

Blogboek 2015-2017

Wijkverpleegkunde op weg

***Henk Rosendal
José van Dorst***



STICHTING BEVORDERING WIJKVERPLEEGKUNDE



Kenniscentrum
Zorginnovatie

Blogboek

Wijkverpleegkunde op weg

Henk Rosendal
José van Dorst



**Kenniscentrum
Zorginnovatie**

Colofon

©SBW/ Hogeschool Rotterdam december 2017

Website : www.opleidingwijkverpleegkundige.nl
www.hogeschoolrotterdam.nl

Contact: info@opleidingwijkverpleegkundige.nl
KenniscentrumZorginnovatie@hr.nl

Vormgeving: Anita Nouws

Fotografie: Henk Rosendal (kleur)
Firmin Polderman (zwart/wit)

Voorwoord

De afgelopen paar jaar hebben wij regelmatig een blog mogen plaatsen op Nursing.nl. Deze blogs gingen altijd over de ontwikkelingen die wij zien in de wijkverpleging. Als we hierop terugkijken zien we een aantal terugkerende thema's, zoals het belang van professionalisering van wijkverpleegkundigen, van het goed onderbouwen van je vak, en van het goed samenwerken met zowel cliënten als collega's en externe partners.

Natuurlijk, er moet nog veel gebeuren voordat de wijkverpleegkundige een echt autonome professional is. Maar laten we vooral niet voorbijgaan aan het feit dat er op deze weg al veel stappen zijn gezet!

Om deze uitdagingen én blijdschap te delen hebben we onze blogs van de afgelopen twee jaar – met toestemming van Nursing – bijeengebracht in een klein boekje. We wensen u veel leesplezier, en hopen dat dit ook bij u een groot enthousiasme teweegbrengt over het geweldige beroep van wijkverpleegkundige. Op naar een heel mooie toekomst!

Henk Rosendal
José van Dorst

Inhoudsopgave

Onderbouwd kiezen 26 maart 2015	Pagina 6
Wie betaalt die bepaalt? 17 oktober 2015	Pagina 9
Hoe kies je een classificatie? 15 november 2015	Pagina 12
Laat mbo'er niet indiceren 25 januari 2016	Pagina 14
Gupta vliegt uit de bocht 22 februari 2016	Pagina 16
Zorgverzekeraar passeert wijkverpleegkundige 25 februari 2016	Pagina 18
Gebruik PES-structuur in de wijk 25 april 2016	Pagina 21
Kunnen we het glas heffen? 10 juni 2016	Pagina 24
Wijkverpleegkundige moet aan de bak 28 juli 2016	Pagina 27
Natuurlijk kan ik samenwerken! 27 september 2016	Pagina 29
Zorgprofielen, moeten we daar iets	Pagina 32

mee?

24 november 2016

Verward in de Wijk

16 december 2016

Pagina 35

De wijk betaalbaar maken

3 januari 2016

Pagina 37

Van voor naar achteren!

1 maart 2017

Pagina 40

Tijd voor het team!

25 april 2017

Pagina 42

Verzoek aan het kabinet

15 augustus 2017

Pagina 45

Waarom heeft een cliënt zorg nodig?

16 augustus 2017

Pagina 47

Kikkers in een pan

24 oktober 2017

Pagina 49

Gluren bij de burens

28 november 2017

Pagina 51

De bloggers

Pagina 54

Onderbouwd kiezen

26 maart 2015

Indiceren kan alleen op basis van een geobjectieerde, onderbouwde verpleegkundige diagnose. Er op vertrouwen dat we het juiste doen is niet voldoende. Henk Rosendal en José van Dorst van Hogeschool Rotterdam en respectievelijk de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde, pleiten voor classificeren met Nanda.

De aanspraak Wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet brengt met zich mee dat wijkverpleegkundigen zelfstandig indiceren en verantwoordelijkheid nemen voor de te behalen resultaten. Indiceren is bepalen wat gegeven de situatie van de cliënt nodig is. En dat kan alleen op basis van een geobjectieerde, onderbouwde verpleegkundige diagnose. Dan is voor iedereen duidelijk waarom we wat doen, of dat terecht is, en wat de te behalen resultaten zijn.



Argumenten als 'vertrouw er nu maar op dat we het juiste doen' zijn volstrekt onvoldoende.

Zeker omdat aangetoond is dat:

- 1) het gebruik van een PES-structuur bij diagnosticeren bijdraagt aan meer accurate verpleegkundige documentatie, en;
- 2) accurate verpleegkundige documentatie tot minder fouten in de zorg leidt.

Van groot belang is dat dit gehele verpleegproces goed wordt ondersteund met een robuust classificatiesysteem en ICT-infrastructuur. Naast de noodzakelijke PES-structuur moet een dergelijk systeem intra- en extramurale zorg kunnen verbinden, dat wil zeggen dezelfde taal spreken. Dit vanwege het belang van ketenzorg, en het gegeven dat de intramurale verblijfsduur nog steeds afneemt. Ook moet het wetenschappelijk goed zijn onderbouwd, en doorlopend worden aangepast aan de laatste stand van wetenschap.

Op basis van een dergelijk programma van eisen, is er volgens ons één verpleegkundig classificatiesysteem dat aan al deze eisen voldoet: Nanda-International. Al dan niet gekoppeld aan verpleegkundige zorgresultaten (NOC) en verpleegkundige interventies (NIC). Het geheel is wetenschappelijk onderbouwd met meer dan 1.000 peer-reviewde publicaties en wordt iedere paar jaar verder aangepast en onderbouwd. Het verbindt intra- en extramurale zorg met elkaar en bovendien hoeft de benodigde database niet meer te worden gebouwd of ontwikkeld. Tenslotte maakt het leren werken met Nanda steeds meer onderdeel uit van de hbo-v curricula in Nederland.

De vraag is nu waarom dan niet alle thuiszorgaanbieders ervoor kiezen om op deze manier hun wijkverpleegkundige zorg te ondersteunen. Het argument dat indiceren met Nanda niet de voorkeur verdient omdat het zeer tijdrovend is, is niet terecht. Natuurlijk kost diagnosticeren in complexe situaties tijd. Maar dan weet je ook zeker dat je de juiste dingen oppakt. Bovendien

verdient deze tijd zich ogenblikkelijk terug: er wordt immers alleen nog maar terechte zorg ingezet.



Wie betaalt die bepaalt?

17 oktober 2015

Wat doe je als een cliënt geen indicatie krijgt, maar je werkgever wel wil dat jij zorg levert? De wijkverpleegkundige in een lastige spagaat: want als er binnen deze organisatie een ernstig productieprobleem ontstaat, zal dat gevolgen hebben voor je team.

De Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde (SBW) heeft het afgelopen jaar ongeveer 2000 verpleegkundigen opgeleid in het vakbekwaam indiceren. Niet alleen omdat vanaf 1 januari 2015 van wijkverpleegkundigen verwacht wordt dat zij de zorgbehoefte vaststellen voor de aanspraak Wijkverpleging, maar vooral omdat (wijk)verpleegkundigen de afgelopen jaren gestuurd zijn vanuit een productieproces.

Vijftien jaar lang alleen maar focus op interventies laat je niet gemakkelijk los; de wijkverpleegkundige niet, maar ook de managers niet. Bij alle partijen in de zorgsector zien we nog 'oud' gedrag wat vooral productiegedreven is. Dat leidt tot ernstige situaties zoals we de afgelopen week opnieuw ondervonden.

Geen indicatie

Bij het Platform Wijkverpleegkundigen (hiervan zijn er de afgelopen jaren enkelen verspreid in Nederland opgericht) in onze regio kwam een melding binnen van een wijkverpleegkundige. Zij had geweigerd om indicatie af te geven voor een paar dagen zorg aan een cliënt die zonder enige twijfel door de mantelzorger uitgevoerd kon worden. Maar vanuit het management van de organisatie kreeg zij een dwingende opdracht dat de productie binnen haar team terugliep en dat ze een indicatie voor zorg moest afgeven.

Niet meegaan met werkgever

Wat moet deze wijkverpleegkundige doen? Ons advies is: niet meegaan met het verzoek van je werkgever! Jij bent als autonome professional verantwoordelijk voor de indicatie en als er geen diagnose is, volgt er dus ook geen indicatie. Maar het brengt de wijkverpleegkundige in een lastige spagaat. Want als er binnen deze organisatie een ernstig productieprobleem ontstaat, zal dat op termijn ook de wijkverpleegkundige raken omdat het bestaansrecht van haar team wordt bedreigd door een afnemende zorgvraag.



Baan in gevaar?

Maar dat is toch de bedoeling: onnodige zorg stoppen? Ja, dat is het zeker. Maar als dat betekent dat jouw baan of die van je baas en organisatie bedreigd wordt, dan krijgt die stelling ineens een andere dimensie. Daarom is het jammer dat er niet breder wordt gekeken. In dit voorbeeld bij de buurorganisatie in de regio waar ‘teveel wordt geproduceerd’ (om maar even in oude termen te schrijven). De medewerkers kunnen de productie in deze thuiszorgorganisatie amper aan en de organisaties dreigen die uren ook niet betaald te krijgen.

Meer samenwerken

Waarom gaan we niet samenwerken? Hoe lang blijft samenwerken nog uit en hoelang mag dit 'oude AWBZ-gedrag' nog ten koste gaan van cliënten en zorgverleners? De vraag stijgt, de beroepsbevolking krimpt, gaan we nu echt cliëntenstops en wachtlijsten instellen zonder breder te kijken? En te komen tot een oplossing?

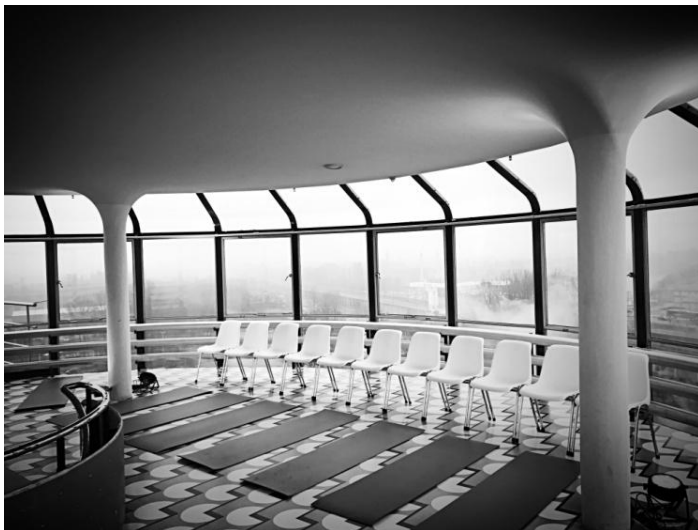


Hoe kies je een classificatie?

15 november 2015

Staatssecretaris Van Rijn stelt dat in 2017 alle wijkverpleegkundigen moeten werken met een classificatiesysteem. Een goede zaak vinden Henk Rosendal en José van Dorst van Hogeschool Rotterdam en respectievelijk de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde. Maar hoe kies je een classificatie?

Als het aan staatssecretaris Van Rijn ligt, werken alle wijkverpleegkundigen in 2017 met een classificatiesysteem. Dat is goed omdat daarmee het wijkverpleegkundige handelen meer transparant en (hopelijk) ook beter onderbouwd wordt. Nu zijn er verschillende classificatiesystemen in omloop, die zoals beroepsvereniging V&VN terecht opmerkt, verschillen qua ordening en conceptueel kader.



Checklist voor je keuze

Maar welke moeten we dan kiezen? Zowel wijkverpleegkundigen als zorgorganisaties bereiden zich op dit moment voor op deze keuze. Om jullie daarbij te helpen, formuleren wij hieronder een achttal criteria in de vorm van een checklist, waar volgens ons een goed en bruikbaar classificatiesysteem aan moet voldoen. Beantwoord de vragen met ja of nee. Hoe meer 'ja' er wordt ingevuld, hoe beter het systeem.

1. Is het systeem primair bedoeld om het wijkverpleegkundig handelen te ondersteunen?
2. Is het systeem de keuze van de wijkverpleegkundige zélf (omdat zij haar handelen moet kunnen onderbouwen)?
3. Ondersteunt het systeem het gehele verpleegkundig proces: van anamnese en diagnose tot doelen en uitkomsten?
4. Is het systeem gebouwd rondom een PES-structuur?
5. Is dit het systeem met de beste wetenschappelijke onderbouwing? (Een maat hiervoor is het aantal artikelen in peer-reviewed tijdschriften)
6. Is het systeem zowel extra- als intramuraal te gebruiken?
7. Maakt het systeem onderdeel uit van de internationale verpleegkundige gemeenschap, zodat uitwisseling en onderzoek mogelijk wordt?
8. Wordt het systeem (vanwege maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen) regelmatig geupdate?

PES-structuur

Een belangrijk criterium is punt 4: de PES-structuur. De reden is simpel: bij het diagnosticeren en indiceren is het cruciaal dat de wijkverpleegkundige zicht heeft op de veroorzakende factor(en), oftewel de E (Etiologie) in de PES. Die E bepaalt in hoeverre er resultaten kunnen worden behaald, en ligt daarom ten grondslag aan de keuze van interventies. Daarnaast zit in de E nogal eens de relatie met het sociaal domein. We hopen hiermee de keuze voor een bruikbaar classificatiesysteem wat makkelijker te maken.

Laat mbo'er niet indiceren

25 januari 2016

Sommige thuiszorgaanbieders vinden dat een mbo-verpleegkundige in de wijk moet blijven indiceren. Henk Rosendal en José van Dorst van Hogeschool Rotterdam en respectievelijk de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde, zijn het hier absoluut niet mee eens.



Bepalen welke verpleegkundige zorg nodig is (indiceren) vereist een hbo werk- en denkniveau. Naast kennis van alle verpleegkundige diagnosen moet je weten hoe deze samenhangen, welke ervan beïnvloedbaar zijn, welke resultaten kunnen worden behaald en hoe je de zorg vervolgens organiseert. Tot voor kort was iedereen het er over eens dat dit minimaal hbo-niveau vereist. Maar uit een recente peiling onder thuiszorgaanbieders aangesloten bij Actiz blijkt dat 47 procent vindt dat indiceren en toewijzen ook door mbo-verpleegkundigen kan worden gedaan.

Niet goed voor de cliënt

Dat de discussie nu ontstaat is op zich wel logisch: er zijn te weinig hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen. Gedurende het overgangsjaar 2015 was het onder voorwaarden mogelijk dat ook mbo-verpleegkundigen indiceerden. Een voorwaarde was dat zij

zich dan zouden aanmelden voor een bachelor-opleiding. Maar de huidige discussie heeft helaas niets met kwaliteit en professionalisering van wijkverpleegkundigen te maken. Sterker nog: het is niet goed voor de cliënt en haalt het vak (weer) totaal onderuit. Verzet tegen deze ondermijning is dan ook op zijn plaats.

Leid voldoende bachelors op!

Natuurlijk, er is sprake van grote capaciteitsproblemen bij thuiszorgaanbieders. Dat is ook terug te lezen in het rapport Vraag en Aanbod van Wijkverpleegkundigen 2015-2019. Daarom moeten we nu alle zeilen bijzetten om voldoende bacheloropgeleide wijkverpleegkundigen op te leiden en zorgen dat de mbo-verpleegkundigen die in 2015 al indiceren nu snel op de hbo-v instromen. Dat betekent uitgaan van kwaliteiten en NIET morrelen aan het – ook in het Normenkader V&VN – vastgestelde minimale kwaliteitsniveau.

Wijkverpleegkundig vak is uitgehold

Het is niet zomaar dat het bachelorniveau minimaal noodzakelijk is om te indiceren. De rol van poortwachter wonen, zorg en welzijn vereist een brede blik, en een stevig analytisch en organisatorisch vermogen. De afgelopen 20 jaar is het wijkverpleegkundig vak behoorlijk uitgehold, en werd er minder een beroep gedaan op deze competenties. Maar de wereld is veranderd, en willen we de juiste dingen doen voor de cliënt én de wijk, dan kan dat alleen maar als het niveau niet alleen geborgd, maar ook verder doorontwikkeld wordt. Het nieuwe curriculum van het hbo-v (Bachelor 2020) is hierbij een stap in de goede richting.

De beroepsgroep moet nu stevig blijven staan, en de kwaliteitslat (minimaal) laten liggen waar die nu ligt. En zich vooral niet laten overtuigen door drogredenen vanuit de werkgevers om het vak weer plat te laten slaan. Een autonome professional heeft nu eenmaal niveau nodig.

Gupta vliegt uit de bocht

22 februari 2016

Onlangs heeft onderzoeksbureau Gupta Strategists haar advies over de bekostiging van wijkverpleging aan staatssecretaris Van Rijn aangeboden. Wat Henk en José betreft vliegt het onderzoeksbureau met haar conclusies flink uit de bocht.

Onlangs heeft onderzoeksbureau Gupta Strategists haar advies over de bekostiging van wijkverpleging aan staatssecretaris Van Rijn aangeboden. De vraag die centraal stond was of het mogelijk is om op basis van patiëntkenmerken de zorgconsumptie te voorspellen. Het onderzoeksbureau concludeert dat dit (nog) niet mogelijk is en stelt daarom een alternatief voor: bekostiging van (drie soorten) weekpakketten aangevuld met de volgende prestaties: niet-toewijsbare zorg, beloning op maat en ketenzorg dementie.



Onderzoeksbureau Gupta vliegt daarmee wat ons betreft flink uit de bocht. Zo baseert zij haar conclusies alleen op registraties

uit het Omaha-systeem, en stelt de daarin geregistreerde patiëntkenmerken slechts 23 procent van de variatie in zorgconsumptie verklaren. Als mogelijke oorzaak noemt Gupta dat registratie binnen Omaha niet volledig objectief is, hetgeen door onderzoek wordt bevestigd. Wat volgens ons daarnaast een belangrijkere reden is van deze beperkte voorspelbaarheid is het ontbreken van een onderbouwde PES-structuur.

Immers, daarmee worden de veroorzakende factoren geïnventariseerd, en wordt er op basis van de beïnvloedbaarheid daarvan zorg geïndiceerd. Met die structuur, waar de Nanda-I Nic Noc applicatie op is gebaseerd, is het waarschijnlijk mogelijk veel beter te voorspellen. In plaats van te concluderen dat voorspellen van zorgconsumptie niet mogelijk is, en te komen met een tijdelijk, halfslachtige oplossing, had Gupta beter kunnen adviseren nu eerst te kijken naar de mogelijkheden die NNN biedt. Data komen immers begin 2016 beschikbaar. Mocht dan blijken dat voorspellen van zorgconsumptie wél mogelijk is, dan heeft dat grote gevolgen voor de wijze waarop bekostiging van wijkverpleging het best kan plaatsvinden.

Ons advies aan Van Rijn is dan ook om de aanbevelingen van Gupta niet over te nemen, en eerst verder te kijken dan het Omaha-systeem, alvorens in alle haast over te gaan op een tijdelijke bekostigingswijze die op geen enkele manier voldoet aan vooraf gestelde randvoorwaarden zoals: geen verrichtingenprikkel, en sturing op resultaten. Dát zou getuigen van visie en zorgvuldig beleid.

Zorgverzekeraar passeert wijkverpleegkundige

25 februari 2016

Zoals bekend wordt verpleging en verzorging thuis sinds 2015 vastgesteld door de wijkverpleegkundige. Jammer genoeg wordt zij door zorgverzekeraars nog niet voldoende serieus genomen als cruciale partij, schrijven Henk Rosendal en José van Dorst.



Alle professionals in de Zorgverzekeringswet indiceren. Artikel 2.1 lid 3 in die wet zegt dat verpleging zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die gepaard gaat met verblijf, die noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg of het risico daarop. Indicatiestelling is daarmee onlosmakelijk onderdeel van het verpleegkundig handelen en onderdeel van verpleging. Duidelijk.

Indicatie stellen

Noodzakelijke verpleging en verzorging in de eigen omgeving wordt vanaf 2015 vastgesteld door wijkverpleegkundigen voor de aanspraak Wijkverpleging. Om dat onderbouwd te kunnen doen zijn velen bijgeschoold op het stellen van indicaties. SBW heeft meer dan 2000 wijkverpleegkundigen geschoold in onderbouwd indiceren op basis van evidence based diagnostiek. In die scholingen bleek al dat je na 20 jaar productiewerkzaamheden niet zomaar tot een goed onderbouwd professioneel besluit komt. Daar is veel meer voor nodig, dat is bekend. Huisartsen hebben er ook decennia over gedaan om tot autonomie te ontwikkelen. De wijkverpleegkundigen moeten die ruimte ook claimen en zorgverzekeraars moeten inkopen op basis van kwaliteit die in deze bepaald wordt door bevoegd en bekwaam handelen. De enige die bepaalt wat nodig is, is de wijkverpleegkundige.

Wijkverpleegkundige wordt overruled door zorgverzekeraar.

De beroepsgroep wordt echter nog onvoldoende serieus genomen als cruciale partij. Dat blijkt nu SBW op twee weken tijd drie meldingen kreeg over zorgverzekeraars die indicatiestelling door de wijkverpleegkundigen niet serieus nemen. Sterker nog: ze worden gewoon overruled. Verzekeraars begeven zich daarmee op een terrein wat niet van hen is. Wij snappen dat er bezorgdheid is over de kwaliteit van de indicaties. Wij vinden ook dat het nog vele malen beter kan, maar wij vinden ook dat de beroepsgroep zelf – en niemand anders – de toetsing moet doen op die indicaties. Ook moet er dit jaar nog een richtlijn komen omdat het Normenkader hiervoor tekort schiet. De wijkverpleegkundigen vragen hier letterlijk om binnen V&VN. Het Normenkader was een eerste stap en dient verder uitgewerkt te worden tot een richtlijn Indicatiestelling Wijkverpleging.

Voor nu is het vooral van belang om een duidelijk signaal af te geven aan die verzekeraars die menen indicaties van tafel te kunnen vegen. Er is maar één partij die daarover gaat: de beroepsgroep zelf.



Gebruik PES-structuur in de wijk

25 april 2016

Henk en José roepen wijkverpleegkundigen op om de noodzaak van wijkgerichte zorg zichtbaar te maken aan de hand van de PES-structuur.

Het zijn weer spannende tijden voor wijkverpleegkundig Nederland. Want deze weken wordt duidelijk hoe de wijkverpleging de komende jaren bekostigd gaat worden.

Veel zorgprofessionals willen zich daar niet te veel mee bezig houden: het gaat toch om de inhoud van het vak? Maar vergis je niet! Geld stuurt. En dus ook de inhoud van de zorg, of we dat nu leuk vinden of niet.

De nieuwe bekostiging raakt mogelijk de wijkgerichte preventie, voorheen bekend als Zichtbare Schakel, later als S1. Het gaat om de zorg die niet op de cliënt gericht is (S2), maar op de wijk(preventie). Staatssecretaris Van Rijn stelde een jaar geleden dat hij de (door de bekostiging!) ontstane scheiding tussen S1 en S2 niet wenselijk vond.

Daar heeft hij natuurlijk een punt: wijkverpleegkunde moet in samenhang worden uitgevoerd. Kennis van wat er achter de voordeur gebeurt is nodig om de juiste wijkgerichte preventie mogelijk te maken.

Maar wat gaat er gebeuren als er geen aparte bekostiging meer is voor deze overstijgende activiteiten? Die overigens, als het goed is, ook leidt tot minder zorgconsumptie in S2, maar dat terzijde... Als S1 en S2 worden samengevoegd, kan de wijkgerichte, preventieve zorg zomaar verdwijnen.

Dat is dan voor een deel te wijten aan de wijkverpleegkundigen zelf. Omdat zij verzuimd hebben om aan te tonen wat precies de inhoud en (vooral!) opbrengst is van deze wijkgerichte activiteiten. Want dat is het probleem: als het (positieve) effect

van wijkzorg niet wordt aangetoond, dan heeft het ook geen zin om er geld voor vrij te maken.

Wat het nog erger maakt is dat wijkverpleegkundigen wél beschikken over een werkwijze die inzicht geeft. Een werkwijze die als het goed is bij iedere verpleegkundige in de genen zit: de PES-structuur.



Werken met de PES betekent dat er alleen handelend wordt opgetreden als er een kloppende definitie (P, van probleem) is, objectiveerbaar door kenmerken, of signalen (S), en veroorzaakt door een herkenbare factor (E, van etiologie). De mate waarin de E is te beïnvloeden bepaalt vervolgens de benodigde interventies. Dit betekent dat je als verpleegkundige altijd op zoek gaat naar de achterliggende oorzaak. Bijvoorbeeld: wordt een zelfstandigheidstekort in wassen veroorzaakt door pijn, angst, door een mobiliteitstekort, of door een andere factor? En wordt verwardheid veroorzaakt door een vorm van dementie, een blaasontsteking, door verkeerd medicijngebruik, of door wat anders? Die achterliggende oorzaak, en de mate

waarin deze kan worden beïnvloed, bepalen zowel de mogelijke resultaten, als de in te zetten interventies.

Nu is het mooie dat deze PES-structuur zowel op individueel als op wijkniveau werkt. Maar we lijken te vergeten om ook bij wijkgerichte preventie op die manier onderbouwd én resultaatgericht te werken. Willen we doorgaan met deze belangrijke activiteiten, dan zullen we nu snel moeten aantonen wat we zoal doen en wat dat oplevert. We hebben daarvoor een (PES)structuur, dus waar wachten we nog op?



Kunnen we het glas heffen?

10 juni 2016

Na lang wachten en veel, heel veel overleg, verscheen deze week de brief van Van Rijn over de toekomstige bekostiging van de wijkverpleging. Wat vinden Henk en José van Hogeschool Rotterdam en respectievelijk de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde (SBW) van de brief?

Na lang wachten en veel, heel veel overleg, verscheen deze week de brief van Van Rijn over de toekomstige bekostiging van de wijkverpleging. De reacties uit het veld zijn overwegend positief, en dat is terecht. Immers: alle maatregelen die erop gericht zijn om de (administratieve) rompslomp te reduceren, en ruimte te geven aan de professional zijn welkom!



Is het glas halfvol?

De vraag is echter of dit een halfvol, of een half leeg glas is. De brief begint met het stellen dat er één geïntegreerd tarief komt. Maar verderop staat dat er los daarvan een aparte prestatie ketenzorg dementie komt, een aparte beloningsafspraken voor wijkgerichte preventie en een aparte prestatie voor onplanbare zorg. En verder wordt beoogd de administratieve last hiermee te beperken, maar het lijkt erop dat het vooral de administratieve last van werkgevers betreft, en niet zozeer van de wijkverpleegkundigen.

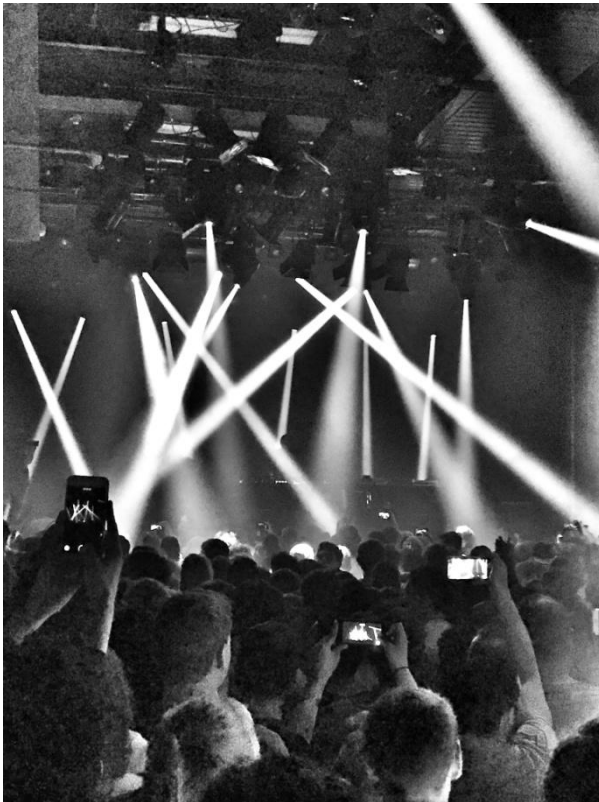
Toch is het glas eerder half vol dan half leeg, aangezien er een lans wordt gebroken voor de inhoudelijke onderbouwing van het professionele handelen. De komende periode worden er klantprofielen ontwikkeld die voorspellend zijn voor interventies en uitkomsten. En het mooie is dat er daarvoor al een pakkend, én onderbouwd, model is. In de Nursing Outcome Classification (NOC) staan namelijk zeven criteria benoemd waarmee beoordeeld kan worden welk resultaat haalbaar is voor een cliënt.

- 1) soort gezondheidsprobleem: denk daarbij aan een puur verpleegkundig, interdisciplinair, een door te verwijzen of multidisciplinair probleem.
- 2) de verpleegkundige en medische diagnoses: de status van de cliënt en de aandoening(en).
- 3) de kenmerken van de cliënt: leeftijd, SES, geslacht etc.
- 4) de beschikbare bronnen: financiën, wel of geen netwerk/familie, woning etc.
- 5) de voorkeuren van de cliënt: waarden en normen, persoonlijke opvattingen, levensstijl.
- 6) de vermogens van de cliënt: wat wil en kan een cliënt. En tot slot:
- 7) de behandelpotentie: het maximaal haalbare zorgresultaat.

Met deze criteria kan zowel de zorgzwaarte als de mate van zelfredzaamheid bepaald worden en daarmee het profiel van een cliënt. Daarbij is direct inzichtelijk wat het te behalen resultaat is en is zorg redelijk voorspelbaar geworden.

De profielbepaling komt voort uit de dialoog met de cliënt in het diagnostisch onderdeel van het zorgproces. Hiermee is het niet de aandoening die alleen de in te zetten zorg bepaalt, maar vooral de mate van zelfmanagement en de omgeving.

Dit betekent dat niets ons in de weg staat om nu snel grote stappen voorwaarts te zetten, en dan is er echt alle reden om met elkaar het volle glas te heffen!



Wijkverpleegkundige moet aan de bak

28 juli 1016

Volgens de Zorgverzekeringswet moet de wijkverpleegkundige een autonome professional zijn, maar dat is ze nog niet. Henk en José geven aan wat er nog meer moet gebeuren.

Het weer zelfstandig indiceren door wijkverpleegkundigen was een stap in de goede richting, maar op zich onvoldoende. Daarvoor is het nodig dat niet alleen de wijkverpleegkundige zelf zich nog fors moeten inspannen, maar ook andere betrokkenen zoals werkgevers en verzekeraars.



Allereerst de wijkverpleegkundige: er is nog teveel variatie in de wijze waarop geïndiceerd wordt. Veel wijkverpleegkundigen zijn inmiddels goed in staat om hun indicaties te baseren op onderbouwde en objectief vastgestelde verpleegkundige diagnoses. En in hun zorgplan richten ze zich daarbij op zaken die de gezondheid van cliënten positief beïnvloeden. Met andere woorden: ze werken met de PES-structuur zoals dat onderwezen wordt op de meeste hbo-v's. Andere

verpleegkundigen 'doen maar wat', en baseren hun handelen nog steeds op een globaal gevoel van dat er 'iets' aan de hand is en dat zij 'iets' moeten gaan doen. Dit laatste leidt dan vaak tot de inzet van onnodige zorg. Door bijvoorbeeld zorg over te nemen in plaats van op zoek te gaan naar de veroorzakende factoren (de E van de PES), en die proberen te beïnvloeden. Zoiets moet expliciet worden vastgesteld en vastgelegd in het zorgdossier. Dit kan alleen maar goed gaan als de wijkverpleegkundige zich toetsbaar opstelt en dat ook organiseert door middel van regelmatige intercollegiale toetsingen. Dat is nodig om elkaar scherp te houden, maar gebeurt nog veel te weinig.

Clënten, collega's, werkgevers en verzekeraars moeten erop kunnen vertrouwen dat wijkverpleegkundigen beschikken over alle benodigde competenties die dit mooie vak vereisen. Het is daarom de morele en maatschappelijke plicht van iedere wijkverpleegkundige zich het Expertisegebied Wijkverpleegkundige uit 2012 eigen te maken. Er zijn nog teveel wijkverpleegkundigen die zich hier nog niet in hebben verdiept.

Ten tweede de werkgevers: zij dienen hun wijkverpleegkundigen te faciliteren bij het verwerven van deze competenties. Bijvoorbeeld door dit standaard mee te nemen in functioneringsgesprekken en het opleidingsbudget hier vervolgens op af te stemmen. Daarnaast kunnen zij intercollegiale toetsing actief stimuleren.

Tenslotte dienen zorgverzekeraars alleen zorg in te kopen bij organisaties die voldoen aan de genoemde kwaliteitseisen: aantoonbaar onderbouwd én resultaatgericht wijkverpleegkundig handelen en het aantoonbaar bevorderen van de kwaliteit daarvan door intercollegiale toetsing.

Als iedereen zich hiervoor inspant, dan profiteren niet alleen wijkverpleegkundigen, werkgevers en verzekeraars hiervan, maar vooral de cliënt, aangezien de zorg hierdoor zowel effectiever als meer doelmatig wordt.

Natuurlijk kan ik samenwerken!

27 september 2016

Nogal wat wijkverpleegkundigen vinden het best moeilijk om samen te werken met gespecialiseerde collega's. Zo gaat het nogal eens mis met casemanagers dementie. Henk en José vinden dat jammer en raden aan goed na te denken over de eigen competenties.

We weten het allemaal: in je eentje kom je niet ver, zeker als de problematiek van cliënten meer complex is. Aandoeningen en problemen worden door verschillende factoren bepaald, en als generalistische wijkverpleegkundige weet je 'weinig van veel'. Je komt dan al gauw voor de vraag te staan waar jouw expertise ophoudt, en die van een ander aanvullend is.



Vaak gaat dit goed, en schakelt de generalistische wijkverpleegkundige op tijd een gespecialiseerde (wond, diabetes, copd, incontinentie, etc) collega in, waarbij afspraken worden gemaakt over inzet en resultaat. Regelmatig gaat het echter ook mis in deze samenwerking, en wordt er zorg onder de maat geleverd. De vraag is hoe dat komt.

Wij denken dat er twee oorzaken zijn die elkaar versterken:

1. Veel verpleegkundigen weten nog steeds niet wat andere beroepsgenoten zoal kennen en kunnen. Dit geldt zowel voor de generalisten als voor de gespecialiseerden.
2. Verpleegkundigen zijn vaak meer met zichzelf dan met hun cliënten bezig.

Immers, als de uitkomst voor de cliënt centraal staat, en je weet dat problemen vaak worden bepaald door meerdere factoren, dan is samenwerking en afstemming met anderen niet alleen logisch maar noodzakelijk. Als de focus niet ligt op de uitkomst voor de cliënt, dan wordt die andere beroepsgenoot vooral gezien als een concurrent en ontstaat er een domeindiscussie. Die ander is dan niet iemand die nodig is om de gewenste uitkomsten te bereiken voor de cliënt, maar een concurrent voor je eigen domein.

We zien dat nu op veel plekken gebeuren tussen wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie. In plaats van nadenken hoe we elkaars expertise kunnen inzetten voor het optimale resultaat voor de cliënt, gaat de discussie over van wie deze klant is, of er vindt geen afstemming plaats over wie wat doet; het is dus onduidelijk wie de regie voert. Met als gevolg dat niet de cliënt, maar de verpleegkundige centraal staat: onterecht en zorgwekkend.

Wat is hieraan te doen? Nog niet zolang geleden is het Beroepsprofiel verpleegkundige beschreven aan de hand van de CanMEDS-rollen. Als verpleegkundigen zich daar serieus in verdiepen en er echt werk van maken, dan is in onze ogen de eerste stap gezet. Vooral de omschrijving van de rol van

zorgverlener en samenwerker en de bijbehorende competenties zet je hierbij op het goede spoor.

Wat ons opvalt is dat verpleegkundigen vaak onvoldoende inzien in hoeverre zij daadwerkelijk beschikken over deze competenties. 'Natuurlijk kan ik samenwerken!', horen we vaak. Maar waarom gaat het in de praktijk dan nog vaak zo moeizaam? Ligt dat dan altijd aan 'die ander'? Johan Cruijff legde de vinger precies op de zere plek toe hij zei: 'Je weet niet wat je niet weet'.

Heb het er eens met je collega over, en vraag in hoeverre zij in alle eerlijkheid vindt dat jij beschikt over alle benodigde competenties die in het beroepsprofiel staan beschreven. En ga er dan ook echt mee aan de slag. Je doet er jezelf, en vooral ook je cliënt, een groot plezier mee.



Zorgprofielen, moeten we daar iets mee?

24 november 2016

Recent is er veel te doen over zorgprofielen in de wijkverpleging. We zijn op zoek naar de beste manier om zorg in de wijk te voorspellen, en zorgprofielen moeten ons daarbij helpen. Is dat interessant voor wijkverpleegkundigen, vragen Henk en José zich af. 'Ja!'

Er wordt alweer een tijdje door V&VN, ActiZ, de NZa en verzekeraars druk overlegd om te komen tot een set van zorgprofielen. Deze moeten het zorggebruik helpen voorspellen, zodat we meer inzicht hebben in de wijkverpleegkundige zorg en wat die zoal kost. Interessant voor wijkverpleegkundigen? Jazeker, want als we niet oppassen wordt het oude denken: zo veel mogelijk uitvoeren van verrichtingen, weer beloond! Dus ja: We moeten daar wat mee.



We hebben het allemaal gelezen: de kosten voor wijkverpleging vallen (weer) hoger uit dan vooraf was bedacht. Ook de

overgang van de AWBZ naar Zorgverzekeringswet heeft niet geleid tot minder kosten. Misschien wel tot een effectievere zorg, maar daarover weten we nog niet zoveel. Terwijl juist daar de sleutel voor verbetering ligt. En daarmee ook voor het ontwerpen van zorgprofielen. We gaan hier in twee blogs verder op in. Te beginnen met de zorgprofielen.

Achtergrond: In de AWBZ werd de wijkverpleegkunde bekostigd per verrichting. Het is niet zo gek dat veel zorgaanbieders daarom probeerden om zoveel mogelijk verrichtingen te (laten) realiseren. Die situatie heeft jarenlang geduurd. Dit leidde ertoe dat het 'zorgen voor' meer voorkwam dan het 'zorgen dat'. En dat heeft niet geleid tot vermindering van kosten en al helemaal niet tot verbetering van kwaliteit van zorg.

Sinds januari 2015 valt wijkverpleging echter onder de Zorgverzekeringswet, en daarmee is de wijkverpleegkundige weer in de lead. Een juiste diagnose en indicatie moeten leiden tot resultaten van zorg, en niet tot structureel slijten van zorguren waar niemand beter van wordt. Om te komen tot een bekostiging die ruimte geeft aan professioneel handelen, zullen we eerst moeten definiëren wie er in de wijk wonen en wat zij nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven wonen en tegelijk de kwaliteit van leven te verhogen.

Dat lijkt lastig, maar we weten best veel over cliënten, hun zorgzwaarte en de mate van zelfredzaamheid. Denk dan aan het vermogen om – al dan niet samen met je naasten – voor jezelf te zorgen en aanpassingen te doen. Dat vraagt niet alleen intelligentie, maar ook het inzetten van hulpmiddelen.

Uiteraard wordt de zorgzwaarte deels ook bepaald door het aantal diagnoses waarmee iemand moet leven, zowel medisch als verpleegkundig. Daarnaast is vooral ook de behandelpotentie, het uitzicht op zorgresultaten, van belang.

De discussie die nu gevoerd wordt door bovengenoemde partijen grijpt nog al te vaak terug op het oude denken waarbij ziekte en zorg centraal staan. Als je op deze manier blijft

denken, legitimeer je het benodigde budget op basis van verrichtingen. Wij pleiten juist nu voor een financiering die gebaseerd is op 'zorguitkomsten' en niet op 'verrichtingen'. Daar wordt namelijk iedereen beter en blijer van: betere en daardoor ook goedkopere zorg! Over wat nu precies die zorguitkomsten zijn, bloggen we in december, want daar bestaan ook de nodige misverstanden over.



Verward in de Wijk

16 december 2016

Verpleegkundigen in de thuiszorg hebben steeds vaker te maken met verwarde mensen. Zijn ze voldoende toegerust om hiermee om te gaan? Henk en José denken van niet.



In het laatste nummer van Nursing werd aandacht besteed aan het toenemend aantal verwarde mensen in de praktijk. Een ontwikkeling die ook wij steeds vaker zien. Het gaat daarbij om een breed scala aan ziektebeelden: psychose, depressie, borderline, verslavingsproblematiek, et cetera. Dat we dit vaker zien is een direct gevolg van de hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: cliënten uit instellingen moeten sneller terug naar huis, of worden minder snel opgenomen.

Ook geldt voor alle cliënten, dus ook dementerenden, dat ze steeds langer thuis blijven wonen. De intramurale capaciteit neemt jaarlijks fors af, terwijl het aantal mensen met deze

problematiek groeit. En dus komt de wijkverpleging steeds vaker in aanraking met verwarde mensen.

De vraag is nu of de wijkverpleegkundige voldoende is toegerust om hier adequaat mee om te gaan. Onze mening is van niet. Dit komt voor een belangrijk deel door de somatische opvoeding en gerichtheid van veel verpleegkundigen en verzorgenden. Zo zijn er verpleegkundigen die menen dat er alleen mag worden geïndiceerd als er een somatische grondslag bestaat. Hiermee doen we veel mensen ernstig tekort.

Dit gebrek wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door onvoldoende opleiding, training en ervaring. Verpleegkundigen geven aan dat het onderdeel geestelijke gezondheid(szorg) onderbelicht is in de opleiding. Dat is jammer, want zij hebben een belangrijke rol bij preventie, signalering en behandeling van deze problematiek. Want het is de wijkverpleging die zowel bij mensen achter de voordeur komt, als verwarde mensen op straat tegenkomt. Omdat mensen met deze problematiek ook langer thuis blijven wonen, moeten we die rol dan ook beter en breder oppakken.

Wat is daar voor nodig? Ten eerste een verdieping van kennis over psychiatrische ziektebeelden: hoe herken je deze, en wat kan je doen? Ten tweede zorgen voor een gedegen kennis van de wijk: wie kan jou hierin bijstaan? Denk bijvoorbeeld aan ggz-aanbieders, en de poh-ggz. Ga kennismaken, en maak afspraken hoe je op dit gebied kan samenwerken. En, als derde, bespreek deze casuïstiek in je eigen team zodat je van elkaar kunt leren, en afspraken kunt maken over omgaan met onbegrepen, verward, of grensoverschrijdend gedrag. De cliënt kun je niet altijd veranderen, maar de wijze waarop jij ermee om gaat wel!

De wijk betaalbaar maken

3 januari 2016

Hoe kunnen we de kosten van de wijkverpleging beheersen en de wijkverpleegkundige daarbij zo min mogelijk belasten? Henk en José hebben een voorstel.



In onze vorige blog gingen we in op de (on)zin van zorgprofielen voor de bekostiging van wijkverpleging. In deze blog deel 2: zorguitkomsten. Veel (wijk)verpleegkundigen vinden dit ingewikkeld, en houden zich liever met andere zaken bezig. Toch is het wel van belang om hierover mee te denken, omdat het direct de inhoud van ons vak raakt!

Bovendien hoort het gewoon bij het uitoefenen van je vak als autonome professional.

Zoals we in de vorige blog schreven zijn onder meer V&VN en NVZ nu volop bezig met het ontwikkelen van zorgprofielen. Op basis van bepaalde kenmerken moeten ze de zorgconsumptie (en daarmee het budget) voorspellen. Daarnaast vragen verzekeraars vandaag de dag om ‘doelgroep-registratie’ bij te houden. Het betreft zeven doelgroepen waaronder ‘palliatief terminale zorg’. Zo hopen ze meer zicht te krijgen op de besteding van alle middelen, aangezien ze nu alleen ‘uren’ zien. Heel veel zal dat echter niet opleveren, omdat het feit dat iemand terminaal is helemaal niets zegt over de inhoud en omvang van de zorg die nodig is. Dat wordt bepaald door heel andere zaken, zoals ondersteuning in het eigen sociale systeem.

Doelgroepregistratie en zorgprofielen: het zal niet gaan werken omdat beide onvoldoende voorspellende waarde hebben. Welke kant moet het dan wel op? Wij zijn een groot voorstander van populatiebekostiging gecombineerd met uitkomstenbekostiging: je krijgt vooraf een bepaald budget op basis van wijkenmerken, dat achteraf (naar boven of beneden) wordt bijgesteld op basis van de behaalde zorgresultaten.

Budget vooraf: de benodigde zorg kan worden voorspeld door per wijk de leeftijd en sociaal-economische-status (SES) te bepalen. Wonen er veel ouderen? Dan is de kans op chronische aandoeningen groter, en heb je recht op meer budget. Wonen er relatief veel goed opgeleide mensen, in comfortabele huizen met veel groen in de wijk? Dan krijg je vooraf minder budget, aangezien die groep naar verwachting minder zorg zal consumeren. Groot voordeel: informatie over zowel leeftijd als SES is beschikbaar.

Bijstelling achteraf: om de wijkverpleging te stimuleren de juiste dingen te doen, wordt achteraf gecorrigeerd voor de behaalde zorgresultaten. Hierbij kun je denken aan het zolang mogelijk thuis wonen op een veilige en verantwoorde wijze, dus uitstel van opname. Of aan een comfortabele dood. Het gevolg daarvan is dat preventie (zowel individueel als wijkgericht) dan heel belangrijk wordt. Als je zorggebruik kunt voorkomen door

in een vroeg stadium in te grijpen, dan doe je niet alleen de wijkbewoners een groot plezier, maar houd je ook middelen over voor andere doeleinden, zoals bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering. Waarom wordt dan nog niet gekozen voor deze manier van werken, waarbij het vooraf bepaalde budget achteraf wordt bijgesteld? Dat idee krijgt wel veel bijval, maar mensen vinden het te afwijkend van wat we nu gewend zijn. Wat ons betreft pleit dat juist voor dit model, maar goed. Een ander punt is dat we nog onvoldoende gewend zijn om te werken met zorguitkomsten. Het oude AWBZ-regime waarbij gestuurd werd op het uitvoeren van verrichtingen zit nog volop in ons denken en handelen. En daar moeten we los van komen. Gelukkig zijn er steeds meer professionals en organisaties die sturen op zorguitkomsten. Bijvoorbeeld Meander Zorggroep Zuid-Limburg. Zij hebben hiervoor bewust gekozen voor het Nanda-Nic-Noc-classificatiesysteem en kunnen naar verwachting komend jaar al de opbrengsten aantonen. Als we op die weg doorgaan ziet de nabije toekomst er goed uit!



Van voor naar achteren!

1 maart 2017

In de wijk vindt de verpleging nog vaak van achter naar voren plaats, in plaats van andersom. Dat vinden Henk en José een slechte zaak. Maar wat bedoelen ze er eigenlijk mee?



Verpleegkundigen hebben geleerd op basis van het verpleegkundig zorgproces te denken en te handelen. Dat is de basis van het beroep, zowel nationaal als internationaal. Na het onderbouwd vaststellen van de verpleegkundige diagnose worden samen met de cliënt doelen geformuleerd. Dit leidt vervolgens tot een (wederom) onderbouwde keuze van passende interventies. De voorkant van het proces ('anamnese en diagnose') bepaalt hiermee de achterkant ('indicatie en uitvoering'). Het gekke is dat het in de praktijk nog steeds voorkomt dat de boel wordt omgedraaid, en de achterkant de voorkant bepaalt. Hoe zit dat?

We weten het allemaal: de behoefte van de cliënt is leidend in de (wijk)verpleging. Als het goed is wordt er alleen maar zorg ingezet als er sprake is van een verpleegkundige diagnose. De beschikbare wetenschappelijke kennis voor het vaststellen ligt er niet om. Het is aan de verpleegkundige om haar handelen daar op te baseren.

Een paar jaar geleden hebben wijkverpleegkundigen het vertrouwen van politiek en samenleving gekregen om dat op een zorgvuldige en onderbouwde wijze te doen. In de aanspraak 'Verpleging zonder verblijf' van de Zorgverzekeringswet is dat vertrouwen concreet gemaakt. Dit betekent dat iedereen erop moet kunnen vertrouwen dat wijkverpleegkundigen altijd handelen vanuit het best denkbare bewijs en dat dit de enige basis vormt voor de inzet van de benodigde zorg.

Maar in de praktijk gebeurt iets anders. Veel organisaties kampen met een tekort aan niveau 4/6 en een teveel aan niveau 2/3. Dit leidt ertoe dat vaak zorg wordt geïndiceerd op de lagere niveaus, terwijl eigenlijk een hoger niveau nodig is.

Maar belangen van de werkgever, en het ontbreken van zorgverleners mogen nooit de inhoud van de verpleegkundige indicatie bepalen. De wijkverpleegkundige stelt onafhankelijk de zorgbehoefte vast, en doet vervolgens haar uiterste best om die zorg te organiseren. En hierbij is het belang van de cliënt te allen tijde belangrijker dan het belang van de werkgever, of van anderen.

Met andere woorden: de voorkant bepaalt altijd de achterkant, en niet andersom. Zo gauw verpleegkundigen merken dat andere belangen dan die van de cliënt de inhoud en omvang van de indicatie gaan beïnvloeden, doen zij zowel de cliënt als het verpleegkundig beroep ernstig tekort. Een kwalijke zaak. Hier ligt dan ook een belangrijke taak voor zowel de beroepsgroep zelf ('intercollegiale toetsing') als de inspectie ('toezicht houden'). Laten we het vak schoonhouden!

Tijd voor het team!

25 april 2017

Ook verpleegkundigen in de wijk willen zich ontwikkelen. Wijkverpleegkundigen kunnen hen daarbij helpen. Tijdens cliëntbesprekingen bijvoorbeeld, of in een teamoverleg.



De wijkverpleegkundigen zijn op weg om hun rol in de eerste lijn goed op te pakken: autonome, zelfbewuste professionals die samen met de client bepalen welke resultaten kunnen worden gehaald, en welke zorg daarvoor nodig is. Nog niet alle wijkverpleegkundigen zijn hierin even ver geprofessionaliseerd, maar hun aantal groeit.

Deze wijkverpleegkundigen hebben inmiddels geleerd echt werk te maken van ‘zorgen voor naar zorgen dat’. Een kreet die jaren geleden te pas en te onpas werd gebruikt, maar die wel heel goed aangeeft waar het hier om gaat: cliënten met zoveel mogelijk regie, en zo zelfredzaam mogelijk.

Nu valt dat in de praktijk niet mee. Ten eerste omdat de problematiek waar cliënten mee te maken krijgen steeds complexer wordt, en ten tweede omdat alleen wijkverpleegkundigen actief zijn meegenomen in deze beweging, terwijl ‘van zorgen voor naar zorgen dat’ vooral een teamgebeuren is.

De toenemende complexiteit wordt veroorzaakt omdat mensen gewoonweg langer thuis blijven wonen, daar waar zij vroeger een plek kregen in een verzorgingshuis, of psychiatrische voorziening. Het gaat daarbij steeds vaker om een combinatie van somatische met sociaal-psychiatrische problematiek. En als het steunsysteem van cliënten dan ook nog zwak is, dan komt er wel heel veel tegelijk af op zowel de client als de verpleegkundige en verzorgende.

Verpleegkundigen worden inmiddels beter toegerust om ook in complexe situaties toe te werken naar het versterken van eigen regie, en zelfmanagement. De curricula van de hbo-v's worden hierop in hoog tempo aangepast. Dit geldt echter niet voor de andere teamleden, en van hen wordt toch hetzelfde verwacht: meegaan in de nieuwe ontwikkelingen, en in alles streven naar ‘van zorgen voor naar zorgen dat’. Dit kan binnen de teams leiden tot wrijving, onduidelijkheid en daardoor tot slechte zorg.

Wat is de oplossing?

Alle niveaus laten scholen naar een hoger niveau? Wij denken van niet. Het is veel effectiever om regelmatig met het team om tafel te gaan en deze ontwikkelingen met elkaar door te nemen, en duidelijk te maken wat van ieder wordt verwacht. De

wijkverpleegkundige kan hierbij een aanjagende rol spelen. Zij heeft kennis van complexe beelden, van oorzaak en gevolg, en is op de hoogte van recente ontwikkelingen in het vak. Zij kan de teamleden hierin meenemen tijdens cliëntbesprekingen, en in teamoverleg.

Dit 'meenemen van teamleden' is echter wel een langdurig traject, waarbij wijkverpleegkundigen ondersteund moeten worden door hun werkgever. Maar als we goede zorg willen leveren aan cliënten, dan zal iedereen die bij deze zorg is betrokken, moeten worden meegenomen. En zo iets gaat, en dat is gebleken bij de wijkverpleegkundigen zelf, niet van de ene dag op de andere. Continue training 'on the job', met heldere afspraken over ieders ontwikkeltraject. Wat een prachtvak!



Verzoek aan het kabinet

15 augustus 2017

Nederland is een raar land. We bedenken vaak de mooiste dingen. Maar als we het dan moeten gaan doen, geven we ineens ‘niet thuis’. Dat laatste zowel letterlijk als figuurlijk.

Omdat we steeds langer thuis willen (en kunnen!) blijven wonen, is besloten om onze verzorgingshuizen te ontmantelen. Tot zover een zinvolle gedachte. Maar het gevolg hiervan is wel dat deze mensen nu thuis zorg nodig hebben, en dus is dáár extra inzet nodig. Ergens anders verblijven betekent niet dat de bestaande zorgbehoefte verdwijnt. Een ander punt is dat we met elkaar steeds ouder worden, en omdat ouderdom gepaard gaat met het krijgen van (vaak meerdere) chronische aandoeningen, is er nóg meer inzet nodig, en nu dus bij de mensen thuis.

De huidige stand van zaken is dat we de verzorgingshuizen rap ontmanteld hebben, maar dat de hieruit voortvloeiende noodzakelijke intensivering in de thuiszorg volledig achter blijft. Met andere woorden: er is fors bezuinigd in de Wlz (voorheen AWBZ), maar de hierdoor vrijgekomen middelen zijn niet meegegaan met de naar huis verplaatste zorg.



Wlz is een cruciale pijler bij het mogelijk maken van een goede thuiszorg. Het is ook een

unieke positie in de Zvw gekregen, en bepaalt op basis van eigen deskundigheid welke zorg nodig is om dit langer thuis blijven wonen mogelijk te maken. Dit indiceren maakt terecht onlosmakelijk onderdeel uit van het professionele handelen, maar betekent ook een taakverzwaring.

Wij vragen ons af waar de vrijgekomen middelen naartoe zijn gegaan, nu het CIZ dit niet meer doet. Dit aanzienlijke bedrag – het gaat om meer dan een half miljoen indicaties per jaar! – is in ieder geval niet naar de wijkverpleegkundigen gegaan, die deze taak er wél bij hebben gekregen.

Wijkverpleegkunde is een prachtig beroep, waarmee je samen met je team van helpenden en verzorgenden echt een verschil kunt maken voor thuiswonende cliënten. Het beroep is de afgelopen jaren echter wel complexer geworden, de verantwoordelijkheid is groter en de caseload blijft voorlopig groeien. Willen we het daarom met elkaar mogelijk blijven maken dat mensen langer verantwoord thuis kunnen blijven wonen, dan kunnen we er niet meer omheen om hiervoor extra middelen vrij te maken.

Wij hebben een verzoek aan de (toekomstige) coalitie, de NZa, en zorgverzekeraars. Kijk eens goed naar wat onze wijkverpleegkundigen met hun teams iedere dag weer voor elkaar krijgen, hoe zij het mogelijk maken dat mensen inderdaad langer verantwoord thuis kunnen blijven wonen.

En laten we het dan niet alleen hebben over bezuinigingen, maar vooral ook over investeringen. Want daardoor wordt de zorg niet alleen beter, maar uiteindelijk ook goedkoper. Om dat duidelijk te maken is er geen bekende Nederlander met een thuiszorg ontvangende moeder nodig, maar gewoon een open blik en een eerlijke beoordeling.

Waarom heeft een cliënt zorg nodig?

16 augustus 2017

Henk en José zijn blij dat wijkverpleegkundigen meedenken over vragen als: waarom krijgt de ene cliënt meer zorg dan de andere?

Het bericht in de media over voorstellen voor de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging doet ons deugd! We hebben als beroepsgroep duidelijk een stevige stap gemaakt als we – zoals nu blijkt – in staat zijn om na te denken over welke cliëntkenmerken richtinggevend of zelfs voorspellend zijn voor zorggebruik. En daarmee dus de basis kunnen vormen voor de bekostiging.



Het doet ons denken aan een discussie die we in de beginjaren '90 voerden met een collega wijkverpleegkundige over de vraag waarom de ene klant wél weekendzorg kreeg en de andere niet. Ze waren qua zorgvraag vergelijkbaar, beiden hadden een passieve tillift, aangepaste douche, meerdere transfers per dag, en beiden hadden overgewicht en geen sta-

functie, bovendien was geen van beiden qua mobiliteit in staat om op enigerlei wijze mee te helpen in de zorg. De mantelzorg was in beide cases nodig om bij de ADL te ondersteunen. Waarom kreeg de ene cliënt wél en de andere geen weekendzorg? Feitelijk was hier geen goede onderbouwing voor. Om dit te verklaren, en te onderbouwen is het noodzakelijk om na te denken over het waaróm van de zorg.

Dat helpt ons om de benodigde besluiten te nemen. En onze nieuwe bekostiging moet er op gericht zijn om meer focus aan te brengen op waarom iemand zorg nodig heeft, en wat onze zorg voor resultaat gaat geven. Deze twee aspecten zouden centraal moeten staan in de nieuwe bekostiging. De recent door 1000 wijkverpleegkundigen genoemde voorspellende kenmerken passen hier naadloos in aangezien deze iets zeggen over de achterliggende (combinatie van) aandoeningen, of dat medische en/of verpleegkundigen aandoeningen, of er meerdere disciplines nodig zijn en vooral over het vermogen van de cliënt om mee te helpen, te leren en bij te dragen aan de zorg. Andere relevante aspecten die naar voren zijn gebracht betreffen de noodzakelijke aanwezigheid van hulpmiddelen, eventuele woningaanpassingen en de aanwezigheid van een sociaal steunsysteem. En last, but zeker not least, wat is het toekomstperspectief van de cliënt? Wat wil, en kan deze, al dan niet samen met zijn omgeving?

Deze kenmerken illustreren de brede blik van wijkverpleegkundigen, en laten zien dat zij werk willen en kunnen maken van alle factoren die van invloed zijn op de gezondheid van hun cliënten. We gaan ervan uit dat deze kenmerken dan ook daadwerkelijk de basis gaan vormen van de nieuwe bekostiging, zodat we nog beter in staat worden gesteld om te onderbouwen wat en waarom we doen wat we doen!

Kikkers in een pan

24 oktober 2017

Deze zomer verscheen het Trendskenario van het RIVM. Hierin wordt beschreven wat we de komende jaren kunnen verwachten als er vanaf nu niets meer zou veranderen in de zorg en het overheidsbeleid op dit gebied.

Ondanks dat mensen in 2040 gemiddeld een leeftijd van 86 jaar bereiken, worden we niet gelijk vrolijk van het beeld dat in het Trendskenario wordt geschetst: mede dankzij die vergrijzing zal het aantal mensen dat overlijdt aan de gevolgen van dementie in de periode van 2015 naar 2040 verdrievoudigen. Het goede nieuws, aan de andere kant, is dat dit mede komt doordat de sterfte aan hart- en vaatziekten, vanwege preventie en betere behandelingen, aanzienlijk zal afnemen.



Tegelijkertijd, en dat is dan weer minder positief, moeten we volgens het RIVM wel uitgaan van een forse toename van ouderdomsziekten zoals artrose, diabetes en gezichts- en gehoorstoornissen. Mooi is dan wel weer dat het aantal rokers in die periode zal afnemen van 25 naar 14 procent. Maar wat nog steeds schrijnend is, is dat driekwart van alle rokers

laagopgeleid is. En iets vergelijkbaars zien we ook bij ernstig overgewicht: dat zal de komende jaren blijven toenemen, maar dan vooral bij laagopgeleiden. Naarmate je hoger bent opgeleid leef je niet alleen langer, maar breng je ook meer jaren door in ervaren gezondheid.

Dit gegeven van ongelijkheid in gezondheid is al jaren bekend. Gezondheid wordt maar voor een relatief klein deel bepaald door zorg, en voor een groot deel door andere factoren zoals leefstijl en omgeving. We weten dit wel, maar zijn er zo langzaam aan gewend geraakt dat het nu eenmaal zo is, en er toch niet veel aan te doen is.

Als je een kikker in een pan met koud water zet, en die pan langzaam aan de kook brengt, zal hij deze verandering niet merken en in de pan blijven tot hij zonder te protesteren is gekookt. Gooi je echter een kikker in een pan met heet water, dan zal hij er ogenblikkelijk uitspringen. Zo werkt het ook met deze ongelijkheid in gezondheid, veroorzaakt door sociaal economische verschillen. We zijn er aan gewend geraakt, net als aan het geloof dat we met zijn allen niet bij machte zijn om de oorzaak (de E van de PES!) te beïnvloeden.

Met andere woorden: willen we de goede dingen doen voor onze cliënten, dan zullen we altijd op zoek moeten naar de oorzaak van de ervaren problemen, en er niet bij voorbaat vanuit gaan dat er toch niets aan is te doen. Om vervolgens zorg in te zetten die vooral gericht is op symptoombestrijding. Goede verpleegkundigen weten gelukkig beter, en kijken bij de diagnostiek verder dan hun eigen domein. Zij zien de achterliggende mechanismen (nogmaals: de E!), en stemmen daar hun handelen op af. Om zodoende het beste resultaat voor de cliënt te bereiken.

Het belang van stevige, goed onderbouwde diagnostiek én samenwerken met anderen wordt ook hiermee weer eens onderstreept.

Gluren bij de burens

28 november 2017

Bloggers Henk en José brengen wijkverpleegkundigen van diverse organisaties met elkaar in gesprek. Iedereen staat versteld van de onderlinge verschillen in werkwijze en indicering. Waar gluren bij de burens al niet goed voor is...

Er zijn grote verschillen tussen indicerende wijkverpleegkundigen bij verschillende organisaties.

‘Registreren jullie echt iedere vijf minuten?’ ‘Waarom indiceer jij heel andere zorg dan ik bij een vergelijkbare cliënt?’ ‘Hoe kan het dat jullie gemiddeld drie uur per week zorg leveren, en wij wel negen?’ ‘Hoe kun je nu zorg indiceren als je de oorzaak van het verpleegprobleem niet eens hebt gevonden?’



Zomaar wat vragen die recent over tafel kwamen toen we wijkverpleegkundigen uit verschillende organisaties bij elkaar hadden gebracht. Om te praten over het vak. Om samen, en ook

van elkaar, te leren. De aanleiding was het vergelijkend onderzoek naar indiceren, waarbij NANDA- en Omaha-gebruikers met elkaar werden vergeleken (Tijdschrift EBP 2017/2). Hieruit bleek dat er tussen wijkverpleegkundigen een enorme variatie bestaat in de zorg die zij indiceren. En dan gaat het niet om een verschil in minuten, maar in uren per week. De oorzaak van dat verschil, zo bleek tijdens dat onderzoek, ligt in de diagnostiek. De mate waarin wijkverpleegkundigen op zoek gaan naar de oorzaak van verpleegproblemen bepaalt voor een belangrijk deel het zorgvolume. Bovendien is er bij degenen die dat zorgvuldig doen, sprake van significant minder variatie in de indicatie.

Wat tijdens de gesprekken hierover ook bleek is dat wijkverpleegkundigen weinig idee hebben van de werkwijze binnen andere organisaties. Velen kunnen zich niet voorstellen dat het er elders compleet anders aan toe gaat. Terwijl de grote verschillen in indiceren, en in inzet van zorgvolume, duidelijk maakt dat die verschillen er wel degelijk zijn. Verschillen die niet kunnen worden verklaard door de cliënt en diens situatie, maar wel door de werkwijze van de betreffende wijkverpleegkundige, en de cultuur binnen de organisatie waar deze werkzaam is. Zo komt het voor dat er grote thuiszorgaanbieders zijn die gemiddeld negen uur zorg per cliënt per week inzetten, terwijl er andere aanbieders zijn die vergelijkbare cliënten bedienen met gemiddeld drie uur per week. Alle reden om hier eens diep in te duiken. Dat kan enerzijds via goed onderzoek. Anderzijds kunnen wijkverpleegkundigen hierin ook stappen zetten, door eens wat verder te kijken dan hun eigen organisatie lang is: ga eens gluren bij de burens!

Bij sommige thuiszorgaanbieders is het al normaal om verpleegkundigen vanuit verschillende teams ervaringen te laten delen, of nog beter: intercollegiaal te toetsen. Dat leidt in de praktijk tot andere, meestal betere inzichten waardoor de

kwaliteit van zorg verbetert. Graag gaan wij nog een stap verder door wijkverpleegkundigen vanuit verschillende organisaties van elkaar te laten leren, door elkaar kritisch te bevragen op hun handelswijze: organisatie-overstijgend intercollegiaal toetsen. Dit leidt tot verrassende inzichten aan alle kanten, een steviger professioneel bewustzijn en – niet onbelangrijk – tot meer gemotiveerde wijkverpleegkundigen. Bovendien is het vrij eenvoudig te organiseren. Daarvoor zijn een paar enthousiaste wijkverpleegkundigen en betrokken bestuurders nodig, die niet bang zijn om in hun keuken te laten kijken. Hoe moeilijk kan het zijn?



De bloggers

José van Dorst

Vanuit het ziekenhuis koos José voor de wijk. Vanuit de start in een team, vervolgens leidinggevende binnen het team, kwam ze in het management terecht. Echter deze laatste stap gaf niet de benodigde voldoening. In 2000 startte ze een zelfstandige onderneming inclusief twee cliënten met een hoge zorgbehoefte. Haar manier van zorg verlenen was opvallend en het cliëntenbestand was al snel van volwassen formaat. Vanuit haar eigen organisatie heeft ze een heel eigen visie op zorg verlenen ontwikkeld en deze vertaald naar het project 'De wijkzuster terug'.

Na het behalen van de master aan de universiteit van Rotterdam is José zich actief gaan inzetten voor de beroepsgroep de wijkverpleegkundige. In eerste instantie via de vakgroep wijkverpleegkundigen van V&VN, maar ook als adviseur/interim-manager bij zorgorganisaties. De professionalisering van de vakgroep is een must. Via Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde, waar José mede-oprichtster van is, kan ze de ontwikkeling van de autonome professional mede stimuleren. Met daadkracht en enthousiasme zet ze zich daarvoor in.

Henk Rosendal

Sinds 2010 is Henk Rosendal lector Wijkzorg bij Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam. Voorheen heeft Henk een grote verscheidenheid aan taken en functies gehad op het gebied van kennis, zelf zorg verlenen, zorgmanagement en (verander)organisatie, zoals verpleegkundige in algemeen en psychiatrische ziekenhuizen, Hogeschool Leiden, Actiz, Ministerie van WVC, V&VN en TNO. Kennis en vaardigheden werden opgedaan in de praktijk én aan de universiteit van Utrecht waar hij promoveerde op de effectiviteit van transmurale zorg. Er staan verschillende publicaties en boeken op zijn naam. Als voorzitter en docent van Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde en als lector Wijkzorg draagt hij op geheel eigen wijze bij aan de professionalisering van wijkverpleegkundigen.

Henk Rosendal en José van Dorst, respectievelijk lector wijkzorg aan de Hogeschool in Rotterdam en adviseur in de wijkzorg, zijn samen gestart met de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde. De afgelopen jaren hebben zij verscheidene blogs geschreven over de hervorming in de langdurige zorg en de nieuwe rol van de wijkverpleging. In dit boekje zijn deze blogs onverkort opgenomen.



**Kenniscentrum
Zorginnovatie**