

Reactie V&VN op “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”

Algemeen

Allereerst onze complimenten en een woord van dank voor uw notitie. Het bespreekbaar maken voor en met alle partijen, alsmede suggesties geven voor mogelijke oplossingen, om te komen tot een evenwichtige en realistische verdeling van ‘schaarste in de wijkverpleging’, is absoluut geen gemakkelijke opgave. Passende zorg realiseren in de wijkverpleging, waar de financiering vanuit drie wettelijke kaders plaatsvindt die elkaar soms in de weg zitten, is een enorme opdracht die we samen moeten doen. Passende zorg geeft richting. Maar het vraagt ook aan ons allen om betekenis te geven aan wat het concreet betekent voor de wijkverpleging in de dagelijkse praktijk.

Indicatiestelling en passende zorg

V&VN¹ deelt uw mening/opvatting dat pakketmaatregelen ongewenst zijn en de genoemde voorbeelden grote maatschappelijke consequenties zullen hebben. V&VN is het eens met u dat de indicatiestelling hét instrument is voor passende zorg in de eigen omgeving van de cliënt. Het Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) (V&VN, 2014) ondersteunt en resulteert in passende zorg voor de cliënt. Wijkverpleegkundigen² doen dit al jaren op basis van hun afwegingskader zoals in het Begrippenkader Indicatieproces (V&VN, 2019) is beschreven ([zie p29, §5.4](#)). V&VN meent daarom dat een aanspraakbeperking helemaal niet nodig is en zelfs ongewenst.

Uw pleidooi richting de andere veldpartijen en de samenleving voor de erkenning en waardering voor de professionele autonomie van de wijkverpleegkundige is hierbij van grote waarde. Veldpartijen en de samenleving mogen van wijkverpleegkundigen verwachten dat zij werken volgens de ‘professionele standaard’³. Zowel het Normenkader en als het Begrippenkader zijn beroepsnormen en behoren tot de ‘professionele standaard’.

Uw notitie lijkt regelmatig alle verantwoordelijkheid bij de wijkverpleegkundigen neer te leggen om gevolgen van schaarste op te lossen. V&VN vindt dat niet reëel. Als veldpartijen en als samenleving hebben we hierin een gezamenlijke opdracht en verantwoordelijkheid. Wijkverpleegkundigen kunnen hier een grote verantwoordelijkheid in nemen, maar dan moeten zij optimaal ondersteund en toegerust worden in de uitvoering van hun werkzaamheden.

V&VN vindt het van groot belang dat bij schaarste van verpleegkundigen en verzorgenden, de verpleging en verzorging de waarde wordt toegekend die ze verdient. In tijden van schaarste zijn klassieke reactiepatronen: zorgkosten terugdringen en systeem beheersen. Aan de waarde van professionele kennis en ervaring wordt dan te gemakkelijk voorbijgegaan. Verpleging en verzorging kan en mag niet worden gereduceerd tot een verzameling deeltaken die ‘gemakkelijk’ kan worden uitbesteed aan steeds lager opgeleiden of afgestoten als zijnde informele, onbetaalde zorg. Bij een dergelijke interpretatie van zorg wordt te gemakkelijk vergeten aandacht te schenken aan de menselijke context waarin zorgverlening plaatsvindt. Juist die maakt het werk complex. Maakt dat verpleging en verzorging een beroep is, waarvoor je niet alleen handen nodig hebt, maar ook hart en hersens. Als bestuurders en beleidmakers alleen maar oog kunnen hebben voor zorg als verzameling deeltaken,

¹ V&VN is de beroepsvereniging voor de drie sterke beroepen in het verpleegkundig domein: verzorgenden-IG, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Als in deze notitie V&VN staat, vertegenwoordigen die letters deze drie beroepen.

² De indicatiestelling is ‘voorbehouden’ aan de wijk-, kinder- of dementieverpleegkundige conform het Normenkader. Voor het leesgemak is alleen de wijkverpleegkundige genoemd. De zorgverlening op basis van de indicatie wordt zowel door wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden-IG verleend. Sommige zorgaanbieders zetten ook verpleegkundig specialisten en helpenden(+) in. NB V&VN vertegenwoordigt niet de beroepsgroep helpenden(+).

³ De professionele standaard houdt in: wet- en regelgeving, kwaliteitskader, -standaarden, richtlijnen en beroepsnormen.

raakt de complexiteit vanzelf uit beeld. Deze kijk op zorg heeft, volgens V&VN, grote gevolgen voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg én voor de kwaliteit van zorg. Kwaliteit van zorg behouden en bereiken we niet met enkel alleen 'handjes' erbij. Deskundigheid (kennis en kunde) is hierbij onontbeerlijk. Daar gaat en staat V&VN voor.

Ook deelt V&VN wat u beschrijft over de nadelige gevolgen van marktwerking in de sector wijkverpleging. V&VN meent dat die nadelige gevolgen zelfs verder doorwerken, bijvoorbeeld ook in de eerste lijn. V&VN herkent dat als de indicerende wijkverpleegkundige geen onderdeel uitmaakt van een lokaal of regionaal samenwerkingsverband, dit de verdeling van schaarste op lokaal en regionaal niveau ernstig belemmert. Kwetsbare mensen en mensen die acuut zorg nodig hebben in de thuissituatie, zijn daar altijd de dupe van. De schaarste in de zorg maakt het tevens extra belangrijk dat de Nederlandse samenleving goed wordt voorbereid op de transitie van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Hier ligt, meent V&VN, een gezamenlijke opdracht en verantwoordelijkheid voor iedereen werkzaam in de Nederlandse gezondheidszorg én de overheid en politiek.

Aandachtspunten

V&VN heeft het bijzonder gewaardeerd om deel te nemen aan de bijeenkomst als voorbereiding om te komen tot deze conceptnotitie. Veel van wat daar besproken en gezegd is, is terug te lezen. V&VN herkent zich helaas nog onvoldoende in de samenvatting/adviezen in hoofdstuk 4. Graag zien we onderstaande punten terug om deze adviezen nog krachtiger te maken.

1. Sommige begrippen zijn niet eenduidig gedefinieerd en/of gehanteerd. Het advies is om een begrippenlijst toe te voegen op o.a. de volgende termen: wijkverpleging (zie suggestie volgende pagina, eerste bullit), beroepsgroep versus beroepsvereniging, betekenis laag intensieve zorg;
2. In uw notitie wordt aangegeven dat deze zich alleen richt op de Zvw-zorg. De voorstellen die worden gedaan, hebben invloed op andere wettelijke kaders, zoals de Wlz. Het verschuiven van de zorg naar een ander wettelijk kader lost het probleem van schaarste niet op, maar verschuift het, met als gevolg een 'waterbedeffect';
3. V&VN is van mening dat preventie ten onrechte in uw notitie wordt weggezet als verwaarloosbaar om bij te dragen aan 'verdelen van schaarste'. V&VN meent dat zowel preventie als reablement en inzet op gezond ouder worden (niet hoe óud je wordt, maar hóe je oud wordt) essentieel is om zorggebruik zo lang mogelijk uit te stellen dan wel zorggebruik te verminderen. Juist goede, deskundige en professionele wijkverpleging kan bijdragen aan het voorkomen van zorg en crisissen, samen met de andere partners in de eerste lijn. Preventie is een van de speerpunten van het overheidsbeleid. Als u onderzoek heeft waaruit blijkt dat dit voor en in de wijkverpleging niets oplevert, zou dat gedeeld moeten worden, want zeer relevant;
4. Uw notitie bepleit de inzet van (e)hulpmiddelen als standaard voordat professionals de zorg gaan verlenen, tenzij de wijkverpleegkundige kan onderbouwen waarom de cliëntsituatie zich hier niet toe leent. V&VN ondersteunt dit van harte. Echter zolang diverse (e)hulpmiddelen niet vergoed worden, is er geen goede afweging mogelijk voor zowel de zorgvragers als de zorgaanbieders. De kosten van (e)hulpmiddelen staan de inzet hiervan in de weg en maakt het aantrekkelijker om 'menskracht' in te zetten omdat dit wél vergoed wordt. Tevens moeten we met elkaar nadenken over 'cliënten die hulpmiddelen weigeren c.q. niet kunnen betalen', wat dan?
5. In uw notitie lijkt de inzet van helpenden als dé oplossing voor de personeelskrapte te worden gezien. Meerdere (grotere) zorgaanbieders werken ook nú al volop met niveau 2(+) medewerkers, zoals helpenden en helpenden plus⁴. Dat betekent dat er in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid veel minder aan taakverschuiving zal worden gedaan dan in uw notitie wordt aangenomen. De laag complexe zorg wordt namelijk nu al regelmatig door niveau 2(+) verleend. Wijkverpleegkundigen in deze organisaties noemen naast de positieve effecten, zoals presentie, aandacht,

⁴ De opleiding tot helpenden richt zich op welzijn. Helpenden plus zijn helpenden die aanvullende trainingen hebben gevolgd om een aantal verzorgende interventies te mogen uitvoeren, zoals medicatie aanreiken en ogen druppelen.

ogen en oren achter de voordeur, ook de keerzijde van deze verschuiving: versnippering van de zorg met als gevolg extra coördinatietaken, het langer dan nodig in stand houden van zorg, het minder flexibel kunnen inspelen op het vullen van routes en het blussen van brandjes (incidenten en complicaties), want ‘wat je het niet weet, zie je ook niet’. V&VN pleit juist voor meer deskundige professionals en niet voor meer taakversnippering. V&VN adviseert om te investeren in de huidige professionals (opleiden en behouden) en niet overall te verschromen. V&VN adviseert sowieso de inzet van niveau 2(+) goed te monitoren, zodat we een beter beeld krijgen bij wat deze maatregel oplevert;

6. V&VN deelt uw aannahme niet dat ‘meer vraag naar helpenden’ maakt dat er meer mensen zullen kiezen voor het beroep. Uit onderzoek is bekend dat inhoud van het werk en inspraak in de beroepsuitoefening, het dienstrooster, mogelijkheden voor leren en ontwikkelen en, last but not least, salariering belangrijke kritische succesfactoren zijn voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg. Alleen tijdens een economische recessie lijken banen in de zorg aantrekkelijk te zijn;
7. V&VN deelt uw opvatting niet dat wijkverpleging vooral langdurige zorg betreft. In volume lijkt wijkverpleging langdurige zorg te zijn, maar in aantal cliënten juist niet. Vektis cijfers laten namelijk zien dat cliënten gemiddeld 5 maanden wijkverpleging (Zvw) krijgen. Cliënten worden echter wel steeds meer ‘doorgeschoven’ naar Wlz MPT/VPT. Deze cliënten blijven in zorg bij het wijkteam. Dit doorschuiven naar een ander wettelijk kader (c.q. financiering) creëert zo het beeld dat wijkverpleging langdurige zorg betreft;
8. V&VN ziet graag bij het verschuiven naar de eerstelijns of het verschuiven naar (e)hulpmiddelen dat andere partijen daar ook een rol in krijgen én verantwoordelijkheid nemen. Bijvoorbeeld:
 - De apotheker kan als verstrekker van de baxterrol een grotere verantwoordelijkheid en rol bij de medido nemen. Te denken valt aan implementatie, inzet en opvolging hiervan organiseren;
 - De oogarts (c.q. polikliniekverpleegkundige) kan een essentiële rol hebben als het gaat om het introduceren van een oogdruppelbril bij de voorbereiding op de operatie. Dan hoeft er zelfs niet eens wijkverpleging ingezet te worden;
 - Zo lang polikliniek-, afdelings- en transferverpleegkundigen én medisch specialisten uitspraken doen als: ‘de wijkverpleging komt u dagelijks helpen’ of ‘24 uur zorg is echt nodig om thuis te sterven’, is het bijstellen van verwachtingen van cliënten en familie een lastige en tijdsintensieve opgave. Vaak blijkt namelijk tijdens het indicatiegesprek in de eigen omgeving de zorgbehoefte anders te zijn en zijn er andere oplossingen mogelijk, soms zelfs zonder professionele zorg.

V&VN verwacht dat bovenstaande bij zal dragen aan een vermindering van de instroom van nieuwe aanvragen. Het voorkomt een huisbezoek, het opstellen van de indicatie en zorgplan, het inplannen van zorgmomenten én zorg verlenen.

Overige aandachtspunten

V&VN geeft hieronder nog enkele punten mee die ons inziens vragen om een andere omschrijving dan wel verduidelijking in uw notitie.

- **Begrip wijkverpleging**

Uw notitie creëert volgens V&VN enige verwarring doordat het woord wijkverpleging zowel voor zorg uit de Zvw als voor zorg uit de Wlz (MPT/VPT) gebruikt wordt (zie bijvoorbeeld paragraaf 1.4 *Toenemende zorgvraag en aanspraak op wijkverpleging*). Beide zorgvormen zijn echter niet gelijk aan elkaar. Zo omvat MPT/VPT naast verpleging en verzorging óók behandeling én huishoudelijke zorg. Wijkverpleging (Zvw) is enkel en alleen verpleging en verzorging in de eigen omgeving (waarbij sprake is van een risico op of behoefte aan geneeskundige zorg).

V&VN adviseert om bij aanvang van de notitie duidelijk te maken dat het in dit document gaat over *verpleging en verzorging in de eigen omgeving*. Gebruik het begrip wijkzorg of zorg thuis als beide wettelijke kaders worden bedoeld. Echter als het specifiek over Zvw-zorg gaat, adviseert V&VN het woord ‘*wijkverpleging*’ te gebruiken en als het specifiek over Wlz-zorg thuis gaat dan ‘*MPT/VPT*’ te

gebruiken. Overigens is het goed om te beseffen dat het team wijkverpleging de zorg blijft verlenen ongeacht de financieringsvorm (wettelijk kader). Al wordt er bij enkele zorgaanbieders ook geëxperimenteerd met aparte Wlz-teams.

- **‘Volgens’ het Normenkader of ‘voldoen aan’ het Normenkader?**

Op meerdere pagina's (p13 r8, p14 r15, p14 r53, p15 r3, p15 r18, p19 r2) staat geschreven dat de wijkverpleegkundige indiceert volgens het Normenkader. Dit is niet juist. Het Normenkader is geen richtlijn of handreiking. En schrijft niet voor HOE de wijkverpleegkundige moet indiceren. Het beschrijft waar de wijkverpleegkundige aan moet voldoen om te mógen indiceren voor de Zvw, waarbij elke norm even relevant is en geen één norm uitgesloten wordt. V&VN adviseert om naast het 'voldoen aan het Normenkader' ook de handreikingen Normenkader en Verpleegkundig Proces te vermelden. Deze zijn namelijk ondersteunend bij het indicatieproces.

- **HIK (Handreiking Indicatieproces Kindzorg)**

In uw notitie op pagina 16 in § 2.1.2 wordt gesteld dat de invoering van de HIK in 2020 geleid heeft tot een vermindering van zorguren in de Zvw voor kindzorg thuis. Dit is overgenomen uit het rapport van Gupta Strategists. De HIK is echter op 1 december 2020 gepubliceerd. In 2021 zijn de training HIK en de toolbox ontwikkeld. De trainingen zijn in de tweede helft van 2021 van start gegaan. De kinderverpleegkundige beroepsgroep verwacht dat half 2024 alle kinderverpleegkundigen geschoold zullen zijn. Het is daarom niet aannemelijk dat de HIK als verklaring kan dienen voor het verminderen van zorguren sinds 2019.

- **Keurmerk indicatiestelling**

De kinderverpleegkundige beroepsgroep heeft géén keurmerk ontwikkeld, maar heeft afgesproken dat elke kinderverpleegkundige die indiceert voor kindzorg in de Zvw, de training HIK dient te volgen en minimaal driemaal per jaar deelneemt aan intervisie (c.q. intercollegiale toetsing). Het doel is uiteindelijk dat dit een kwaliteitscriterium of aanvullende beroepsnorm wordt (naast het Normenkader) om te mogen indiceren voor de Zvw voor kinderen 0 tot 18 jaar. Zo ver is het nog lang niet, want er zijn wachtlijsten om de HIK-training te volgen. De kinderverpleegkundige beroepsgroep verwacht dat het nog tot en met half 2024 duurt voordat iedere kinderverpleegkundige geschoold is. Pas daarna volgt er besluitvorming of dit een 'beroepsnorm' of 'kwaliteitscriterium' wordt en met ingang van wanneer. NB. V&VN Wijkverpleegkundigen zal nog dit jaar met een statement komen over 'vakbekwaam indiceren voor de Zvw'.

- **Indicatiestelling Wlz (MPT/VPT)**

In uw notitie op pagina 10 in § 1.4.2 wordt terecht benoemd dat de wijkverpleegkundige de indicatie voor Wlz-zorg niet stelt. Het is echter onjuist om te stellen dat de wijkverpleegkundige geen invloed heeft op de zorginhoud en hoe de geïndiceerde zorg het beste wordt geleverd. Het CIZ stelt alleen de legitimatie van de zorg vast door een zorgzwaartepakket toe te kennen. Het CIZ schrijft niet voor wat en hoe die zorg gegeven dient te worden. V&VN steunt overigens het ZINL dat het een gemis is dat de wijkverpleegkundige geen formele rol heeft bij of invloed heeft op de indicatiestelling voor de Wlz. Net als het rapport *'Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies'* van Commissie Bos (2020) vindt V&VN dat de wijkverpleegkundige, die de cliëntsituatie vaak al door en door kent, een belangrijke rol heeft bij de indicatiestelling voor de Wlz (MPT/VPT) én de Wmo. V&VN ondersteunt het voorstel om de indicatiestelling voor zorg in de thuissituatie ongeacht het wettelijk kader door de wijkverpleegkundige te laten indiceren.

V&VN wil graag bijdragen aan een toekomstbestendige wijkverpleging. Pakketmaatregelen lijken ons inziens niet de gewenste oplossing voor de verdeling van schaarste in de wijkverpleging. Wel het positioneren en het ondersteunen van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten om hen te laten doen waar ze voor opgeleid zijn en hen te faciliteren om te werken volgens de professionele standaard om zo passende zorg te bieden aan mensen in de eigen omgeving. Uiteraard is V&VN bereid om haar reactie toe te lichten en in te gaan op vragen en/of onduidelijkheden.