 De bereikte integratie van zorg rondom meervoudige problemen in het inloopcentrum

De voorgaande hoofdstukken stonden in het teken van de vertreksituatie en de gewenste situatie van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen. Hierbij lijkt een verschuiving van de balans in de niveaus klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk opgetreden te zijn. Van een prominente aanwezigheid van het klinische niveau hebben de andere niveaus nu meer aandacht gekregen.

In dit hoofdstuk beschrijf ik hoe de integratie van zorg rondom meervoudige problemen vorm gekregen heeft in het inloopcentrum. Daarbij komen de vormgeving, de ingezette middelen en de notie van patiëntgerichte zorg en de fase van ontwikkeling aan bod.

6.1 De vormgeving van het inloopcentrum

Feitelijke gegevens

Het inloopcentrum is gevestigd in Schiedam West in de kelder van de apotheekster Vera Band. Bij binnenkomst in het inloopcentrum kom je in eerste instantie in de apotheek. Voor de andere diensten moeten de patiënten een trap af naar de kelder. In de kelder zijn spreekkamers waar de verschillende disciplines gebruik van kunnen maken.

Vanuit de huisartsenpraktijk van Schiedam Centrum wordt dagelijks één spreekuur gehouden in het inloopcentrum. Het maatschappelijk werk en de thuiszorg houden ook spreekuren in het inloopcentrum. De triage en het maken van afspraken vindt plaats via de huisartsenpraktijk van Schiedam Centrum.

Analyse

Het maatschappelijke niveau lijkt een belangrijke rol gehad te hebben in de keuze voor de vestiging van het inloopcentrum in Schiedam West. Deze keuze is namelijk gemaakt om de huisarts terug te brengen in de wijk Schiedam West (Bron: bespreekverslag Rubensplein). Wanneer het organisatorische niveau een grotere nadruk had gekregen in de keuze voor de locatie was wellicht een andere beslissing gemaakt.

Voor de thuiszorg is de huidige ruimte te klein om als vertreklocatie te gebruiken. Daarnaast heeft de thuiszorgorganisatie nog lopende huurcontracten voor andere gebouwen. Dit heeft erin geresulteerd dat de thuiszorg niet permanent aanwezig is in het inloopcentrum.

6.2 De ingezette middelen voor de samenwerking

Het inloopcentrum moet niet alleen een gebouw zijn waarin verschillende disciplines een plaats hebben maar de uitdaging is dat er daadwerkelijk samengewerkt wordt (Bron: adviseur 2 curenz). Om de samenwerking te bevorderen zijn een aantal middelen ingezet in het inloopcentrum. Dit zijn het triagesysteem, zorgpaden, de hiatenbox en de casuïstiekbespreking. De verschillende onderdelen zullen achtereenvolgens uitgewerkt en geanalyseerd worden.

6.2.1 Het triagesysteem

Feitelijke gegevens

De start van het zorgproces is dat de patiënt met een zorgvraag naar het inloopcentrum komt. Om te beoordelen wat de ernst van de klacht is en welke zorgverlener hier naar moet kijken wordt een triage gedaan.

'Bij de triage gaat het om beoordelen waar een klacht naar toe moet en de urgentie van de klacht. De triage wordt gedaan door een assistente aan de telefoon en die is ingericht op basis van de NHG standaard. Daarmee zijn ze uit gaan bouwen [Adviseur Curenz 1].

Wanneer de patiënt met een hulpvraag komt, bestaat het stappenplan voor de triage uit drie onderdelen. Allereerst vindt er multidisciplinaire triage plaats. Multidisciplinair wil zeggen dat er twee of meer disciplines bij betrokken zijn. Na deze multidisciplinaire triage wordt er een actie geformuleerd. Na de actie die ondernomen is vindt er een evaluatie plaats. Wanneer de patiënt juist doorverwezen wordt moeten successen benoemd worden. Als blijkt dat de patiënt onjuist doorverwezen is of dat er geen hulp is voor de patiënt moet dit in de hiatenbox genoteerd worden (Bron: Triageschema)

In het triagesysteem worden welzijnsvragen, niet-acute zorgvragen en acute zorgvragen onderscheiden. Voor elk van deze vragen geldt een ander stappenplan. Voor welzijnsvragen geldt dat er via het inloopcentrum contact opgenomen wordt met de benodigde welzijnswerker. Hierna wordt een zorgpad gestart of worden andere diensten van welzijn ingezet.

Bij niet acute zorgvragen wordt bij de triage een afspraak ingepland bij de benodigde professional. Hierbij kan de triagist in de agenda's van alle professionals plannen. Vervolgens kan de professional een zorgpad starten of de vraag op een andere wijze afwikkelen.

Voor acute zorgvragen moet direct contact opgenomen met de huisarts. Deze bepaald of er een direct consult plaats moet vinden of dat er een afspraak gemaakt moet worden (Bron: Triageschema).

Analyse

In het triagesysteem lijken het klinische en het organisatorische niveau dominant te zijn. Het triagesysteem is gebaseerd op de NHG standaard. Dit is een medisch inhoudelijk instrument en kan gezien worden als vertegenwoordiging van het klinische niveau in het triagesysteem.

Een opvallende bevinding is dat in het geval van acute zorgvragen alleen contact met de huisarts opgenomen moet worden. Hier lijkt de veronderstelling in te liggen dat alleen de huisarts te maken kan hebben met acute klachten en dat dit op welzijnsgebied niet het geval is. In het onderstaande citaat is de clustermanager van de welzijnsorganisatie hierover aan het woord.

'Daarvan was toen de conclusie dat wij niet meegenomen hoefden te worden in zo'n triagesysteem want dat zit echt veel meer in de medische hoek. Dat was althans toen de conclusie dat het te ver gaat om de hele maatschappelijk werk kant in mee te nemen (.) Ja, dan vraag je heel veel van zo'n triagist omdat goed mee te nemen. Natuurlijk op hoofdonderdelen mag je aannemen dat de triagist bekend is met de werkzaamheden van een maatschappelijk Omdat de hoofdlijnen moeten natuurlijk wel bekend zijn vanuit de eerstelijns en als je daarop wilt investeren dan moet je dat natuurlijk ook zeker doen. Maar hoever wil je dan gaan weet je als je bepaalde problematiek gaat uitvragen. Ik kan me wel voorstellen nou dat is wat ik bedoel te zeggen dat als een eeh wie zit daar aan de telefoon een assistente als die hoort dat er psychosociale problemen zijn dat je je dan realiseert van dan kun je naar een maatschappelijk werker toe. Ik mag aannemen dat dat wel bekend is. En zo niet dan moet je daar natuurlijk wel voor zorgen. Maar wat dat dan precies allemaal is en waar dan de verschillen zitten. Dat hoeft bij zo'n triage niet naar voren te komen. Want daar is juist de maatschappelijk werker degene die daar een analyse op los laat van wat is hier aan de hand en welke typen problemen spelen er en waarin kan ik ondersteunen en waarin moet mogelijk een psycholoog of een tweedelijnsvoorziening ingezet worden [divisiemanager welzijnsorganisatie].

Wanneer de beslissing om de welzijnsorganisatie niet mee te nemen geanalyseerd wordt vanuit de niveaus klinisch, organisatorisch en beleidsmatig lijkt het klinische niveau te domineren. De vakinhoudelijke kennis van het maatschappelijke werk is zo specifiek dat het voor een triagist lastig is om goede inschattingen te maken op dit gebied.

In het triagesysteem lijken het klinische en organisatorische niveau de overhand te hebben. Het beleidsmatige en maatschappelijke niveau komen niet naar voren in het triagesysteem. Deze niveaus zijn echter wel meegenomen in de wens om samen te willen werken en hebben op die manier wel invloed op het ontstaan van de middelen van samenwerking.

6.2.2 Zorgpaden

Feitelijke gegevens

Voor niet acute zorgvragen en welzijnsvragen kunnen zorgpaden gestart worden. In het onderstaande citaat beschrijft een van de respondenten wat onder een zorgpad verstaan wordt.

'En in zo'n zorgpad staan dus ook alle contactgegevens met directe mobiele telefoonnummers enzo dus je kunt gelijk even contact leggen met die ander om ervoor te zorgen dat je het probleem tackelt. Er komt iemand bij jou en je hebt een lijstje met wat je kunt doen. De huisarts heeft in zo'n zorgpad heel duidelijk grip over wat je met zo'n cliënt gaat doen. Dat was eerder ook niet duidelijk dan ging je bij niet plus op pad. Maar wat je ging doen was maar vaag. In zo'n zorgpad staat beschreven aan welke dingen wij gaan denken tijdens zon bezoek en waarover je terugkoppelt. Dus daardoor weet een huisarts ook beter wat je allemaal uitspookt bij zo'n klant. Maar dat is juist gericht op Multi problematiek. [adviseur Curenz 1]

Een zorgpad wordt gezien als een stappenplan rond bepaalde meervoudige problematiek. In het zorgpad is in kaart gebracht welke hulpverleners van belang kunnen zijn bij het oplossen van deze problematiek. Daarbij is in kaart gebracht wat de taken van de verschillende hulpverleners zijn. Er wordt beoogd om door middel van zorgpaden structuur aan te brengen in de samenwerking.

Analyse

In de zorgpaden ligt de nadruk op het organisatorische niveau. Het geeft de verschillende zorgverleners duidelijkheid over de eigen taak bij het oplossen van meervoudige problemen en welke taak andere zorgverleners het heeft. De zorgpaden geven structuur aan het handelen van de zorgverleners.

6.2.3 De hiatenbox

Feitelijke gegevens

Als onderdeel van het triagesysteem en de zorgpaden is de hiatenbox ontwikkeld. Het doel van deze hiatenbox is tweeledig. Namelijk in de eerste plaats is het voor het inloopcentrum zelf om bij de dragen aan de continue verbetering van zorg. Wanneer er casuïstiek in de hiatenbox terecht komt waar op praktijkniveau geen oplossing voor heeft men de ambitie om de hiaten te verzamelen. Deze onopgeloste hiaten kunnen dan als bewijs gebruikt worden om richting overheidsinstanties of financiers een sense of urgency te creëren (Bron: www.eerstelijnszorgpaden.nl).

Analyse

In de hiatenbox hebben het organisatorisch, beleidsmatige een plaats. Het doel van de hiatenbox is om aan de hand van de gemelde hiaten de organisatie van de zorg te verbeteren. Hierin komt het organisatorische niveau naar voren.

Naast het verbeteren van de organisatie van de zorg dient de hiatenbox als database met bewijsmateriaal om het overheidsbeleid en het beleid van financiers te beïnvloeden. Hierin komt het beleidsmatige niveau naar voren bij de ingezette middelen voor de samenwerking rondom meervoudige problemen.

6.2.4 De casuïstiekbespreking

Feitelijke gegevens

Om de zorgpaden en de hiatenbox levend te houden wordt een casuïstiekbespreking georganiseerd (Bron: adviseur Curenz 1).

Daarvoor zijn zorgpaden ontwikkeld en daarnaast waren er dus de casuïstiekbesprekingen. Wat voor een deel is om gemeenschappelijke ontmoetingsmomenten te bieden. En zoals ik het begrepen heb was het een eerste opzet om structurele problemen te signaleren daar waar regelgeving niet op elkaar aansloot of geen passende zorgpaden te vinden zijn. [Huisarts 2 Casuïstiekbespreking 1].

De casuïstiekbesprekingen zijn enerzijds een gemeenschappelijk ontmoetingsmoment. De veronderstelling is dat door de ontmoeting men elkaar eerder zal inschakelen bij meervoudige problemen. Daarnaast moet het een bespreking zijn van structurele problemen die de professionals in het inloopcentrum tegenkomen. Deze bespreking wordt gedaan naar aanleiding van de hiatenbox. De professionals kunnen tijdens deze casuïstiekbespreking samen op zoek naar passende oplossingen in een specifieke situatie (www.eerstelijnszorgpaden.nl).

Analyse

De ontmoeting met de zorgverleners onderling wordt als belangrijk gezien om de zorg rondom meervoudige problemen te organiseren. De casuïstiekbespreking kan gezien worden als een middel dat ingegeven is door een prominentie van het organisatorische niveau.

De ontwikkelaars van het inloopcentrum zijn zich bewust van het feit dat een goede structuur niet alle problemen oplost. Tijdens de casuïstiekbesprekingen zelf heeft het klinische niveau de overhand. Hier wordt namelijk zorginhoudelijk ingegaan op de casussen die ingebracht worden (Observatie casuïstiekbespreking)

Samenvattend kan gesteld worden dat het organisatorische dominant is bij de middelen die ingezet zijn tot bevordering van de samenwerking.

6.3 De notie van patiëntgerichte zorg

In de vertreksituatie lijken de partijen te handelen volgens de logica van keuze. In de gewenste situatie lag er meer nadruk op de logica van zorg. In deze paragraaf wordt onderzocht welke notie van patiëntgerichte zorg leidend is voor de bereikte integratie van zorg rondom meervoudige problemen.

Feitelijke gegevens

In de voorgaande paragrafen is geschetst hoe de samenwerking vorm heeft gekregen in het inloopcentrum. Samengevat zijn de verschillende partijen vertegenwoordigd in het inloopcentrum. Daar worden op verschillende tijdstippen spreken gehouden. Daarnaast zijn er middelen ingezet om de samenwerking gestalte te geven.

Analyse

Vanuit de logica van zorg en de logica van keuze bezien kunnen een aantal dingen gezegd worden over de notie van patiëntgerichtheid in de bereikte integratie van zorg rondom meervoudige problemen. In de wijze waarop het gebouw vorm heeft gekregen lijkt de logica van keuze overheersend te zijn. Doordat het inloopcentrum in de kelder gevestigd is, is er een beperkte toegankelijkheid voor patiënten die slecht ter been zijn. Hierin lijkt het of er geen rekening gehouden is met de specifieke situatie van de klant. Wanneer patiënten het inloopcentrum niet kunnen betreden is er voor hen geen mogelijkheid om op die plaats zorg te ontvangen. Aan de middelen die ingezet zijn ligt een rationale ten grondslag van de logica van keuze. Binnen de zorgpaden kunnen namelijk niet alle problemen opgelost worden (Casuïstiekbespreking 2). Er blijven patiënten die niet in het plaatje van de zorgpaden passen en die daarmee geen passende hulp kunnen krijgen in het inloopcentrum.

6.4 Fase van ontwikkeling in de uiteindelijke situatie

Feitelijke gegevens

In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat de 'initiatief- en ontwerpfase afgerond is. In deze paragraaf wordt gekeken wat de mate van integratie in de uiteindelijke situatie is aan de hand van het model van Minkman (2011). In het voorgaande is naar voren gekomen dat de partijen middelen ingezet hebben om de samenwerking rondom meervoudige problemen te bevorderen. In de zorgpaden zijn de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners vermeld bij verschillende soorten problemen. De casuïstiekbesprekingen zijn van start gegaan zodat hiaten

besproken kunnen worden en dat de zorg verbeterd kan worden. Tijdens de casuïstiekbespreking is ook de mogelijkheid voor zorgverleners om kennis uit te wisselen.

Analyse

De tweede fase die Minkman (2011) in haar model definieert is de 'experimentele en uitvoeringsfase'. Een kenmerk dat ze noemt is dat een initiatief tot integratie van zorg wordt uitgevoerd. Dit kenmerk is terug te zien in het feit dat er samengewerkt wordt door de verschillende zorgverleners in het inloopcentrum. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de zorgpaden. Dit past bij de 'experimentele en uitvoeringsfase' omdat een ander kenmerk is dat de doelstelling, inhoud, rollen en taken duidelijk zijn en dat deze vastgelegd zijn in zorgpaden en protocollen. In de casuïstiekbesprekingen vindt er reflectie plaats op de werking van de zorgpaden. Daarnaast is hier voor professionals de mogelijkheid om kennis uit te wisselen.

De volgende fase die Minkman gedefinieerd heeft is de 'uitbreidings- en monitoringsfase'. Niet alle kenmerken van deze fase komen terug in het project. Een eerste kenmerk is dat samenwerking niet meer informeel is. Dit geldt voor de samenwerking in het inloopcentrum en blijkt uit de afspraken die gemaakt zijn. Een ander kenmerk is dat resultaten systematisch gemonitord worden en dat behoefte aan verbetering in kaart gebracht wordt. De intentie om de monitoren is er wel met de hiatenbox en de casuïstiekbespreking. Op het moment dat de onderzoeker terugtrad uit het veld werd dit echter nog niet gedaan. Een derde kenmerk van de 'uitbreidings- en monitoringsfase' is volgens Minkman (2011) de interorganisationele barrières en gefragmenteerde structuren die op de agenda van de zorgverleners staat. Voor het project van het inloopcentrum geldt echter dat dit al lange tijd op de agenda staat. Wat ook terug te zien is in de werkgroep duurzame organisatieontwikkeling die opgezet is.

In de praktijk van de ontwikkeling van het inloopcentrum blijkt het model van Minkman (2011) niet sluitend om de organisatieontwikkeling te beschrijven. De fasen sluiten niet allemaal goed aan maar lopen soms ook door elkaar.

H7 Conclusie en discussie

In het laatste hoofdstuk van deze scriptie behandel ik de belangrijkste conclusies en formuleer ik een antwoord op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. Daarnaast zal ik reflecteren op het onderzoek door de beperkingen aan te geven en adviezen te formuleren voor vervolgonderzoek.

7.1 Patiëntgerichte zorg in het inloopcentrum

In deze paragraaf geef ik antwoord op de deelvraag wat de deelnemende projectleden zien als patiëntgerichte zorg. Hierbij is aandacht voor de manier waarop de patiëntgerichte zorg in de vertreksituatie, de gewenste situatie en de uiteindelijke situatie van de zorg rondom meervoudige problemen.

In de vertreksituatie was er sprake van een gefragmenteerd zorgaanbod voor patiënten met meervoudige problemen. Hierin kwam naar voren dat de logica van keuze de grondslag was voor de wijze waarop patiëntgerichte zorg rondom meervoudige problemen vorm gekregen heeft.

In de wensen en verwachtingen van de verschillende partijen staan vraaggerichte zorg en preventie centraal. Aan deze wensen lijkt de logica van zorg ten grondslag te liggen. De zorg is dan geen afgebakend pakket meer maar een voortgaand proces en afgestemd op de behoeften van de patiënt.

Voor de bereikte situatie geldt dat de logica van keuze de overhand heeft. De zorgpaden laten spiegelen iets af van een afgebakend pakket. In de bereikte situatie geldt dat er een beperkt aanbod is en dat niet alle patiënten geholpen kunnen worden hoewel dit wel de doelstelling was. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat het in de praktijk niet eenvoudig is om het handelingsperspectief op patiëntgerichte zorg naar voren te laten komen. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat het perspectief dat de projectleden hebben op patiëntgerichte zorg kan verschillen door de loop van de tijd heen.

7.2 Balans in de niveaus; klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk

In deze paragraaf wordt de deelvraag 'Hoe worden de verschillende niveaus te weten; klinisch, organisatorisch, beleidsmatig en maatschappelijk, ten opzichte van elkaar gewogen en geïntegreerd?' beantwoord.

In de vertreksituatie van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen was er sprake van een gefragmenteerd zorgaanbod. De partijen hadden elk een eigen gebouw en organisatie. Hierin kwam een sterke focus op het klinische niveau naar voren.

In de gewenste situatie verschoof de balans in de niveaus en kregen het organisatorische, beleidsmatige en maatschappelijke niveau een grotere rol. Dit resulteerde erin dat de partijen de samenwerking op gingen zoeken voor de zorg rondom meervoudige problemen.

De uiteindelijke situatie wordt gekenmerkt door een dominantie van het organisatorische niveau. Het maatschappelijke niveau krijgt aandacht in het feit dat het inloopcentrum weer gevestigd is in de buurt Schiedam West.

Concluderend kan gesteld worden dat de verschillende niveaus niet in iedere situatie in gelijke mate aanwezig zijn.

7.3 Fasen in de integratie van zorg

De laatste deelvraag die centraal staat in deze scriptie is welke fasen onderscheiden kunnen worden in het project. In de gewenste situatie en de uiteindelijke situatie is het werk van Minkman (2011) gebruikt om de mate van integratie te duiden. Bij de vertreksituatie is dit niet gedaan omdat er in feite nog geen daar nog geen sprake is van integratie van zorg.

De gewenste situatie komt overeen met de definiëring die Minkman (2011) gegeven heeft in haar beschrijving van de 'initiatief- en ontwerpfasen'. De uiteindelijke situatie vertoont kenmerken van de 'experimentele en uitvoeringsfasen' en de 'uitbreidings- en monitoringsfasen'. Deze fasen lopen in de praktijk van het project door elkaar en zijn lastig afzonderlijk te zien. De 'consolidatie- en transformatiefase' is nog niet bereikt in de uiteindelijke situatie. Dit kan ook als een beperking van het onderzoek aangeduid worden. Wanneer de onderzoeker langer actief in het veld gebleven was, waren wellicht kenmerken van de 'consolidatie- en transformatiefase' naar voren gekomen.

7.4 Reflectie op het onderzoek

Omdat onderzoek doen vragen beantwoordt maar ook nieuwe vragen oproept worden in deze paragraaf de beperkingen uitgewerkt. Waarna advies gegeven wordt voor vervolgonderzoek naar de integratie van zorg rondom meervoudige problemen in een inloopcentrum.

7.4.1 Beperkingen van het onderzoek

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van de kwalitatieve onderzoeksmethode. De combinatie van documentenanalyse, interviews en observaties is waardevol gebleken. Door documentenanalyse heeft me in staat gesteld om de interviews en de observaties gedegen voor te bereiden. Het gaf me zicht op het verloop van het project voordat ik aan het veldwerk begon. De interviews hebben me in staat gesteld om dieper in te gaan op de positie en mening van de verschillende projectleden. Voor de selectie van de respondenten is geprobeerd om zo goed mogelijk alle gezichtspunten die in het project vertegenwoordigd waren naar voren te laten komen. Een beperking van de interviews is dat er een interactie is tussen de onderzoeker en de respondent. Dit heeft tot gevolg dat het lastig is om het onderzoek te herhalen. Door het doen van observaties is het ook mogelijk geweest om de interactie tussen de projectleden te bestuderen.

De ontwikkeling van de integratie van zorg rondom meervoudige problemen is een complexe aangelegenheid. Het is dan ook onmogelijk om alle relevante factoren op te nemen in deze scriptie. Daarnaast is deze scriptie gericht op één specifieke situatie met een specifieke context hierdoor is het niet mogelijk om generaliserende conclusies te trekken.

7.4.2 Advies voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er een aantal zaken die de moeite waard zouden zijn om verder te onderzoeken. Voor dit onderzoek zijn alleen bijeenkomsten ten behoeve van de ontwikkeling van het inloopcentrum geobserveerd. Als aanvulling op dit onderzoek zou het goed zijn om de dagelijkse praktijk te observeren. Zo kan gekeken worden of de wijze van het centraal stellen van de patiënt in de praktijk op dezelfde manier gebeurt als hoe het voorgenomen wordt in de plannen voor het inloopcentrum.

In het project krijgen de professionals ook een andere rol. Een voorbeeld hiervan is dat professionals breder moeten kijken dan het eigen organisatiebelang. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn wat de invloed van het samenwerken in een inloopcentrum is op de verschillende professies van de professionals.

7.5 Eindconclusie

In de laatste paragraaf van deze scriptie wordt de centrale onderzoeksvraag zoals deze in het tweede hoofdstuk geformuleerd is beantwoord.

De onderzoeksvraag luidt: Hoe wordt de integratie van zorg rondom meervoudige problemen vormgegeven en ontwikkeld in een inloopcentrum?

Vanuit een situatie waarin de zorg rondom meervoudige problemen op een gefragmenteerde wijze werd aangeboden. En er een sterke nadruk op het klinische niveau was. Daarbij was het perspectief van de manier van centraal stellen vanuit de logica van keuze gedacht. Is de situatie in de gewenste situatie verplaatst naar de wens om een geïntegreerd zorgaanbod aan te kunnen bieden waarbij het oplossen en het daadwerkelijk verder helpen van de patiënt centraal staat. In de wensen van de verschillende partijen komt de logica van keuze meer naar voren.

In de bereikte situatie heeft het organisatorische niveau een belangrijke rol dit is terug te zien in de keuze voor de middelen die ingezet zijn om de samenwerking structuur te geven. Daarnaast is de logica van keuze terug te zien in de middelen die ingezet zijn. Het triagesysteem, de zorgpaden, de hiatenbox en de casuïstiekbespreking. De vormgeving van de zorg wordt bepaald door de middelen die ingezet zijn.

Literatuurlijst

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de, Teunissen, J. (2005), *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten van kwalitatief onderzoek*, Groningen: Wolterns-Noordhoff, tweede druk
- Goodwin ea. Integrated care for patients en populations, improve outcomes by working together.
- Hardy, B. & A. van Raak & I. Mur-Veeman & M. Steenbergen & A. Paulus. 2003. 'Introduction'. In: A. van Raak & I. Mur-Veeman & B. Hardy & M. Steenbergen & A. Paulus (Eds.), *Integrated care in Europe; discription and comparison of integrated care in six EU countries*, 9-14. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Light, D. (2000). The origins and rise of managed care. In Phil,B. (Ed.), *Perspectives in medical sociology* (pp. 484–503).Prospect Heights, ILL: Waveland Press.
- Minkman M. Developing integrated care, towards a development model for integrated care
- Mol A. 2008. The logic of care health and the problem of patients choice. Routledge Oxon
- Moreira, T 2005. Diversity in clinical guidelines: the role of repertoires of evaluation, *Social Science & Medicine* Volume 60, Issue 9, May 2005, Pages 1975–1985
- Mortelmans 2011
- RVZ 2012 Regie aan de poort
- Swanborn P.G. 2010 Basisboek sociaal onderzoek, Den Haag Boom Lemma
- VWS (2012), '*Grotere rol voor eerstelijnszorg* [internet]', Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, [aangehaald op 28-11-2012], Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/grotere-rol-voor-eerstelijnszorg>