

Verpleging thuis: basiszorg voor chronisch zieken en ouderen

NPCF / Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
LOC, zeggenschap in zorg
V&VN / Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Utrecht, juni 2009

1. Doel

De verpleging thuis – doorgaans een onderdeel van de bredere thuiszorg – raakt riskant verzwakt. NPCF, LOC en de beroepsorganisatie V&VN trekken aan de bel. Tegelijk geven ze hierbij hun visie op wat er moet gebeuren.

Kern van die visie is dat de verpleging thuis als een wijkgerichte basisvoorziening gaat werken, voldoende beschikbaar, zonder voorafgaande zorgindicaties. En met voldoende ruimte voor niet alleen verpleegkundige ingrepen maar ook begeleiding van mensen bij hun chronische ziekte of hun kwetsbare ouderdom.

Dit uitgangspunt vereist een koersverandering bij de overheid en de zorgverzekeraars. We willen dat er gestopt wordt met het opknippen van verpleging thuis over stelsels als de AWBZ en de zorgverzekeringswet. Eén kader is beter. We willen dat zorgkantoren beter in staat worden gesteld om samenhangende zorg thuis meerjarig te contracteren. Hiervoor moet meer ruimte komen in regelgeving. Wij vinden het onwenselijk dat voor dit type zorg teveel de nadruk wordt gelegd op prijsonderhandeling tussen concurrerende aanbieders. Wenselijk is een richting van meerjarige contractering van samenhangende eerstelijnszorg en thuiszorg. Tevens ruimte voor versterking van de zorgondersteunende ICT als drager van zelfmanagement bij chronische zieken en ouderen.

2. Knelpunten

Een eerste knelpunt vandaag de dag is de beschikbaarheid van verpleegkundige zorg. Neem een gebied van 20.000 inwoners. Daar zien we gemiddeld 9 FTE huisartsenzorg; en doorgaans niet meer dan één FTE praktijkondersteuning. Enkele jaren geleden hadden we in zo'n gebied gemiddeld 15 FTE voor 'verpleging thuis'. De NZa registreerde in 2006 twaalf miljoen uren voor verpleging als naturazorg (dus exclusief PGB).¹ De uren voor persoonlijke verzorging zijn hierin niet meegeteld (26 miljoen uren in datzelfde jaar). Inmiddels is nogal wat veranderd. De omvang van 'verpleging thuis' is afgenomen met minimaal een derde van de oorspronkelijke capaciteit. In ons voorbeeld geeft dat 10 FTE voor wijkverpleging en ziekenverzorging in een gebied van 20.000 inwoners.

Die achteruitgang komt doordat het CIZ – op grond van nieuwe landelijke regels – veel terughoudender is geworden met indicaties voor verpleging. Zorgaanbieders kunnen in de AWBZ slechts de geleverde zorg betaald krijgen voor zover daaraan een indicatie ten grondslag ligt.² In de visie van het CVZ kan verpleging deels vervangen worden door persoonlijke verzorging. Dat is maar beperkt het geval. Er ontstaat nu een riskante afbouw waarbij de verpleging thuis onder een kritische grens zakt. Die ontwikkeling is niet verantwoord, in het licht van de gewenste versterking van 'zorg dichtbij huis'.

Een tweede knelpunt is de verschriving van de inhoud van zorg. Met de huidige indicatiestelling is verpleging vaak versmald tot ‘verpleegtechnische handelingen’ zoals wonden verzorgen, controle van lichaamsfuncties, pijnbestrijding, sondevoeding, enzovoort. Er is maar weinig ruimte voor de bredere inhoud van het vak, waar onder de verpleegkundige begeleiding bij een chronische ziekte, of de coördinatie van een complex zorgproces.³ Dit soort activiteiten laat zich niet goed vangen in onafhankelijke indicaties; zodat tegelijk de vraag rijst of een optimale inzet van ‘verpleging thuis’ wel mogelijk is in de huidige AWBZ. Anders gezegd: waar staan we en waar willen we heen?

3. Nieuwe situatie

Vanaf 2008 is een nieuwe situatie ontstaan. Een gevolg ervan is een versnippering van ‘verpleging thuis’ over Zorgverzekeringswet en AWBZ. Medisch specialistische verpleging – die vaak in verband wordt gebracht met ziekenhuisverplaatste zorg – is nu buiten de AWBZ geplaatst. Die verpleging wordt nu gerekend tot het domein van de curatieve zorg, in samenhang met de huisartsenzorg en de ziekenhuiszorg.⁴

De gedachte is navolgbaar. Maar in de praktijk ontstaat een onwerkbaar situatie; vooral omdat de verdeling van ‘verpleging thuis’ over twee systemen erg onduidelijk is. Hierover zijn landelijke circulaire gemaakt (ZN in afstemming met VWS, CVZ, NZa).⁵

- Kern ervan is een afbakening van ‘medisch verpleegkundige zorg’ als zorg die door een medisch specialist of huisarts kan worden geïndiceerd. Die zorg valt dan onder de Zvw.
- Van aanbieders –waar onder thuiszorg– wordt verwacht dat ze deze speciale variant van verpleegkundige zorg apart bijhouden. De landelijke circulaire dwingt tot “aparte registratie van deze niet-AWBZ geïndiceerde medisch verpleegkundige zorg”.

Iedereen die in de praktijk van ‘verpleging thuis’ werkzaam is – zo ook elke persoon met een chronische ziekte – kan uitleggen dat deze afbakening onhelder en onwerkbaar is. Zo biedt de afbakening geen bruikbaar handvat voor een onderscheid in enerzijds verpleging die binnen de Zvw valt en anderzijds verpleging die in de AWBZ thuishoort. Tevens zijn er nieuwe visies ontwikkeld die in het chronisch ziekenbeleid een centrale plek lijken te krijgen, met onderscheid naar functies en functiegroepen.⁶

Er is daarom alle reden om te kiezen voor een koerswijziging: stoppen met de uitwerking van nieuwe regels voor dat onderscheid in zoiets als “medisch verpleegkundige zorg” en “gewone (wijk)-verpleegkundige zorg”, respectievelijk Zvw- en AWBZ-verpleging. Dat is een onwerkbaar aanpak; die slechts zal leiden tot nieuwe onduidelijkheden waarop weer nieuwe regels van het CVZ of de NZa volgen.

Wenselijk is dat we deze vastlopende weg verlaten en kiezen voor een andere route: een robuuste keuze voor ‘verpleging thuis’ binnen één samenhangend kader. Dat kader is de eerstelijnszorg. En op middellange termijn geïntegreerd in de Zvw. Wat overigens *niet* wil zeggen dat ‘verpleging thuis’ in organisatorische zin een onderdeel van huisartsgroepen zal zijn. Er blijft alle ruimte voor wijkgerichte vormen van thuiszorg. Hieronder schetsen we enkele hoofdlijnen.

4. Uitdaging

Er bestaat veel overeenstemming over de wenselijkheid van een sterke eerstelijnszorg. Ook de NZa signaleert in een recent rapport dat patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, zorgverleners en bewindspersonen van VWS over de hoofdlijnen bijna hetzelfde denken:

- de benodigde zorg is toegankelijk,
- de zorg vertrekt vanuit de vraag van de chronische patiënt,
- waar dat nodig is wordt de (multidisciplinaire) zorg goed gecoördineerd,
- patiënten krijgen ondersteuning voor zelfmanagement,
- ze krijgen informatie voor hun keuzes ten aanzien van zorgtrajecten,
- de zorgbehoefte wordt zo beperkt mogelijk gehouden door geslaagde preventie,
- die preventie kan bijdragen aan beheersing van de totale kosten van zorg per patiënt,
- er zijn prikkels zijn voor innovatie en voor verhoging van kwaliteit en doelmatigheid in de zorg voor chronisch zieke mensen.

Binnen dit geheel van uitgangspunten is op dit moment veel aandacht gericht op nieuwe vormen van ketenzorg bij 4 specifieke aandoeningen: diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en chronisch hartfalen. Dat is een belangrijke ontwikkeling.⁷ Tegelijk signaleren we dat een andere, evenzeer noodzakelijke ontwikkeling onvoldoende naar voren komt: de borging van basiszorg voor chronisch zieken en ouderen. Met daarin:

- niet alleen de huisarts als generalist (en de ermee verbonden praktijkondersteuning),
- ook de *algemene verpleging thuis* (opgevat als maatschappelijke gezondheidszorg).

We willen daarom drie suggesties doen:

- (1) Realiseer 'verpleging thuis' als een basisvoorziening die een brede opdracht heeft. Zowel kortdurende verpleging in herstelfasen (zoals na operatie in een ziekenhuis), als verpleegkundige zorg en begeleiding bij chronisch zieken die thuis wonen. Voor die verpleging thuis is een onafhankelijke zorgindicatie maar beperkt lonend. Bijvoorbeeld als sprake is van (a) een lange duur van verpleging thuis en/of (b) een hoge intensiteit, zal het lonen dat het CIZ een onafhankelijke indicatie stelt. Hiermee is tegelijk de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget geborgd; voor situaties waarin mensen langdurende verpleging nodig hebben en zelf inkoper willen zijn.
- (2) Maak de komende jaren – waarin verpleging thuis nog in de AWBZ valt – een einde aan de sluipende erosie⁸ van de functie; door duidelijk een basisniveau te definiëren als leidraad voor afspraken tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld een basisniveau van minimaal 10 FTE 'verpleging thuis' per 20.000 inwoners. Geef binnen deze basisvoorziening een opdracht voor 'verpleging thuis' die aansluit bij kerntaken uit het onderstaande schema. De bekostiging staat nog niet vast; voor de komende twee jaren zouden de geleverde uren nog steeds als betaaltitel kunnen gelden (binnen een afgesproken kader). Als gezegd: de cliënt die bij langdurige zorg zelf de noodzakelijke verpleging wil inkopen kan hiervoor een PGB krijgen.
- (3) Bevorder dat 'zorg thuis' beter wordt ondersteund met een bestendige infrastructuur van oproepbare zorg (ook 'screen-to-screen' overal toepasbaar). En betrek hierbij de nieuwe technische ontwikkelingen voor zelfstandig thuis wonen. Met aansluiting op het Europese programma 'assisted living' waarin zorgondersteunende techniek een extra impuls krijgt.⁹ Op een meer natuurlijke manier kan de verpleging thuis dan ook rollen van case management voor chronisch zieke mensen op zich nemen.

1. Algemeen

De verpleegkundige is een beroepsbeoefenaar volgens artikel 3 van de Wet BIG. Voor deze artikel 3-beroepen zijn het deskundigheidsniveau en de opleidingseisen wettelijk vastgelegd. Alleen zij die aan die eisen voldoen, mogen de beschermde titel 'verpleegkundige' voeren. De verpleegkundige competenties zijn beschreven in het verpleegkundig beroepsprofiel (Leistra e.a. 1999). Verplegen is omschreven als: *'het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen.'*

2. Verplegen in de maatschappelijke gezondheidszorg

Verpleegkundigen in de maatschappelijke gezondheidszorg (wijkverpleegkundigen) werken veelal generalistisch in samenwerking met de huisarts, andere eerstelijns disciplines en specialisten in de tweede lijn. Zij hebben daarnaast een rol in transmurale zorg en ketenzorg-trajecten.

Wijkverpleegkundigen ondersteunen mensen thuis in de eigen woon- en leefomgeving. Hiertoe beschikken zij naast vakkennis over een breed opgezette sociale kaart, mede om voor de cliënt die daaraan behoefte heeft te verwijzen naar andere voorzieningen of die te regelen als iemand dat niet zelf kan.

3. Kerntaken verpleging thuis

De taken liggen op het gebied van zorg in de eigen woon- of leefomgeving van de cliënt. Hierbij denken we in ieder geval aan het volgende:

- handelingen, die gericht zijn op herstel van gezondheid, alsmede het voorkomen van ziekte (mogelijk ook: in opdracht van een medicus uitvoeren van medisch-technische handelingen);
- activiteiten gericht op 'leren omgaan met een chronische ziekte (en onomkeerbare functie- beperkingen), ook waar mogelijk verminderen van achteruitgang van de gezondheidssituatie van de cliënt;
- afnemen van verpleegkundige anamnese, aansluitend vaststellen van verpleegkundige diagnose als basis van interventies problemen op te heffen of te verminderen;
- zelf uitvoeren van de vastgestelde interventies of bewerkstelligen dat ze door anderen dan verpleegkundigen volgens geldende standaarden worden uitgevoerd;
- bevorderen dat de cliënt verkeert in een veilige omgeving waarbinnen de vastgestelde interventies kunnen worden uitgevoerd;
- coördinatie van zorg bij een complexe zorgvraag waarbij veelal meerdere soorten zorgverleners rond de cliënt actief zijn (indien de cliënt dat wil ook rol van "coach" invullen);
- geven van advies, instructie en voorlichting zodat de cliënt en 'cliëntsysteem' voor zover mogelijk de regie over het eigen leven kunnen voeren;
- afstemmen van benodigde zorg met collega's, artsen, paramedici, andere zorgverleners, waardoor er continue en integrale zorg kan worden verleend.

* De bredere setting van eerstelijnszorg is onder meer geschetst in een rapport dat het CVZ liet opstellen door Plexus.¹⁰

5. Ruimte voor verpleging thuis

Welke stappen zijn nodig? Belangrijk is allereerst dat er in twee opzichten ruimte komt is verpleging thuis. Enerzijds door een vloer te leggen in de generalistische verpleging om de nu ontstane afbrokkeling binnen de AWBZ te stoppen. Anderzijds door een opdracht te geven aan die verpleging waarin – naast verpleeg-technische zorg – ook ruimte is voor verpleegkundige begeleiding van chronisch zieke mensen en kwetsbare ouderen. Waar onder hen leren omgaan met ziekte en beperkingen; ook zelf regie erover nemen.

Dat is gemakkelijk gezegd – zo globaal – maar allerlei zaken vergen nadere uitwerking. Onder meer de afbakening van generalistische verpleging versus aandoeningspecifieke zorgketens (zoals bij diabetes, COPD, chronisch hartfalen). Eveneens de afbakening van verpleging en persoonlijke verzorging gericht op mensen met blijvende beperkingen bij algemene dagelijkse verrichtingen. In zo'n situatie zijn twee soorten aanpak mogelijk: (1) alles tot in detail op de tekentafel uitwerken en dan nieuw beleid gaan invoeren, (2) ruimte geven voor een nieuwe koers, binnen een richtinggevend beleidskader, en al werkende weg de details uitvinden.

We bepleiten de tweede aanpak. We vragen de overheid om zoiets als een proeftuin mogelijk te maken in regio's waar zorgverzekeraars en zorgverleners in een begrensd kader komen tot borging van wijkgerichte verpleging thuis in samenhang met de eerstelijnszorg (conform de drie suggesties in paragraaf 4).¹¹ Dat kader zal vooralsnog op de AWBZ zijn geënt.

Op termijn denken we aan integrale regie binnen de Zvw. Als in de komende jaren de verpleging thuis nog is ingebed in de AWBZ zal de wijze van contractering moeten veranderen. We opteren voor meerjarige afspraken die aansluiten op de volgende uitgangspunten:

- (1) een basisniveau van verpleging borgen (zoals minimaal 10 FTE per 20.000 inwoners),
- (2) een samenhangende inkoop van generalistische verpleging en andere eerstelijnszorg,
- (3) een lokale invulling met gebiedsgerichte teams voor verpleging & verzorging;
- (4) een kwaliteitskader dat aansluit op enerzijds 'normen verantwoorde zorg', anderzijds op nieuwe zorgstandaarden voor aandoeningspecifieke zorgketens;
- (5) een eenvoudige vorm van registratie die aansluit op kerntaken en die daarmee ook informatie biedt over de toekomstige bekostiging van zorg thuis.

De bepleite aanpak wil nog niet zeggen dat de verpleging thuis een onderdeel wordt van de huisartsgroep.¹² Wij zien reële mogelijkheden voor organisatievormen waarbij relatief zelfstandig werkende teams voor verpleging & verzorging een onderdeel zijn van bredere organisaties voor zorg thuis; die organisaties hebben een rol als ondersteunend bedrijf. Ook kunnen ze – door hun schaal – de opbouw van zorgondersteunende technologie vooruit brengen. De meerwaarde moet daarnaast zijn dat chronisch zieke mensen en kwetsbare ouderen niet alleen gezondheidszorg krijgen.

De kracht van de toekomstige 'zorg thuis' zal zijn:

- dat er samenhang is met de reguliere eerstelijnszorg (huisarts, enzovoort);
- dat er goede schakels zijn met lokale voorzieningen voor welzijnswerk, participatie, advies & informatie (steunpunten).

Deze inhoudelijke opgave moet centraal komen staan in de afspraken voor 2010-2011.¹³

Kader: Gewenste richting

1. Signaal

Wenselijk is allereerst een politiek en bestuurlijk signaal ten aanzien van de noodzakelijke borging van 'verpleging thuis'. Met een brede opdracht: zowel verpleegkundige interventies als verpleegkundige begeleiding van mensen met een chronische ziekte.

2. Knippen

Het verder opknippen van verpleging thuis over Zvw (medisch specialistische verpleging) en AWBZ (algemene verpleging) volgt weliswaar uit de "pakket"-uitleg door het CVZ maar moet als een onwerkbaar koers worden aangemerkt. Want niet navolgbaar en niet begrijpelijk voor zowel mensen met een chronische ziekte als voor beroepsbeoefenaren in de eerste lijn.

3. Toekomst

Op langere termijn – vanaf 2012 – kan de verpleging thuis een integraal onderdeel van de zorgverzekeringswet zijn. In aanvulling op de meer generalistische verpleging thuis zullen rond specifieke aandoeningen 'zorgketens' tot stand komen waarin meer gespecialiseerde verpleging is opgenomen (actuele voorbeelden zijn: diabetes, COPD, chronisch hartfalen).

4. Komende jaren

Het ligt in de lijn van haar veranderagenda dat de staatssecretaris van VWS 'proeftuinen' stimuleert waarin de verpleging thuis als basisvoorziening gaat functioneren.

In de komende jaren kunnen de zorgverzekeraars – in hun rol binnen de AWBZ – hieraan bijdragen met een nieuwe zorginkoop voor 'verpleging thuis'. Tezamen met een basisniveau is een moderne opdracht wenselijk (zie paragraaf 4). Er zijn dan geen indicaties vooraf nodig; wel is denkbaar dat steekproefsgewijze controle plaatsvindt.

5. Innovatie

De contractering van 'zorg thuis' moet tegelijk gericht zijn op de noodzaak tot versterking van zorgondersteunende techniek. Ook met het oog op een efficiënte inzet van beroepskrachten; ook ter wille van nieuwe impulsen tot 'zelfmanagement' van cliënten. Hierover zijn meerjarige afspraken nodig.

VOETNOTEN

¹ De berekening is als volgt:

- De genoemde 12 miljoen uren voor Nederland als geheel corresponderen met omstreeks 15000 uren in een gebied van 20.000 inwoners. In de systematiek van de AWBZ zijn dat directe uren die met en bij de cliënt worden aangewend.
- Een verpleegkundige heeft bij een voltijdse aanstelling omstreeks 1500 beschikbare uren op jaarbasis; de andere uren (ruim 350 uur per jaar) gaan naar vakantie, verlof, verzuim. De direct productieve werktijd bij en met de cliënt is gemiddeld ruim 1000 uren per FTE per jaar. Het overige deel is voor indirecte tijd, waar onder communicatie met huisarts, medisch specialist; ook bijhouden van zorgplan en zorgdossier. Daarnaast enige tijd voor werkoverleg, scholing, etc.
- Terug naar een gebied van 20.000 inwoners krijgen we dan $15000 \text{ uren} / 1000 = 15 \text{ FTE}$ voor wijkverpleging en wijkzakenverzorging.

² Er is een bescheiden uitzondering op deze regel. Specifiek bij verpleging thuis is in de AWBZ bescheiden ruimte gemaakt voor “verpleegkundige AIV” (= advies, instructie, voorlichting). In de contractering door zorgkantoren wordt vaak de vuistregel gehanteerd dat die AIV maximaal 10% van alle afgesproken uren verpleging kan zijn. In de bekostigingsregels van de NZa is vastgelegd dat deze AIV bestemd is voor enkele consulten per patiënt per jaar; bijvoorbeeld om een persoon te leren omgaan met een stoma. Deze afbakening impliceert dat de AIV niet geschikt is voor de voortgaande verpleegkundige begeleiding van een patiënt met chronische ziekte.

³ In een recente studie signaleert Van der Boom: *“De functie is uitgehold. Het aantrekkelijke van het beroep was de zelfstandigheid en de flexibiliteit. Als er iets aan de hand was kon je direct reageren. Door alle maatregelen en verschraving van de functie kan dat bijna niet meer.”* Dit gezichtspunt is ook geuit door V&VN, de Vereniging voor Verpleging en Verzorging, in zijn kritiek op beleidsregels voor de indicatiestelling. Een uitgangspunt van de beleidsregels is dat activiteiten die patiënten gewoonlijk zelf uitvoeren onder de functie persoonlijke verzorging vallen. Bijvoorbeeld medicijnen innemen, of verzorgen van onnatuurlijke lichaamsopeningen zoals het verzorgen van een stoma of een trachea canule. De kritiek is als volgt: inderdaad geldt voor de meeste cliënten geldt dat zij deze handelingen op termijn zelf kunnen uitvoeren, maar ze zullen eerste aangeleerd moeten worden, en ook daarna is het wenselijk dat een verpleegkundige af en toe langskomt om te kijken of alles goed gaat.

⁴ De staatssecretaris van VWS onderkent dat de nieuwe situatie extra aandacht vergt. Zij schreef daarom aan de Tweede kamer: “De afgelopen periode heeft overleg plaatsgevonden met Actiz, NVZ-vereniging van ziekenhuizen, Zorgverzekeraars Nederland, het Centrum Indicatiestelling Zorg, het College voor Zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit. ten behoeve van het opstellen van een spoorboekje.” Bedoeld is een stappenplan voor overheveling van delen van de verpleging thuis naar de Zvw, de omschrijving van zorgprestaties en de bekostiging. Daarnaast de verwerking in polissen van de zorgverzekeraars, en de gevolgen voor risicoverevening. Uiterlijk medio 2009 wil de staatssecretaris de Tweede Kamer informeren over de stand van zaken.

⁵ De circulaire vermeldt het volgende:

De medisch verpleegkundige zorg die voortvloeit uit de zorg, zoals een medisch specialist die pleegt te bieden en die door huisarts of medisch specialist kan worden geïndiceerd (..) valt niet onder de AWBZ maar onder de Zvw. (..) Deze verpleging zal in 2009 nog onder de zorginkoop door zorgkantoren vallen; en het zorgkantoor is daarbij gehouden aan de beschikbare regionale contracteer ruimte. Doel is dat de zorg alsnog betaald kan worden. Deze overgangsmaatregel is alleen bedoeld voor verpleegkundige activiteiten in het verlengde van een medisch-specialistische behandeling. (..). De zorgaanbieder moet wel gevraagd worden een aparte registratie te voeren van deze niet-AWBZ geïndiceerde medisch verpleegkundige zorg. Belangrijk is dat deze verpleegkundige zorg slechts plaatsvindt op indicatie van een huisarts of medisch specialist.

De zorgaanbieder dient zich over de niet-AWBZ geïndiceerde medisch verpleegkundige zorg te verantwoorden richting zorgkantoor en in het jaarverslag.

⁶ In opdracht van het CVZ gaf onderzoeksbureau Plexus een schets van de eerstelijnszorg, waarin is gekozen voor een indeling naar ‘functies’, en tegelijk een ordening in drie domeinen:

1. functiegroep generieke basiszorg (= alle activiteiten die leiden tot een diagnose, generieke behandeling, verzorging, verpleging en nazorg van de patiënt)
2. functiegroep specifieke vervolgzorg (= bedoeld voor zorgvragen waarbij de diagnose bekend is en waarbij generieke basisbehandeling niet volstaat; verwijzing naar de tweedelijns is doorgaans niet noodzakelijk; het accent ligt overwegend op monodisciplinaire activiteiten (bijvoorbeeld behandeling van rugklachten, van enkelvoudige psychische aandoeningen, of kleine chirurgische verrichtingen).
3. functiegroep aandoeningspecifieke vervolgzorg (= bedoeld voor zorgvragen waarbij een integraal zorgaanbod noodzakelijk is, met accent op een multidisciplinair aanbod; bijvoorbeeld zorg bij diabetes, of COPD)

⁷ Ook de NZa signaleert dat gestructureerde samenwerking (ketenzorg) meerwaarde heeft, mede door een beter uitgelijnd zorgproces, goed geregelde schakelpunten, en werken volgens zorgstandaarden. De verwachting is dat de kosten van de eerstelijnszorg hiermee stijgen, maar dat tegelijk de totale kosten van zorg per patiënt omlaag gaan; met name doordat de besparingen in de tweede lijn groter zijn dan de meerkosten in de eerste lijn.

⁸ In die zin wordt het volgens de kaderbrief van VWS wordt het in 2010 beleidsmatig moeilijk manoeuvreren. Dit is niet vanuit defensieve gedachte ingegeven, maar vanuit de werkelijkheid van vandaag de dag. VWS vraagt zorgkantoren om op de prijs te gaan drukken zowel intra als extramuraal. De doelmatigheidsopdracht van VWS van 115 miljoen kan op gespannen voet staan met de inkoop van het relatief kostbare product verpleging.

⁹ Het programma “Ambient Assisted Living” is een Europees initiatief, gericht op het beschikbaar krijgen van innovatieve – mede op ICT gebaseerde – zorg en diensten. Ze moeten ouderen in staat stellen langer zelfstandig te leven en wonen en hun kwaliteit van leven verbeteren ook als ze last krijgen van lichamelijke en/of geestelijke beperkingen. In het programma is ruimte voor

- domotica (elektronietoepassingen en automatisering integreren in de woning),
- ambiente intelligentie (toekomst van consumentenelektronica, telecommunicatie en computers die samenwerken samen om mensen op comfortabele wijze te helpen bij hun activiteiten.

AAL is een Europees samenwerkingsprogramma waarvoor vanuit deelnemende landen (nu 23) een nationaal budget wordt ingezet. Het totale budget voor het programma is € 100 miljoen per jaar tot en met 2013. De deelnemende landen investeren gezamenlijk ruim 30%, de Europese Commissie draagt 20-25% bij en voor de overige 50% wordt gerekend op investering van de deelnemende organisaties/bedrijven. Vanuit Nederland draagt het ministerie van VWS jaarlijks € 1,9 miljoen bij.

¹⁰ Het rapport (mei 2008) geeft drie functiegroepen (zie voetnoot 6). Onder de eerste functiegroep, gericht op **generieke basiszorg**, vallen alle activiteiten verstaan die leiden tot diagnose, generieke behandeling, verzorging, verpleging en (na)zorg van de patiënt. Binnen de functiegroep vallen:

- Toegang en Triage (onder meer eerste contact met de patiënt)
- Generalistische huisartsgeneeskundige zorg
- Generalistische verpleging
- Generalistische verzorging (verzorging van patiënt in herstelfase, of helpen bij beperkingen)
- Geprotocolleerde basiszorg (laag complexe handelingen als oren uitspuiten, wratten weghalen)
- Eerstelijnsdiagnostiek (bijv. laboratoriumdiagnostiek, beeldvormende diagnostiek)
- Farmaceutische zorg
- Generalistische zorg voor houding en beweging
- Verloskundige zorg

Bij elk van deze functies kan het aantal contactmomenten tussen patiënt en zorgverlener variëren. Volgens onderzoeksbureau Plexus kunnen de meeste zorgvragen van patiënten met de basiszorg afdoende worden opgevangen in de eerste lijn. Een klein deel van de patiënten met een zorgvraag heeft een specifieke vervolgzorg nodig.

¹¹ De gevraagde ruimte heeft een verder reikend doel: samenhangende zorg voor chronisch zieken, meer kosteneffectiviteit, een hogere tevredenheid van cliënten. Gaandeweg zullen dan “outcome”-indicatoren geformuleerd worden (bijvoorbeeld minder acute opnames in ziekenhuis).

In proefregio's kan voor verpleging thuis worden gewerkt met kengetallen als uitgangspunt voor een basisniveau van zorg. De zorgverleners moeten samenwerken in kleinschalige gebieden (dat kunnen wijken zijn, maar ook andere gebieden). Voor deze basisvoorziening ‘verpleging thuis’ is het niet nodig te werken met “indicaties vooraf”. Onafhankelijke toetsing – indicatiestelling door het CIZ – is slechts wenselijk bij langdurige verpleging boven een bepaalde intensiteit. Ook voor de eventuele toekenning van een PGB is die onafhankelijke indicatie noodzakelijk.

¹² Deze suggestie loopt parallel aan inzicht van de NZa die in een recent onderzoek over integrale eerstelijnszorg wijst op risico's van ongewenste marktmacht. De NZa stelt: “Dit risico kan zich vooral voordoen in gebieden waar huisartsen samenwerken en het initiatief nemen om gezamenlijk geïntegreerde ELZ aanbieden zoals nu in veel zorggroepen gebeurt.”

¹³ De gezamenlijke zorgkantoren hebben het voornemen om de zorginkoop voor 2010 sterk te laten aansluiten op die van het lopende jaar. Dit is vooral ingegeven door de wens van de zorgaanbieders en andere landelijke partijen om de aanbesteding in juni op te starten. Hierdoor is de transitietijd voor de zorgkantoren uitermate kort. In veel gevallen zullen daarom de bestaande aanbestedingsmodellen worden gecontinueerd. Dit laat onverlet dat veel zorgkantoren zich inzetten voor specifiek beleid voor doelgroepen zoals dementeren en geïntegreerde eerstelijnszorg. Wij vinden het nodig dat zorgkantoren voor de geïntegreerde zorg in de eerste lijn ruimte krijgen voor een substantieële accentverlegging waarbij meer aandacht komt voor integrale benadering vanuit de AWBZ en ZVW. Een substantieële accentverlegging is nodig, in de richting van zorginkoop die start met een precisering van de meerjarige prestaties die aanbieders van zorg thuis moeten leveren: (1) de opbouw van wijkgerichte verpleging thuis, (2) de doelmatige opzet van oproepbare zorg, (3) de meerjarige ontwikkeling van zorgondersteunende technologie. Voorts: mogelijke deelname aan aandoeningspecifieke zorgketens (zoals bij diabetes, COPD, hartfalen, etc.)

Voor de contractering van ‘verpleging thuis’ zal het niet nodig zijn om per regio een steeds groter aantal zorgaanbieders aan te trekken (er zijn nu gemiddeld 30 aanbieders voor extramurale zorg per regio). De meerjarige toedeling van de opdracht tot ‘verpleging thuis’ zal in de (zorgkantoor)-regio's veelal over 5 a 10 organisaties gespreid kunnen zijn.

Cruciaal is dat naast de gecontracteerde naturazorg (vertrekkend vanaf een minimumniveau op basis van landelijke kengetallen) ook ruimte bestaat voor een PGB-variant, met name voor de cliënten die langdurige op verpleging & verzorging zijn aangewezen en zelf inkoper willen zijn.