

**Position paper
Thuisverpleging**

Position paper Thuisverpleging

Marieke Schuurmans

Dit rapport is gemaakt in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg.
De inhoud van het rapport vertegenwoordigt niet per se de mening van de Regieraad.

Position paper Thuisverpleging

In opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg

Prof. dr. Marieke J. Schuurmans

Utrecht, 1 mei 2011

Samenvatting

De laatste decennia is de thuisverpleging in Nederland mede door de vele veranderingen die er zijn doorgevoerd achteruit gegaan. Tegelijkertijd neemt de vraag naar thuisverpleging toe, niet alleen kwantitatief maar ook kwalitatief. De beschikbare middelen zullen geen gelijke tred houden met de vraag naar zorg. Echter patiënten veranderen ook, eigen regie en zelfredzaamheid zullen mede onder invloed van sociale media vergroten. Dit maakt dat er verschillende vraagstukken in de thuisverpleging liggen die vragen om een oplossing vanuit een geïntegreerd perspectief.

Thuisverpleging richt zich in algemene zin op het ondersteunen en activeren van een patiënt als deze door de gevolgen van een ziekte, aandoening of behandeling niet meer in staat is volledig voor zichzelf te zorgen. Afhankelijk van de problemen van de patiënt ligt hierbij het accent op ziektegerichte preventie, functiegerichte preventie dan wel zorg gerichte preventie.

Wat ontbreekt in de huidige thuisverpleging?

1. overzicht, afstemming en regie
2. preventie
3. autonome deskundigheid
4. passende financiering ten behoeve van 1-3
5. passende organisatie ten behoeve van 1-3

Wat is nodig voor kosteneffectieve thuisverpleging?

1. vaststellen uitkomsten van thuisverpleging
2. ontwikkeling professionele kaders en kernset zorg
3. deskundige professionals die autonoom kunnen handelen binnen professionele kaders en met kernset zorg
4. financiering vanuit zorgverzekeringswet op basis van prestaties, componenten van financiering vanuit AWBZ, WMO, WPG op basis van verantwoordelijkheden
5. lokale organisatie via basisstructuur thuisverpleging met wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen

Door de gewenste uitkomsten bij patiënten als leidend te nemen en van daaruit te kijken naar de inzet van professionals, de financiering en de organisatie van de thuisverpleging, wordt een geïntegreerd perspectief gecreëerd. Hiermee kunnen zowel vraagstukken van kwantitatieve als kwalitatieve aard opgelost worden.

Achtergrond

Nederland kent een rijke traditie als het gaat om thuisverpleging. Met name preventie en zorgcoördinatie hebben lang het beeld van de thuisverpleging positief gekleurd. In 1990 is echter met het samengaan van wijkverpleging en thuiszorg een proces van verregaande bureaucrativering en inperking van professionele invloed in gang gezet. Het onderzoek van van der Boom (2008) laat zien dat de kwaliteit van de thuiszorg in Nederland de laatste decennia achteruit is gegaan door de vele veranderingen die er zijn doorgevoerd. In het primaire proces veroorzaken de bureaucrativering en de productbenadering veel problemen. De onafhankelijke indicatiestelling en het opknippen van de zorg in delen die protocollair worden benaderd hebben een grote invloed op de zorgverlening. Voor mensen die afhankelijk zijn van thuisverpleging is vaak onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is, ze hebben te maken met veel verschillende mensen en ervaren dat als een belasting.

Tegelijkertijd neemt door verschillende oorzaken die gelijktijdig optreden en elkaar beïnvloeden de zorgvraag in hoog tempo toe. Een ongezonde leefstijl en leefomgeving maken dat meer mensen chronische aandoeningen krijgen. De constante toename aan medische mogelijkheden maakt dat meer mensen blijven leven niet zelden met behulp van complexe therapieën en levenslange behoefte aan zorg. Maar ook de vergrijzing speelt een belangrijke rol, met de verwachte groei van het aantal mensen van 65 jaar en ouder stijgt tegelijkertijd het aantal mensen met chronische aandoeningen en daarmee de zorgvraag.

Maar ook het overheidsbeleid is van invloed op de toenemende vraag naar thuisverpleging. Dit beleid is er sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw op gericht om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Het aantal mensen dat zorg in een instelling krijgt is daardoor verhoudingsgewijs gedaald. Daartegenover is het aantal mensen dat zorg thuis krijgt fors gestegen. Daarnaast heeft de afgelopen twintig jaar in de tweede lijn een toename van dagbehandeling en een verkorting van de opnameduur plaatsgevonden. Ook dit heeft ertoe bijgedragen dat de vraag naar zorg thuis is toegenomen. Tegelijkertijd is er een ontwikkeling gaande om zorg te concentreren in de eerste lijn en het zorggebruik in de tweede lijn te focussen naar complexe diagnostiek en behandeling (Prismant, 2009). De vraag naar zorg thuis zal de komende decennia verder stijgen, niet alleen kwantitatief maar ook kwalitatief.

Vraag is wat deze ontwikkelingen betekenen voor de thuisverpleging. Welke uitdagingen staan de beroepsgroep van verpleegkundigen te wachten en kunnen zij die aan? Wat is ervoor nodig om de thuisverpleging voor te bereiden op deze ontwikkeling? Nodig op het terrein van toerusting, organisatie, beleid, financiering?

In deze position paper wordt een antwoord gezocht op bovenstaande vragen. Het antwoord wordt geformuleerd op basis van recente rapporten, kennis vanuit onderzoek in combinatie met een persoonlijke visie.

De opbouw van deze position paper is als volgt. Eerst wordt het begrip thuisverpleging uitgewerkt; door wie en voor wie wordt thuisverpleging gegeven. Daarna volgt een verdere uitwerking van de actuele en verwachte vraagstukken op basis van bovenstaande ontwikkelingen. Gevolgd door een perspectief voor de thuisverpleging dat antwoord biedt op deze vraagstukken, nu en in de toekomst.

Thuisverpleging

Onder thuisverpleging wordt in het hiernavolgende alle individuele verpleegkundige zorg in de thuissituatie verstaan. In Nederland wordt thuisverpleging met name uitgevoerd door:

- wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden via thuiszorgorganisaties;
- praktijkverpleegkundigen in dienst bij huisartsen of eerstelijnscentra;
- gespecialiseerde verpleegkundigen die vanuit het ziekenhuis bij mensen thuis komen (bijvoorbeeld thuisbeademing, specialistische zorg, thuiszorgtechnologie, chemokuren thuis);
- sociaal psychiatrische verpleegkundigen die vanuit ggzinstellingen bij mensen thuis komen;
- vrij gevestigde zorgprofessionals (zzp-ers).

Thuisverpleging wordt georganiseerd en gefinancierd enerzijds vanuit het perspectief van de langdurige zorgverlening zoals die valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten (AWBZ) en anderzijds vanuit het perspectief van zorgverlening in het verband met medische zorg zoals die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast is er aanbod in het derde compartiment: eigen betalingen.

In de thuisverpleging werken zowel verpleegkundigen vanuit een generieke invalshoek als vanuit een ziektespecifieke invalshoek. Verpleegkundige zorg wordt geleverd vanuit opleidingsniveau 4 (mbo verpleegkundige) en opleidingsniveau 5 (hbo verpleegkundige). Ook zijn er verzorgenden en praktijkondersteuners zonder verpleegkunde opleiding die verpleegkundige zorg verlenen binnen de thuisverpleging. Zorg wordt rechtstreeks geleverd of indirect via telehealth.

Verpleegkundigen richten zich in algemene zin op het ondersteunen en activeren van een patiënt¹ als deze door de gevolgen van een ziekte, aandoening of behandeling niet meer in staat is volledig voor zichzelf te zorgen. Het uiteindelijke doel is het bereiken van een situatie waarin de patiënt op zo optimaal mogelijke wijze kan leven met deze gevolgen. Uitgangspunt is het zo veel mogelijk stimuleren van de patiënt in wat hij (nog) zelf kan en het ondersteunen van de patiënt waarin deze hierin tekortschiet (naar Leistra et al., 1999).

Het taakgebied van de verpleegkundige bestaat uit (Van de Haterd e.a., 2005):

- ondersteunen van de patiënt bij de persoonlijke basiszorg (zoals zorg voor hygiëne en een goede voedingstoestand);
- begeleiden van de patiënt op psychosociaal gebied;
- ondersteunen van de patiënt en mantelzorg bij het voeren van de regie over het eigen leven (zelfmanagement);
- verpleegtechnisch handelen (bijvoorbeeld wondverzorging en pijnbestrijding);
- preventie toepassen door het geven van voorlichting, advies en instructie (denk aan leefstijladviezen bij chronische aandoeningen).

Afhankelijk van de problemen van de patiënt ligt hierbij het accent op ziektegerichte preventie (leefstijladviezen, begeleiden van mensen met cardiovasculair risico), functiegerichte preventie (versterken mogelijkheden om zelfredzaamheid te vergroten, beïnvloeden van niet ziekte gebonden factoren die zelfredzaamheid en welbevinden beïnvloeden, inzetten van aanpassingen en bevorderen van restcapaciteit) dan wel zorg gerichte preventie (afstemming en coördinatie van zorg, vergroten sturingsmacht en controle van de patiënt). Of in termen van het College van Zorgverzekeringen: op selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De activiteiten van verpleegkundigen kunnen zich richten op individuele patiënten, op groepen patiënten maar ook op andere professionals of instanties bijvoorbeeld gemeenten.

Gebruik thuisverpleging

Op dit moment zijn vooral gegevens beschikbaar over het aantal mensen dat gebruik maakt van thuiszorg zoals gefinancierd vanuit de AWBZ. Als onderdeel van een in 2010 verschenen CVZ-rapport is een analyse gemaakt van de samenstelling en omvang van de doelgroep (Oude Avenhuis ea, 2010). Op 1 oktober 2009 hadden in totaal 456.377 patiënten een indicatiebesluit zonder verblijf. Dit wil zeggen dat zij recht hadden op thuisverpleging

¹ In deze paper wordt het woord patiënt gebruikt voor een ieder die gebruik maakt van thuisverpleging. Een patiënt is iemand aan wie verpleegkundige zorg wordt verleend.

Van deze groep had 17% een indicatie waar de functie verpleging onderdeel van was, daarnaast had 7% een indicatie alleen voor verpleging. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de indicatie verpleging zich vrijwel uitsluitend richt op verpleegtechnisch handelen. De grootste groep patiënten die de indicatie verpleging krijgt is ouder dan 65 jaar, opvallend is de relatief grote groep van 75 jaar of ouder. De grootste groep heeft als grondslag 'somatiek' en heeft de zorg langdurig nodig (CVZ, 2010). Met het oog op de vergrijzing zal de omvang van deze zorgvraag verder toenemen.

Over aantallen patiënten die van praktijkverpleegkundigen bij huisartsen of van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zorg krijgen zijn geen exacte cijfers bekend. Wel is duidelijk dat dit een groeiende groep is waarbij vooral de zorg voor patiënten met diabetes, COPD, cardiovasculair risico en kwetsbare ouderen in toenemende mate wordt uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige is in steeds meer huisartsen praktijken laagdrempelig toegankelijk voor mensen met psychosociale problemen en milde angst- of stemmingsstoornissen. Daarnaast geven zij langdurige begeleiding bij mensen thuis bijvoorbeeld in geval van dementie. In lijn met de vergrijzing en de toename van het aantal mensen met een of meerdere chronische aandoeningen zal ook deze zorgvraag de komende twintig jaar fors toenemen.

De aantallen patiënten die thuis zorg krijgen van verpleegkundigen vanuit het ziekenhuis zijn relatief klein. Gezien de toename van behandelmogelijkheden is de verwachting dat ook deze groep zal groeien. Bijvoorbeeld oncologische patiënten die steeds vaker chemotherapie thuis krijgen. Maar ook patiënten die nu in de tweede lijn door verpleegkundigen gezien worden, bijvoorbeeld patiënten met chronisch hartfalen, zullen mogelijk in de toekomst in de eerste lijn verpleegkundige zorg krijgen.

Mensen die thuisverpleging krijgen hebben in veel gevallen ook andere zorg thuis. In de eerste plaats mantelzorg maar daarnaast ook vaak huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of maatschappelijke ondersteuning.

Knelpunten

De afgelopen jaren is een botsing tussen de systeemwereld van de thuiszorg en de leefwereld van patiënten naar voren gekomen die een adequate afstemming tussen vraag en aanbod in de uitvoering in de weg staat (Putters, 2010). Dit komt op individueel patiëntniveau tot uitdrukking in de ervaren verschraling van de zorg, de grote hoeveelheid professionals waarmee zeker patiënten met meervoudige hulpvraag te maken hebben, het gebrek aan continuïteit en afstemming. Op lokaal niveau komt dit tot uitdrukking doordat allerlei

vraagstukken blijven liggen of juist door verschillende partijen onafhankelijk van elkaar worden 'opgelost'. Dit ontbreken van regie en afstemming leidt niet alleen tot inefficiëntie maar kan ook risicovolle situaties opleveren waar niemand voor verantwoordelijk lijkt (zie bijlage). Maar ook het feit dat preventie, voorheen de hoeksteen van de thuisverpleging, nog maar heel beperkt gefinancierd wordt levert problemen op.

Vanuit professioneel perspectief was tot twintig jaar geleden de thuisverpleging de plaats waar een verpleegkundige professioneel het meest tot haar² recht kwam, waar kennis en vaardigheden vanuit een brede analyse van de situatie optimaal ingezet kon worden. Waar preventie en multidisciplinaire samenwerking vanzelfsprekend waren. Door de vergaande taakdifferentiatie gekoppeld aan de financieringsystematiek en de bureaucrativering is juist deze kern uit het handelen verdwenen en daarmee hebben veel verpleegkundigen de thuisverpleging de rug toegekeerd waardoor waardevolle expertise is verdwenen.

Met het verdwijnen van de wijkverpleegkundige is via de huisartsenpraktijk een deel van deze expertise weer teruggekomen in de vorm van de praktijkondersteuner (POH). Aanvankelijk als particulier initiatief van huisartsen, later vanaf 1999 via een landelijk convenant. Hierbij is de keuze gemaakt deze functie niet enkel door verpleegkundigen te laten invullen maar ook carrièreperspectief te creëren voor doktersassistenten. Volgens het NIVEL is het aantal praktijken dat een praktijkondersteuner in dienst heeft gestegen van 6% in 2001 naar circa 60% in 2007. De verwachting is dat op dit moment ruim 90% van de huisartspraktijken samenwerkt met een POH vooral in de zorg voor patiënten met diabetes, COPD, hart-en vaatziekten, psychosociale klachten en in de zorg voor kwetsbare ouderen. Deze praktijkondersteuner handelt primair in lijn van het medisch beleid waarbij in complexe zorgsituaties ook de regierol vaak wordt ingevuld. Niet alleen in Nederland hebben dit soort processen zich voltrokken. Ook in andere landen is geconstateerd dat de traditionele rol van de wijkverpleegkundige ten onder is gegaan en ten dele weer is opgepakt vanuit de praktijkverpleegkundige (Betony, 2011).

Van vrij recente datum is de beweging om de wijkverpleegkundige weer in ere te herstellen via bijvoorbeeld het concept van Buurtzorg, via het ZonMW-programma de Zichtbare Schakel of via de proeftuinen Basisvoorziening wijkverpleging initiatief van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Verpleging en Verzorging Nederland (V&VN). Alle of alle projecten/initiatieven hebben tot doel om de wijkverpleegkundige het vak weer in de volle breedte te laten uitvoeren.

² Voor de verpleegkundige wordt de vrouwelijk vorm gebruikt gezien het feit dat de meerderheid van de verpleegkundigen vrouwen zijn, vanzelfsprekend kan hier ook de mannelijke vorm gelezen worden.

Veel van de ervaren knelpunten in de thuisverpleging hebben te maken met organisatie en financieringsaspecten. Het College van zorgverzekeringen heeft in 2009 een analyse gemaakt van hoe de verpleging in de eigen omgeving wettelijk is geregeld. Het rapport constateert dat de tweedeling formele en zorginhoudelijke consequenties heeft, het leidt tot afbakeningsproblemen en kan samenhang bemoeilijken. Dit kan de continuïteit van zorg belemmeren. Het rapport concludeert dat het wenselijk zou zijn om de verpleging in de eigen omgeving in de Zvw onder te brengen. Recent, december 2010, heeft het College van zorgverzekeringen een vervolgrapport uitgebracht waarin het beschrijft hoe de verpleegkundige zorg in de Zvw ondergebracht zou kunnen worden en welke gevolgen dit heeft. Het College concludeert dat het wenselijk en mogelijk is om de thuisverpleging onder te brengen in de Zvw. Hiervoor worden een aantal financiële uitvoeringsconsequenties op een rij gezet en daarnaast wordt vastgesteld dat dit de noodzaak met zich meebrengt dat de beroepsgroep de uit te voeren prestaties nader vastlegt in richtlijnen, standaarden en visiedocumenten. Het rapport beperkt zich echter in strikte zin tot het geen dat nu onder de AWBZ geïndiceerde zorg valt.

Samenvattend: Wat ontbreekt in de huidige thuisverpleging?

1. overzicht, afstemming en regie
2. preventie
3. autonome deskundigheid
4. passende financiering ten behoeve van 1-3
5. passende organisatie ten behoeve van 1-3

Toekomst perspectief

In een reeks aan rapporten (zie referenties en bronnen) is de afgelopen jaren beschreven dat er grote verandering te verwachten zijn aan de vraagzijde van de zorg. De beschreven veranderingen betreffen niet alleen de omvang van de zorgvraag maar ook de veranderde verwachtingen ten aanzien van het zorgaanbod. De aanname is dat mensen met chronische aandoeningen meer zelfredzaam zullen zijn en meer zelf de regie willen houden over het leven met beperkingen. Zoals beschreven in Gezondheid 2.0 (RVZ, 2010) kunnen sociale media op het gebied van gezondheid en zorg dit proces versterken. Door vrije toegankelijkheid van informatie en uitwisseling met lotgenoten en professionals verandert de rol van de patiënt en daarmee de relatie met zorgverleners.

Voor de thuisverpleging geldt dat het grootste deel van de zorg wordt verleend aan patiënten van 65 jaar en ouder. De toekomstige generatie ouderen heeft een hoger opleidingsniveau vergeleken met de huidige generatie ouderen. Van de huidige 75plussers heeft 25% een diploma op het niveau van havo of hoger, in 2025 zal dat rond de 50% liggen. Maar ook de socialisatie van de toekomstige ouderen is sterker individueel gericht (protestgeneratie, babyboomgeneratie). De huidige generatie ouderen (vooroorlogse generatie, stille generatie) is nog opgegroeid vanuit een gezamenlijk maatschappelijke belang waarbij het individu ondergeschikt is (Schuurmans ea, 2007). De patiënt als regisseur van het eigen leven zoals beschreven in onder meer Gezondheid 2.0 is een kansrijk perspectief. Tegelijkertijd zal er een groot verschil blijven in mensen met betrekking tot hun reservecapaciteit en hun vermogen om te gaan met ziekte en behandeling en de daaruit voortkomende beperkingen. Hierin spelen op individueel niveau naast sociaal economische status, het psychisch functioneren en het sociale netwerk ook een belangrijke rol. Bijvoorbeeld mensen die na een beroerte of een hartinfarct een depressie ontwikkelen zullen meer moeite hebben om de regie te behouden dan diegene die geen depressie ontwikkelen. Gegeven het feit dat ongeveer een derde van de patiënten na een beroerte, en een kwart na een hartinfarct, een depressie ontwikkelen gaat dit om aanzienlijke groepen. Ook bij aandoeningen als de ziekte van Alzheimer wordt de regiefunctie voor de patiënt sterk verminderd. Wanneer het over ouderen met meerdere chronische aandoeningen gaat wordt hiervoor vaak de term kwetsbaarheid gebruikt. Recente schattingen van het Sociaal Cultureel Planbureau geven aan dat in 2010 rond de 700.000 ouderen als kwetsbaar getypeerd kunnen worden. Dit aantal loopt op naar één miljoen in 2030.

De hoofdvraag waar de thuisverpleging concreet voor staat: hoe lever je nu en in de toekomst kosteneffectieve zorg. Kosteneffectieve zorg veronderstelt inzicht in de verhouding van de kosten van de zorg tot de effecten van de zorg. Hiertoe is het van belang om eerst vast te stellen wat de effecten van thuisverpleging zijn. Deze effecten kunnen gekoppeld zijn aan de taakgebieden van de thuisverpleging zoals nu. De praktijk laat echter zien dat dat leidt tot versnippering van de zorg en dat het zelfs voor een deel kostenverhogend werkt. De huidige financiering en organisatie van de thuisverpleging stimuleert geen professionaliteit en creativiteit. Hoewel er veel veranderingen worden ingegeven door een focus op kosten wordt de effectiviteit of het niveau van uitkomsten bij patiënten zelden meegewogen.

Kansrijker lijkt het uitgangspunt dat de uitkomsten van de thuisverpleging samenvallen met de bereikte uitkomsten bij patiënten, zoals gezondheidswinst, behoud van functionaliteit, behoud van kwaliteit van leven, aantal ziekenhuisopnames enzovoort. Door de uitkomsten bij

patiënten als leidend te nemen wordt automatisch een sterker beroep gedaan op de professionele competenties van zorgprofessionals, immers niet het simpelweg volgen van een protocol is de norm, het beredeneerd afwijken, kan beter zijn. Daarnaast zal de sturing op uitkomsten het handelen van de professionals in de thuisverpleging sneller focussen op preventie. Afhankelijk van de problemen van de patiënt waarvoor de thuisverpleging in beeld komt zal deze preventie ziektegericht, functiegericht of zorggericht zijn. Wanneer de resultaten van de zorg meer centraal komen te staan is de inzet van verpleegkundigen eerder kosteneffectief, dan wanneer er enkel sturing op taakniveau plaatsvindt. Een Engelse studie die gepubliceerd werd onder de titel 'Non elective demand management; the renaissance of district nursing?' liet zien dat lokaal georganiseerde wijkverpleegkundigen met behulp van zorgpaden in staat waren om binnen vijf maanden het aantal spoedopnames in ziekenhuizen met 17% te verminderen. Hierdoor werden flinke besparingen op de kosten van de gezondheidszorg gemaakt (Unsworth ea, 2008).

Het appèl op de autonome professionele competenties is met de focus op resultaten gelegitimeerd. Dit vraagt echter om goed opgeleide verpleegkundigen die in staat zijn vanuit hun deskundigheid richting te geven aan hun handelen en dat te monitoren op het resultaat bij de patiënt. Om verpleegkundigen die binnen professionele kaders vanuit het perspectief van de individuele patiënt hun zorg kunnen verlenen in afstemming met de patiënt, mantelzorgers en andere zorgverleners. Goed opgeleid wil zeggen met competenties op het terrein probleemgericht werken, klinisch redeneren, toepassing van state-of-the-art kennis, sociaal communicatieve bekwaamheid en creativiteit bij complexiteit. Het is helder dat dit vraagt om een verpleegkundige die is opgeleid op HBO-niveau. De vraag is of op dit moment de verpleegkundige in de thuisverpleging in algemene zin hieraan kan voldoen. Is zij voldoende opgeleid, wordt er een appèl op de competenties gedaan en krijgt ze daarnaast de ruimte om deze competenties te benutten?

Duidelijk is dat de omschrijving van de professionele kaders en de uitwerking van een kernset zorg in relatie tot de uitkomsten bij patiënten nog de nodige aandacht verdient. Het eerder genoemde CvZ rapport veronderstelt de noodzaak tot richtlijnen, standaarden en visiedocumenten. Om te voorkomen dat middelen doelen in zichzelf worden, is het nodig expertise die aanwezig is bij wetenschappers, docenten en professionals van binnen én buiten de discipline te bundelen. De kernset zorg zou alle relevante informatie aangaande proces (indicaties, zorgproblemen, interventies, evaluatie en overdracht) en uitkomsten op patiëntniveau moeten bevatten. Deze zouden digitaal beschikbaar moeten komen in

aansluiting op de informatiesystemen binnen de eerstelijnspraktijk. De beroepsvereniging kan in de ontwikkeling hiervan samen met de patiëntenorganisatie de lead nemen.

Maar ook binnen de opleidingen tot verpleegkundigen zal gekeken moeten worden naar de aangeboden competenties. Sluiten deze nog aan bij de nieuwe rollen van verpleegkundigen in de thuisverpleging? Leren studenten naast voldoende inhoudelijke zaken voldoende over de specifieke rol die ze hebben bij patiënten thuis, over de afstemming binnen de eerste lijn en over de mogelijkheden van e-health? Zijn er in de opleidingen en in het stageveld voldoende rolmodellen aanwezig? Een deel van de kennis die nu binnen de opleiding tot praktijkondersteuner wordt aangeboden zou kunnen indalen in de basisopleidingen wanneer er wordt uitgegaan van de rol van verpleegkundigen zoals eerder besproken. In de basisopleiding tot verpleegkundige niveau 5 zouden studenten praktijkervaring moeten opdoen in de verschillende verpleegkundige rollen in de thuisverpleging.

Maar om tot kosteneffectieve zorg te komen is meer nodig dan goede professionals. Een slimme organisatie van zorg brengt samenhang en maatwerk (STOOM/NPCF, 2010). Maar wat is slim? Wanneer uitgegaan wordt van de sturing op uitkomsten bij patiënten begint de organisatie met een afstemming van het aanbod op de (potentiële) vraag. Het ligt voor de hand om deze organisatie op lokaal niveau in te richten om een optimale fit tussen vraag en aanbod te creëren (V&VN, 2010). Immers de zorgvraag in een nieuwbouwwijk zal geheel anders zijn dan in een oude stadswijk. Analoog aan de financiering en organisatie van huisartsen in Nederland kan er een basisstructuur voor thuisverpleging ontworpen worden waarin afhankelijk van de kenmerken van (potentiële) patiënten een mix van wijk- en praktijkverpleegkundigen gemaakt worden. De kenmerken van de patiënten bepalen eveneens de verdeling over generalistisch werkende verpleegkundigen en specialistisch werkende verpleegkundigen. Financiering kan dan plaatsvinden vanuit de zorgverzekering op basis van omvang en prestatie. Wijkverpleegkundigen kunnen in teams met een eigen werkbudget wijkgerichte basiszorg leveren (STOOM/NPCF, 2010). Zij superviseren hierbij ziekenverzorgenden en helpenden die vanuit thuiszorgorganisaties zorg leveren. Hiertoe zouden op basis van aard en omvang van de supervisie en coördinatie financieringsregels vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning gemaakt kunnen worden. Ook zijn wijkverpleegkundigen verantwoordelijk voor het verpleegtechnisch handelen en de ziekenhuisverplaatste zorg. De wijkverpleegkundige is aanspreekpunt voor andere professionals over deze zorg en voor instanties zoals de gemeente. Wijkverpleegkundigen hebben een rol in de formulering van lokaal gezondheidsbeleid van gemeenten in het kader van de Wet Maatschappelijk Ondersteuning en de Wet Publieke Gezondheid. Praktijkverpleegkundigen kunnen in

samenhang met medische diagnostiek en behandeling zorg verlenen, eveneens gefinancierd vanuit de zorgverzekering. Zij ondersteunen patiënten bij zelfmanagement bij chronische aandoeningen en dragen bij aan de toegankelijkheid van de medische zorg. Daarnaast bieden zij via taakherschikking een antwoord op de groeiende vraag naar huisartsen zorg (V&VN, 2010). Een Cochrane Review (Laurent ea) uit 2005 naar substitutie van huisartsen door verpleegkundigen concludeert voorzichtig dat getrainde verpleegkundigen dezelfde kwaliteit van zorg kunnen leveren. In het algemeen was de tevredenheid van patiënten hoger bij de verpleegkundige. Deze zag de patiënt vaker en langer en gaf meer informatie dan de arts. Internationaal wordt het samenwerkingsmodel van praktijkverpleegkundige en huisarts gezien als kansrijk om de kwaliteit en beschikbaarheid van zorg in de eerste lijn te borgen (Halcomb et al, 2005).

De zorg van wijk- en praktijkverpleegkundigen zal afhankelijk van kenmerken van de patiënten rechtstreeks verleend worden of via digitale toepassingen. Wijk- en praktijkverpleegkundigen zouden nauw samen moeten werken. Bij patiënten waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn is het voor de hand liggend om afspraken te maken over het casemanagement en zorgcoördinatie. De keuze voor praktijk- op wijkverpleegkundigen zal samenvallen met de vraag met welke partijen de zorg gecoördineerd moeten worden.

Tot besluit, er liggen veel vraagstukken in de thuisverpleging die vragen om een oplossing vanuit een geïntegreerd perspectief. Door de gewenste uitkomsten bij patiënten als leidend te nemen, en van daaruit te kijken naar de inzet van professionals, de financiering en de organisatie, kan de thuisverpleging zowel kwantitatief als kwalitatief een adequate afstemming tussen vraag en aanbod realiseren. Continue reflectie op de ervaringen en verwachtingen van patiënten is hierbij noodzakelijk.

Wat is nodig voor kosteneffectieve thuisverpleging?

1. vaststellen uitkomsten van thuisverpleging
2. ontwikkeling professionele kaders en kernset zorg
3. deskundige professionals die autonoom kunnen handelen binnen professionele kaders en met kernset zorg
4. financiering vanuit zorgverzekeringswet op basis van prestaties, componenten van financiering vanuit AWBZ, WMO, WPG op basis van verantwoordelijkheden
5. lokale organisatie via basisstructuur thuisverpleging met wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen

Met dank aan drs Ariane Hamming, expert thuisverpleging en geïntegreerde eerstelijnszorg, dr. Henk Rosendal, lector Wijkzorg en voorzitter V&VN eerstelijns verpleegkundigen, en prof.dr. Niek de Wit, hoogleraar Huisartsgeneeskunde voor hun reacties op een eerdere versie van deze paper.

Marieke J. Schuurmans is hoogleraar Verplegingswetenschap UMC Utrecht en Lector Ouderenzorg Hogeschool Utrecht.

Referenties en bronnen

ACTIZ, NPCF & STOOM (2011) Op weg van denken naar doen, veranderingen en innovaties in de praktijk van de verpleging en zorg thuis. Utrecht/Bunnik, uitgave van ACTIZ, NPCF & STOOM.

Bastiaenen J, Vliet S van (2009) Cliënt en thuiszorg, trends in beeld. Bunnik, uitgave STOOM.

Boom H van der (2008) Home Nursing In Europe. Amsterdam, Uitgeverij Aksant.

Betty K (2011) Clinical practice placements in the community: a survey to determine if they reflect the shift in health care delivery from secondary to primary care settings. Nurse Education Today, ahead epub.

College voor Zorgverzekeringen(2010) Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd. Uitgave CVZ.

Halcomb EJ, Patterson E, Davidson PM (2006). Evolution of practice nursing in Australia. Journal of Advanced Nursing, 55 (3), 376-390.

Haterd J van de, Liefhebber S, Luijckx J, Mast J, Dam C van (2005). NIZW beroepsontwikkelingen en NIZWzorg: beroepscompetentieprofiel mbo verpleegkundige. Utrecht, NIZW.

Laurent M, Reeves D, Hermans R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Systematic Review, 18(2), CD001271.

Leistra E, Liefhebber S, Geomini M, Hens H (1999). Beroepsprofiel van de Verpleegkundige. Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom.

Nictiz (2010) E-overdracht in de care. Den Haag/Utrecht, uitgave van Nictiz, V&VN, Actiz.

NPCF, LOC, V&VN (2009) Manifest verpleging thuis: basis zorg voor chronisch zieken en ouderen. Utrecht, uitgave NPCF, LOC, V&VN.

NPCF, STOOM (2010) TZT 2020. Toekomst zorg thuis, nieuwe trends, nieuwe kansen. Utrecht/Bunnik, uitgave NPCF/STOOM.

Oude Havenhuis I, Tijdhof A, Dam N. (2010) Verpleging in eigen omgeving, een onderzoek naar de samenstelling en omvang van deze doelgroep. Enschede, uitgave bureau HHM onderzoek en advies.

PricewaterhouseCoopers (2010) TZT 2020. Toekomst zorg thuis, een aantrekkelijke toekomst. Uitgave PWC.

Prismant (2009) Van thuiszorg naar zorgthuis. Utrecht, uitgave Prismant.

Putters (2010) Zorgen waar het moet, ondernemen waar het kan. S&D, 9 (67), 9-20.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2010) Gezondheid 2.0. Den Haag, uitgave RVZ.

Schuurmans MJ, Vermeulen P, Keesom J (2007). De toekomst van de zorg, zelfmanagement als 'zilveren oplossing'. In: Tussen grijs en groen. Den Haag, Uitgave Stichting Willem Drees..

Sociaal Cultureel Planbureau (2011) Kwetsbare ouderen. Den Haag, uitgave SCP.

Unsworth J, Danskin J, Taylor M (2008) Non elective demand management; the renaissance of district nursing? British Journal of Community Nursing, 13(2), 76-82.

Verpleging en Verzorging Nederland (2010) Op één lijn komen, visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg. Utrecht, uitgave V&VN.

Bijlage: Dood door val uit tillift in eigen woning

Van onze correspondent: Gistermiddag is de 78-jarige mevrouw Van V. overleden na een val uit een tillift in haar eigen woning. Mevrouw Van V. etc was al jarenlang cliënt van thuiszorgorganisatie 'Voor allen', dagelijks werd zij geholpen met wassen en aankleden. Gezien haar beperkingen werd hierbij gebruik gemaakt van een zogeheten tillift. Deze lift was door de gemeente in haar woning geplaatst. Mevrouw van V kreeg sinds een aantal maanden ook verpleegkundige zorg van thuiszorgorganisatie 'In het bijzonder'. Deze zorg was door het ziekenhuis geregeld om haar noodzakelijke medische behandeling in de thuissituatie voort te kunnen zetten. Een van de verpleegkundigen van 'In het bijzonder' liet deze krant weten dat mevrouw al vaak geklaagd had over het feit dat veel van de verzorgenden van 'Voor allen' niet met de bewuste tillift om konden gaan. De verpleegkundige vond dat heel vervelend maar zag geen mogelijkheid er iets aan te doen. Ze had niets te zeggen over de inzet van de verzorgenden noch over de gebruikte lift. Formeel is de gemeente verantwoordelijk voor het apparaat en de thuiszorgorganisatie voor de kwalificatie van de verzorgenden die er mee moeten werken. De directeur van 'Voor allen' reageerde op het nieuws dat het voor zijn organisatie onmogelijk is verzorgenden jaarlijks te kwalificeren voor alle tilliften die her en der ingekocht worden. Ondanks dat leek het hem het meest waarschijnlijk dat een defect aan het apparaat debet was aan de val. De gemeente liet ons weten over een protocol te beschikken over de aanschaf van tilliften en het onderhoud. Op dit moment is nog niet duidelijk of het protocol is nageleefd. De huisarts van mevrouw V liet desgevraagd weten dat hij al jaren voorspelde dat er door de onoverzichtelijke toestand in de thuisverpleging nog eens doden zouden vallen. Omdat hij tijdens de weekenden wel eens gebeld werd door een verzorgende van 'Voor allen' in verband met vermeende complicaties van de behandeling die vanuit het ziekenhuis was geregeld had hij juist vorige week zijn praktijkverpleegkundige gevraagd eens bij mevrouw van V te gaan kijken.

Regieraad Kwaliteit van Zorg

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

T 070 349 53 00

F 070 349 53 01

info@regieraad.nl

www.regieraad.nl



REGIERAAD
Kwaliteit van Zorg