

Verschillen indicatiestelling wijkverpleging:

Gewenst of ongewenst?

In praktijk en beleid is de laatste tijd veel aandacht voor de indicaties die wijkverpleegkundigen stellen en de verschillen hiertussen. Waardoor komen deze verschillen? En zijn dergelijke verschillen gewenst of ongewenst? Onderzoekers van Nivel, Hogeschool Utrecht en Maastricht University gaan dit uitzoeken met subsidie van V&VN.

Tekst:
Kim de Groot,
Anne Brabers
en Judith
de Jong

Sinds 2015 indiceren wijkverpleegkundigen de zorg die cliënten nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven wonen. Hierbij stemmen zij de inzet van zorg af met cliënten, op basis van hun zorgvragen en context. Onderstaande casus laat zien dat er bij twee cliënten, die op het oog dezelfde zorgvraag hebben, verschillende indicaties worden gesteld.

Casus

Wijkverpleegkundige Liesbeth krijgt vanuit het ziekenhuis aanmeldingen voor twee nieuwe cliënten, meneer Pieterse en meneer Van Dijk. Beide cliënten zijn 81 jaar oud en hebben een vergelijkbare heupoperatie gehad na een evenzo vergelijkbare breuk. Liesbeth voert met beide cliënten een intakegesprek en stelt de indicaties. Meneer Pieterse woont samen met zijn echtgenote die hem in de avond kan helpen met omkleden. Liesbeth plant voor meneer Pieterse eenmaal daags zorg in voor het wassen en aankleden in de ochtend en wondcontrole. Meneer Van Dijk is weduwnaar en woont alleen. Liesbeth plant voor hem tweemaal daags zorg in. Voor het wassen, aankleden en wondcontrole in de ochtend en daarnaast ook in de avond voor ondersteuning bij het omkleden voor de nacht.

Is het verschil in de indicatiestelling bij deze casus ongewenst? Nee, dit is gewenst, want er is sprake van maatwerk. Wijkverpleegkundige Liesbeth keek namelijk naar de individuele zorgvragen van beide cliënten en de mogelijkheden van hun mantelzorgers.

Discussie over praktijkvariatie

De geschetste casus is een voorbeeld van hoe een wijkverpleegkundige verschillende indicaties stelt bij cliënten die, op het eerste gezicht, dezelfde zorg nodig hebben. Dit wordt ook wel praktijkvariatie genoemd. Op landelijk niveau zijn er signalen dat dergelijke variatie in indicatiestelling voorkomt. En dat zorgt voor discussies. Beleidsmakers en zorgverzekeraars zien praktijkvariatie namelijk als een signaal van onnodige en ongepaste zorg. Waarom wordt bij meneer Van Dijk meer zorg gedeclareerd dan bij meneer Pieterse, ondanks dezelfde diagnose? Het normenkader *Normen voor indiceren en*

organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van V&VN stelt dat de indicatiestelling is gericht op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem, ofwel de mantelzorgers. Vanuit dit kader is het verschil in indicatiestelling gewenst omdat meneer Pieterse wel hulp bij het omkleden in de avond heeft van een mantelzorger en meneer Van Dijk niet. Praktijkvariatie is dus niet eenduidig 'goed' of 'slecht'.

Uit bovenstaande casuïstiek blijkt dat als de praktijkvariatie verklaard wordt door de zorgvraag van een cliënt, zijn of haar persoonlijke situatie en sociale context, we spreken van gewenste variatie. In andere situaties is de variatie ongewenst. Bijvoorbeeld wanneer verpleegkundigen niet voldoende kijken naar het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten. Om te weten of variatie gewenst of ongewenst is, is het belangrijk om te zien of er daadwerkelijk praktijkvariatie is en wat de oorzaken zijn van deze variatie.

Weinig bekend over oorzaken

Er is op dit moment weinig bekend over de oorzaken van variatie in indicatiestelling door wijkverpleegkundigen. Wel kunnen we leren van andere zorgprofessionals, zoals artsen. Ook bij artsen komt variatie in de ingezette zorg voor. Een voorbeeld is of er bij een hernia direct geopereerd wordt of dat een meer afwachtend beleid met fysiotherapie wordt ingezet. Vanuit wat bekend is over praktijkvariatie bij artsen, verwachten we dat variatie in indicatiestelling meerdere oorzaken

'Praktijkvariatie is niet eenduidig goed of slecht'

kan hebben. Zo kunnen voorkeuren en eerdere ervaringen van de wijkverpleegkundige zelf van invloed zijn op de indicatiestelling. Bijvoorbeeld als een wijkverpleegkundige slechte ervaringen heeft met de inzet van een medicijndispenser, wordt deze bij een volgende cliënt mogelijk minder snel ingezet. Ook het team waarin een



wijkverpleegkundige werkt kan een rol spelen in de indicatiestelling. Wanneer zij aangeven te krappe of te ruime tijd te hebben, is het denkbaar dat een wijkverpleegkundige de indicatiestelling bijstelt. Een andere mogelijke oorzaak is de invloed van de organisatie waarin een wijkverpleegkundige werkt. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat sommige organisaties meer mogelijkheden bieden om zorgtechnologie in te zetten dan anderen. Deze technologie kan bepaalde zorg door het team vervangen en zo effect hebben op de indicatiestelling. Denk hierbij opnieuw aan de medicijndispenser die meerdere zorgmomenten kan vervangen. Tot slot kan, zoals in de casus, het cliëntsysteem een rol spelen. Is er wel of geen mantelzorger aanwezig die bij bepaalde zorgtaken kan ondersteunen? Van de hiervoor genoemde oorzaken is nog niet bekend of deze ook daadwerkelijk zorgen voor variatie in de indicatiestelling. En zo ja, of en wanneer deze variatie dan gewenst of ongewenst is.

Onderzoek gestart

Op 1 januari 2020 is een onderzoek gestart dat als doel heeft inzicht te krijgen in de aard, omvang en oorzaken van ongewenste praktijkvariatie in de wijkverpleging. Ook wil het onderzoek passende maatregelen vaststellen

om ongewenste praktijkvariatie te verminderen en de kwaliteit van de indicatiestelling te verbeteren. Met de kennis uit dit onderzoek kunnen er gezamenlijk stappen worden gezet worden om de kwaliteit van de indicatiestelling verder te verbeteren. Het onderzoek duurt drie jaar en wordt gefinancierd door V&VN. De onderzoeksgroep bestaat uit prof. dr. Judith de Jong en dr. Anne Brabers van het Nivel, prof. dr. Sandra Zwakhalen van Maastricht University en dr. Nienke Bleijenbergh van Hogeschool Utrecht.

Meedoen?

In het onderzoek hebben we ook jouw hulp als praktiserende wijkverpleegkundige nodig. Op meerdere momenten gaan we jullie vragen om mee te denken. Het gaat dan bijvoorbeeld om het invullen van een vragenlijst.

*Lijkt het je leuk om mee te doen of wil je meer informatie over het onderzoek? Stuur ons dan een bericht via a.brabers@nivel.nl. Meer informatie is ook te vinden op de website van V&VN. Tik in het zoekvenster: **Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging** of stuur een bericht naar tafelwijkverpleging@venvn.nl.*

Kim de Groot is onderzoeker bij het Nivel en daarnaast wijkverpleegkundige bij Thebe Wijkverpleging. Anne Brabers en Judith de Jong zijn ook onderzoekers bij het Nivel. De Jong is tevens bijzonder hoogleraar Zorgstelsel & Sturing aan de Universiteit van Maastricht