

Twee scenario's voor de toekomst van de wijkverpleging in Nederland

 nieuwsbriefzorgeninnovatie.nl/twee-scenarios-voor-de-toekomst-van-de-wijkverpleging-in-nederland/

September 21, 2023



Twee scenario's voor de toekomst van de wijkverpleging in Nederland

door Minke Nieuwboer, Benjamin Wendt en Marian Adriaansen, resp. lector, onderzoeker en oud-lector bij het lectoraat wijkverpleging van de Hogeschool Arnhem Nijmegen.

Inleiding

Het zijn gouden tijden voor de wijkverpleging, zo informeert minister Helder op 27 maart 2023 in haar **brief** de Tweede Kamer: *De wijkverpleging vervult een belangrijke spilfunctie in het zorgstelsel (...) Dit doen ze binnen een netwerk van betrokken zorg- en hulpverleners*. Het Integraal Zorgakkoord (IZA), het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen **WOZO** en het Gezond en Actief Leven Akkoord (**GALA**) zouden volop ruimte moeten bieden voor meer preventieve rollen voor de wijkverpleging. Het is dezer dagen onduidelijk hoe deze akkoorden na de val van het kabinet worden ingevuld. Ook bestaat het risico dat uitvoering van dit beleid zal blijven hangen in pilots en experimenten. Structurele voorwaarden creëren om echt werk te maken van de spilfunctie zijn er onvoldoende. Zodoende blijft de rol van de wijkverpleegkundige onduidelijk en onderwerp van gesprek. Hieronder schetsen wij twee scenario's om die spilfunctie in te vullen.

Interprofessionele wijkteams: beter en doelmatiger

Het RVZ advies **De basis op orde** van 3 april 2023 pleit ervoor om kernteams van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers te verbinden aan populaties en buurten. De **reactie** van de VWS ministers hierop laat zien dat zij nog veel beren op de weg zien voor het creëren van dergelijke interprofessionele teams.

Onderzoek wijst uit dat interprofessionele teams in de wijk betere kwaliteit van zorg en doelmatigere zorg voor mensen met dementie en kwetsbare ouderen oplevert. Er zijn wel voorwaarden:

- wijkverpleging krijgt ruimte vanuit haar organisatie om actief de zorg en welzijnspartners te verbinden, zodat een hecht team ontstaat, waarvan de leden elkaars expertise kennen en elkaar vertrouwen.
- de diverse professionals moeten met elkaar overleg kunnen hebben over hun meest complexe patiënten.

Maar ook voor deze interprofessionele oplossing is het risico op mooie experimenten zonder verder vervolg levensgroot aanwezig, omdat het stelsel te veel belemmeringen kent. Om één voorbeeld te noemen: Hoewel de NZA nu nadenkt over betere bekostiging van het Multi Disciplinair Overleg (MDO), is dat nog steeds een struikelpunt, waarom huisartsen en paramedici niet willen deelnemen: *We zijn al overbelast. We doen alleen de dingen waarvoor we betaald worden* aldus deze beroepsgroepen. Jammer, maar geef ze eens ongelijk. Ik sprak al veel gefrustreerde wijkverpleegkundigen die op zoek zijn naar structureel overleg, maar niet over dit struikelblok heenkomen.

Maar ook in de organisatie van de wijkverpleging zelf zitten grote hinderpalen, zoals:

1. Samenwerking. Nog steeds verschijnen er vier thuiszorgorganisaties in een straat. Dit is nadelig voor de samenwerking met huisartsen, die een multidisciplinaire aanpak bij complexe zorgvragen nastreven, waar zorgcoördinatie gewenst is, zo stellen zij in **reactie** op de plannen van minister Kuipers over de acute zorg. We moeten een nieuw evenwicht vinden tussen vrije keuze van patiënten en inefficiëntie van de zorg, gezien de huidige krapte. Er zijn initiatieven om **herkenbare en aanspreekbare (H&A) teams** op te zetten waar organisaties voor wijkverpleging samen één loket opzetten. Dit zijn nog experimenten en worden voorlopig niet structureel bekostigd.
2. Niet-passende zorg. Volgens het **Kader Passende Zorg** moet aannemelijk zijn dat zorg doelmatig bijdraagt aan het leven van mensen. Er is voor wijkverpleging nog een inhaalslag te maken voor gebruik van wetenschappelijk kennis. Een kennisinfrastructuur ontbreekt binnen de organisaties. Academische werkplaatsen kunnen daar een enorme boost aan geven, zo blijkt uit successen van academische werkplaatsen voor huisartsenzorg en ouderenzorg. Echter, de wijkverpleging loopt hierop achter. Academische werkplaatsen wijkverpleging zijn er nog steeds niet, alhoewel de plannen hiervoor al tijdens de vorige kabinetsperiode zijn aangeboden door de **Wetenschappelijk Tafel Wijkverpleging V&VN**.

3. Financiering voor innovaties in de wijkverpleging wordt via de zorginstellingen uitgezet. Dit klinkt mooi, maar we zien dat de ingediende plannen vaak rijp en groen zijn, waarbij grondige evaluaties ontbreken. De kans dat er mooie plannen tussen zitten is er zeker. Maar er is geen enkele prikkel voor opschaling binnen de organisatie of om de resultaten te verspreiden naar andere organisaties.
4. Hoog personeelsverloop in organisaties. Zorgmedewerkers in de wijkverpleging besteden 30% tot 40% van hun tijd aan administratie en VWS-programma's als 'ontregel de zorg' leveren in de praktijk te weinig op. Daarbovenop een toenemend aantal wijkverpleegkundige die als ZZP'er gaan werken.

Het genoemde RVS-rapport en ook het RVS-advies **Met de stroom mee** bevatten toekomstscenario's over hoe het wél kan. De vraag is: wat gaat de politiek ermee doen? Hieronder komen achtereenvolgens een professioneel wensscenario en een scenario ongewijzigd beleid aan de orde.

Wensscenario: wijkverpleging is onderdeel van sterk team huisarts-wijkverpleging- welzijn

Het meeste wenselijk scenario voor de wijkverpleging is dat zij in nauwe samenwerking met de huisarts/ huisartsenpraktijk en welzijnswerkers aan gezondheid werken in de wijk. Dit team huisarts-wijkverpleging-welzijn brengt in kaart waar in de wijk de meest kwetsbare bewoners zijn, zodat zij met deze bewoners en hun sociale netwerk aan betere gezondheid en een sterker vangnet kunnen werken. Dit team werkt er samen met wijkbewoners aan dat zij zelf zoveel mogelijk kunnen opvangen. Wij geven eerst een bestaand anoniem voorbeeld, waaruit blijkt dat dit een haalbaar scenario is, maar binnen het huidige stelsel eerder uitzondering dan regel.

Een goed voorbeeld van hoe het ook kan

Voorbeeld dorp X: In dit dorp is 32% van de bevolking ouder dan 65 jaar. Er is één huisartsenpraktijk, waar de meeste mensen zijn ingeschreven. Er zijn twee organisaties voor wijkverpleging actief. De huisartsen en teams wijkverpleging kennen elkaar goed, al tien jaar. Er is weinig verloop in de teams. Ze hebben alle kwetsbare ouderen in beeld, hebben proactieve zorgplanningsgesprekken gevoerd, zodat de wensen van de ouderen duidelijk zijn. Snel schakelen is mogelijk. Voorbeeld: Hr X. krijgt een longontsteking en heeft aangegeven niet naar het ziekenhuis te willen voor behandeling. Huisarts schakelt wijkverpleging in. Omdat ze elkaar goed kennen, spant iedereen zich tot het uiterste in om de zorg voor deze patiënt thuis te bieden. Het lukt. Maar de samenwerking gaat verder dan directe patiëntenzorg. De huisarts geeft bijscholing over veel voorkomende klachten bij ouderen aan de teams, zodat zij beter signaleren en niet onnodig de huisarts inschakelen. Ze volgen samen trainingen, bijvoorbeeld over gespreksvoering bij proactieve zorgplanning en voeren Evidence based richtlijnen in, bijvoorbeeld over hoe om te gaan met apathie bij mensen met dementie thuis en de verpleegkundige richtlijn over smetten, waardoor onnodige telefoontjes, uitwisseling van foto's of gebruik van

verkeerde zalven wordt voorkomen. Ook werken ze samen met burgers aan een dementievriendelijke buurt en traint de wijkverpleging burgers hoe ze om kunnen gaan met dementie.

Waarom dit goede voorbeeld succes had

Wij onderkennen vijf succesfactoren bij bovenstaande goede voorbeeld:

1. Huisartsen werken wijkgericht en hebben hetzelfde werkgebied en populatie als de wijkverpleging en sociaal werk.
2. In dit werkgebied werkt een beperkt aantal teams wijkverpleging, met weinig verloop, uit twee verschillende organisaties voor wijkverpleging.
3. Er is een langdurende samenwerking, met gedeelde visie op (positieve) gezondheid en zorg. De kloof tussen zorg en welzijnspartijen is gedicht.
4. Wijkverpleging toegangspoort care/ huisarts toegangspoort cure; er is vertrouwen en respect voor elkaars werkwijze en expertise.
5. De academisering is ingebed: de wil om te blijven verbeteren, waarbij zowel huisarts als wijkverpleging regie nemen.

Deze voorwaarden zijn niet vanzelfsprekend en het is eerder toevallig dat het hier zo mooi samenkomt. Is het nieuw? Het is eerder oude wijn in nieuwe zakken, zoals **Schers** in een vorige editie van deze nieuwsbrief opperde. Sluit het aan bij beleid? In de basis op orde wordt gepleit voor dit scenario. Is het een haalbaar scenario of werpt het huidige stelsel te veel belemmeringen op? Met de RVS concludeer ik dat er beleid nodig is dat dit ondersteunt. Anders krijg Nederland...

...Het scenario bij ongewijzigd beleid: Dweilen met de kraan open

Ongewijzigd beleid zal zorgen voor meer van hetzelfde: versnippering in de zorg, preventie en vroeg signalering door wijkverpleging komen niet tot stand. *We komen te laat* zal nog vaker gaan klinken. Gewenste ondersteuning van mantelzorg en verschuiving naar welzijn blijven mooie dromen. Oftewel de Basis is niet op orde.

Biedt het nieuwe bekostigingssysteem (**het DKDL-model**) gebaseerd op cliëntprofielen dan nog soelaas om meer aan preventie te kunnen doen? In eerste instantie klinkt het uitgaan van draaglast en draagkracht van de cliënt en zijn systeem, waarop de cliëntprofielen gebaseerd worden, als een mooi verpleegkundig uitgangspunt en zal inzicht geven in de opbouw van de cliëntenpopulatie. Echter, als het doel van het systeem is om de voorspelbaarheid van de zorginzet te vergroten, zodat de zorgverzekeraar efficiënter zorg kan inkopen, is het de vraag of we verder komen. Op basis van de cliëntprofielen in dat DKDL-model kan 21% van de zorgzwaarte worden voorspeld. Toevoeging van het draagkracht-draaglast model **verhoogt** dit percentage tot op heden niet. Of is de weg vooruit te zoeken naar een systeem waarbij we zelfredzaamheid en preventie extra belonen en inzichtelijk maken welke dure tweedelijnszorg de wijkverpleging voorkomt: van money burners naar money earners.

Een abonnementstarief voor wijkverpleging op basis van bijvoorbeeld het aantal ouderen in een wijk is misschien nog de beste optie omdat dat aansluit bij de tarifiering van de huisartsen.

Kortom

Het huidige systeem waarbij de marktwerking nog de boventoon voert moet op de schop, anders zal het streven naar een overzichtelijk veld van organisaties voor wijkverpleging een utopie zijn, en bieden de genoemde H&A teams te weinig om tot betere samenwerking te komen in een wijk. Maar ook aan de huisartsenkant is het nodig om prikkels in te voeren, waarbij huisartsen meer wijkgericht gaan werken. Een mooi voorbeeld: Buurtzorg gaat nu actief inzetten op samenwerking met huisartsen en ziet daar ook kansen op verhoging van de efficiëntie. Bij ongewijzigd beleid blijft de afstand tussen wijkverpleging en huisartsenzorg groot en blijven interprofessionele voorbeelden pareltjes in de modderpoel. Met andere woorden: de regering, parlement en haar bestuursorganen moeten aan de bak als zij willen dat die mooie recente RVS-rapporten realiteitswaarde gaan krijgen.

Over Minke Nieuwboer

Minke Nieuwboer is Lector Wijkverpleging bij de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Zij promoveerde bij het Radboudumc op de rol van de (wijk)verpleegkundige in interprofessionele netwerken voor kwetsbare ouderen. Het lectoraat heeft als speerpunten preventie, professionalisering en betere afstemming onderwijs en praktijk. Ze is tevens werkzaam bij het Radboudumc als sr. onderzoeker bij het Radboud Alzheimercentrum en coördinator van Netwerk 100. Minke is bereikbaar via minke.nieuwboer@han.nl. Klik [hier](#) voor meer informatie over het lectoraat wijkverpleging.

Over Benjamin Wendt

Benjamin Wendt (1987) is wijkverpleegkundige en werkt momenteel als promovendus op het ZonMw-project “RENEW: meeR gEpast gebruik met beter lateN in dE WIJK”: een samenwerking tussen IQ-Healthcare en de Hogeschool Arnhem en Nijmegen die zich richt op het terugdringen van ‘niet-gepaste zorg’ in de wijkverpleging. Als voorzitter van het platform CDA Verpleegkundigen en Verzorgenden maakt hij zich hard voor politieke aandacht voor deze beroepsgroepen. Benjamin is bereikbaar via benjamin.wendt@han.nl

Over Marian Adriaansen

Marian Adriaansen was tot juli 2023 Lector Innovatie in de Care bij de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Zij was tevens 10 jaar lang hoofdredacteur van TVZ. Ze is betrokken bij de organisatie van de Zorgalliantie en is bestuurslid van de Zorg coöperatie Reek.

Zoektermen voor het internet:

Minke Nieuwboer, Benjamin Wendt, Marian Adriaansen, wijkverpleging,
bekostigingssysteem, interprofessionele wijkteams, wijkverpleging, samenwerking zorg,
huisarts, toekomstscenario's, passende zorg, marktwerking