

# ‘Een stimulans voor de verdere ont

In de Zorgverzekeringswet heeft de wijkverpleegkundige een zelfstandige, bevoegde en onafhankelijke functie naast de huisarts. Dat vraagt om een professionele, wetenschappelijk onderbouwde en toetsbare werkwijze. Daar schort het (nog) aan. Reden voor acht zorgorganisaties om vaart te zetten achter de ontwikkeling van professionele standaarden voor wijkverpleging. Ze hebben daarvoor het Wijkverpleegkundigen Genootschap in het leven geroepen. Het prille initiatief wordt breed verwelkomd.

Dick Herfst, bestuursvoorzitter van ZZG zorggroep, een van de initiatiefnemers van het Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap (NWG), vertelt hoe het idee in gezamenlijkheid is ontstaan. ‘Wij – een achttal zorgorganisaties met veel wijkverpleegkundigen – delen op gezette tijden onze ervaringen en bespreken actuele ontwikkelingen. Een jaar geleden nodigden we daar een lector wijkzorg bij uit. Hij maakte ons duidelijk hoe essentieel de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden voor de wijkverpleging is. We besloten onze verantwoordelijkheid te nemen en extra kwaliteitsimpulsen te geven aan het beroep.’

## Professioneel referentiekader

Die lector wijkzorg was Henk Rosendal, werkzaam bij de Hogeschool Rotterdam en voorzitter van de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde, die post-hbo-onderwijs verzorgt voor wijkverpleegkundigen. ‘We hebben in Nederland maar een handjevol wijkverpleegkundige richtlijnen, die bovendien niet up-to-date zijn. Dat is lastig met het oog op de aanspraak wijkverpleging die we nu hebben in het kader van de Zorgverzekeringswet. Verzekeraars kopen zorg in en doen dat idealiter op grond van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs. Dan heb je als wijkverpleegkundige iets om op terug te vallen: doe ik de goede dingen? En hoe wéét ik dat ik de goede dingen doe?’

Het werk van wijkverpleegkundigen begint met een goede diagnose, stelt Herfst. ‘Maar als je kijkt naar het profes-

sionele referentiekader op grond waarvan zij de diagnostiek doen, moet je concluderen dat er behoefte is aan meer wetenschappelijke onderbouwing. Om de diagnosestelling op een professionele manier te kunnen doen zijn richtlijnen en standaarden noodzakelijk. Er is de beroepsgroep een stuk professionaliteit ontnomen toen anderen de indicatiestelling gingen doen. Dat deel gaan we terugleggen.’ Het indiceren is dan ook een van de belangrijke inhoudelijke thema’s waar het NWG zich op gaat richten, zegt Rosendal. ‘Welke diagnose stel ik op grond waarvan? Wat betekent dat voor de doelen die we willen beha-

dersteunen het initiatief en zijn zich nog intern aan het beraden. Het NWG wordt nadrukkelijk gepositioneerd náást beroepsvereniging V&VN; het worden geen concurrenten, verzekert Rosendal. Alles gebeurt in afstemming met elkaar.

## Meetbaar en toetsbaar

Fred Wolters ziet het initiatief als een ondersteuning van de beroepsgroep, een professionaliseringsslag ook. Wolters is wijkverpleegkundige/programmacoördinator en hij zet eerstelijns projecten op rondom de as huisarts/wijkverpleegkundige bij ZZG zorggroep. ‘Als je een standaard ziet als een norm waaraan

*‘Lector wijkzorg Henk Rosendal maakte ons duidelijk hoe essentieel de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden voor de wijkverpleging is’*

len? Welke interventies passen daarbij? En wat is het instrumentarium dat mijn handelen kan versterken?’

Naast ZZG zorggroep doen de volgende organisaties mee: Florence, Omring, Sensire, Evita Zorg, Espria, Fundis en Meander. Vijf organisaties leggen jaarlijks 40 duizend euro in voor een looptijd van twee jaar; de andere on-

wijkverpleegkundige zorg in de dagelijkse praktijk moet voldoen en als een stimulans om de zorg zo veel mogelijk te laten aansluiten op *evidence based medicine*, dan is het zeker een stimulans voor de verdere ontwikkeling van het beroep. Het maakt de zorg meetbaar en toetsbaar; het monitoren van het resultaat wordt gemakkelijker.’

# wikkeling van het beroep'

*U bedoelt dat wijkverpleegkundigen dan beter afgerekend kunnen worden op hun professionele handelen?*

'Wat is daar mis mee? En wat is er mooier dan een goed referentiekader om de professionele verpleegkundige zorgverlening te toetsen?' Zelf toets ik die altijd nauwkeurig bij de cliënt. Voelt hij zich goed geholpen? Is het wat zij nodig heeft? En ik check het bij mijn directe collega's: is mijn handelwijze correct? Zouden zij het ook zo doen? Maar je weet niet altijd zeker of je zorgverlening *evidence based practice* is. Het is beter als dat duidelijk in een standaard beschreven staat. Een standaard die je voorziet van actuele kennis, nieuwe inzichten, *evidence* en *evidence based practice*.'



Ben van Gent, bestuurder Florence: 'De huisarts beantwoordt de vraag: ik ben ziek, hoe word ik beter? De wijkverpleegkundige geeft antwoord op de vraag: ik ben langdurig ziek en/of chronisch afhankelijk van zorg, hoe houd ik de kwaliteit van leven zo goed mogelijk?'

## Inhaalslag noodzakelijk

Josca Fokkema, hoofd van de huisartsopleiding van het UMC Groningen, denkt met warmte terug aan de samenwerking met wijkverpleegkundigen toen ze eind jaren tachtig begon als huisarts in een dorp. 'We kenden elkaar en werkten samen als collega's. Daarna kwam de periode dat de verpleegkundige zorg door steeds meer personen geleverd werd en raakten we het contact wat kwijt. Nu lijkt het tij gelukkig te keren.'

## Missen huisartsen de onderbouwing van de wijkverpleegkundige diagnose?

'Soms wel. Als je niet gewend bent om te werken met een wetenschappelijke onderbouwing als grondslag, dan werk

je op basis van je eigen ervaring. Dat doen huisartsen natuurlijk ook, maar daar leggen ze de *evidence* naast en ze kijken ook altijd naar de individuele patiënt. Dat kan ertoe leiden dat je afwijkt van wat zou moeten volgens de onderbouwde informatie. Beredeneerd afwijken is een van de belangrijkste aspecten van het vak. Huisartsen merken dat wijkverpleegkundigen die manier van denken niet gewend zijn en eerder terugvallen op "zo doe ik het altijd en dat bevalt goed" of "zo heb ik het op mijn opleiding geleerd" of "zo deden ze het op de cursus ook". En in dat laatste geval blijkt het niet zelden een cursus van bijvoorbeeld een industrie te zijn. Kortom: er is een inhaalslag te maken.'

Dat geldt overigens niet alleen voor de wijkverpleging, zegt Fokkema, ook andere eerstelijns professionals krijgen een grotere persoonlijke zelfstandigheid. Ook zij moeten leren wat de basis, de *evidence*, is onder hun beroepsmatig handelen. Niet continu en in detail, maar wel in grote lijnen. Omgaan met wetenschappelijke onderbouwing moet niet voorbehouden zijn aan zorgprofessionals die op academisch niveau werken.

Huisartsen werken al decennialang met de NHG-Standaarden als onderbouwing. Fokkema: 'Dat betekent dat je erop vertrouwt dat wat in de standaard staat klopt. De *evidence* hoeft je niet telkens te checken. Maar de ontwikke-

lingen gaan snel en er gaat steeds een periode overheen voordat een standaard geactualiseerd wordt. Niet zelden is een standaard op onderdelen achterhaald voordat er een nieuwe is. Dan moet je wel zelf bedenken of de informatie die intussen bekend is geworden inderdaad verbetering inhoudt. Dat onderscheid moet je kunnen maken. Het moet dus

### **Voorspelbare professionaliteit**

‘Professionaliteit ontwikkelen, dat is het grote doel van het NWG’, zegt Ben van Gent, bestuurder van Florence. Van Gent is van oorsprong huisarts. ‘Nederland heeft een heilig vertrouwen in de standaarden van het NHG. Zo’n instituut wordt node gemist bij de wijkverpleging. V&VN vervult een deel van die

### **Heeft dat invloed op de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige?**

‘Een betrouwbare en voorspelbare professionaliteit van de wijkverpleegkundige zal bijdragen aan goede samenwerking. Dat beiden niet alleen dezelfde taal spreken maar ook over vergelijkbaar instrumentarium beschikken. De huisarts beantwoordt de vraag:

*‘Ook andere eerstelijns professionals moeten leren wat de basis, de evidence, is onder hun beroepsmatig handelen. Niet continu en in detail, maar wel in grote lijnen’*

verdergaan dan het uitbrengen van wijkverpleegkundige standaarden; er hoort een bepaalde manier van denken en van omgaan met informatie bij. Ik weet zeker dat wijkverpleegkundigen dat willen én kunnen.’

rol, maar focust ook op andere vlakken. Het NWG zal zich uitsluitend richten op het primaire proces, op het goed standaardiseren van methodieken en op het instrumentarium van de wijkverpleegkundige.’

ik ben ziek, hoe word ik beter? De wijkverpleegkundige geeft antwoord op de vraag: ik ben langdurig ziek en/of chronisch afhankelijk van zorg, hoe houd ik de kwaliteit van leven zo goed mogelijk? Twee verschillende resultaatgebieden, maar beide professionals hebben we hard nodig. En ze hebben elkaar ook steeds harder nodig.’



### **Geen nattevingerwerk**

Wijkverpleegkundige Wolters verwacht dat het in de eerste lijn alleen maar spannender en uitdagender zal worden. ‘Nu wij steeds meer kunnen en mogen functioneren als spil en “gezicht” van de eerste lijn is verdere professionalisering absoluut noodzakelijk.’ Wijkverpleegkundige standaarden helpen om ook voor de andere beroepsbeoefenaren in de eerste lijn transparant en inzichtelijk te maken wat de wijkverpleegkundige doet, verwacht Wolters.

Lector wijkzorg Henk Rosendal: ‘We hebben in Nederland maar een handjevol wijkverpleegkundige richtlijnen, die bovendien niet up-to-date zijn. Dat is lastig met het oog op de aanspraak wijkverpleging die we nu hebben in het kader van de Zorgverzekeringswet.’



## Macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2016



*Josca Fokkema, hoofd van de huisartsenopleiding van het UMC Groningen: 'Het moet verdergaan dan het uitbrengen van wijkverpleegkundige standaarden; er hoort een bepaalde manier van denken en van omgaan met informatie bij. Ik weet zeker dat wijkverpleegkundigen dat willen én kunnen.'*

Lector wijkzorg Rosendal (samen met collega-lectoren Rob van der Sande en Wolter Paans verantwoordelijk voor het inhoudelijk onderzoeksprogramma dat er gaat komen) is verheugd dat er een einde komt aan het "luchtfietsen". 'Als je niet indiceert op basis van een onderbouwde, transparante verpleegkundige diagnose, dan ben je aan het luchtfietsen. Een huisarts kan toch ook niet bij een patiënt aankomen met het verhaal: ik weet niet wat er aan de hand is, maar ik ga toch maar iets doen... Zo is het bovendien moeilijk overleggen over doelen die je samen wilt bereiken. De wijkverpleging is inmiddels zo ver ontwikkeld dat je als wijkverpleegkundige zeker zou moeten weten dat je handelen geen nattevingerwerk is, maar stoelt op de laatste wetenschappelijke inzichten, en als die er niet zijn op het best beschikbare inzicht.'

Zorgbestuurder Van Gent weet zeker dat verzekeraars zullen gaan eisen dat wijkverpleegkundigen meer resultaatgericht werken, maar hoopt dat het nog even duurt. 'We moeten eerst een goed systeem hebben om resultaten te meten. Dat is een van de doelen van het NWG. Het zijn de wijkverpleegkundigen zelf die daar de eerste stappen in moeten zetten en wel vóórdat ze door zorgverzekeraars worden aangesproken op termen en voorwaarden die niet uit de professie zelf voortkomen.'

Zorgorganisaties, wetenschappers en wijkverpleegkundigen die het initiatief een warm hart toedragen, zijn welkom om mee te denken en mee te doen. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat wijkverpleegkundigen zelf een steeds belangrijkere rol gaan spelen in het NWG, om te beginnen wijkverpleegkundigen van dragende organisaties. <<

Els van Thiel



De NZa presenteerde afgelopen week de beleidsregel Macrobeheersinstrument huisartsenzorg. Daarin wordt de procedure uiteen gezet, hoe een overschrijding van het macrokader huisartsenzorg zal worden gekort als er sprake is van overschrijding en als de minister besluit om te korten.

Die kans op overschrijding is groot, want er is flink uitgebreid in de ketenzorg en POH-ggz. Daarnaast was de budgettaire ruimte van 1,5 procent sowieso al veel lager dan de autonome groei dan de 3,8 procent die de huisartsenzorg jaarlijks gemiddeld gegroeid is na de invoering van de Zorgverzekeringswet. Tot slot wordt onder de noemer huisartsenzorg in de ketenzorg ook andere zorg gerekend, die voorheen ten laste van een ander kader werd geregistreerd. Zoals eerstelijns psychologen, medisch specialisten met een meekijkconsult, apothekers voor medicatiereviews, eerstelijnsplus of anderhalvelijnscentra en diagnostiek. Hoewel niet alle zorggroepen, gezondheidscentra of andere aanbieders deze zorg verlenen, is het onterecht dat de daarmee verplaatste kosten ten laste van het macrokader huisartsenzorg wordt gebracht.

In de beleidsregel wordt aangegeven dat de minister achteraf besluit of de korting wordt toegepast. Er is geen hardheidsclausule. Over 2012 en 2013 is door de LHV bezwaar aangetekend na het opleggen van een korting bij het College Beroep Bedrijfsleven, maar dat is afgewezen. Er is vervolgens een korting opgelegd.

Hoewel er op een aantal andere deelsectoren overschrijdingen zijn en de minister die kan gebruiken om de overschrijding in de huisartsenzorg te compenseren, zijn er feitelijk maar enkele acties te overwegen. Ten eerste een harde toezegging dat het macrobeheersinstrument niet zal worden ingezet bij overschrijding, al is het de vraag of dit voor de rechter standhoudt. Een motie vanuit de Tweede Kamer kan de minister hiertoe dwingen. Ten tweede een bezwaarprocedure tegen de NZa of procedure tegen de staat voor een onrechtmatige daad.

Of per direct stoppen met de substitutie, patiënten verwijzen naar de ziekenhuizen en geen generieke medicatie meer voorschrijven.

*Jan Erik de Wildt  
Directeur De Eerstelijns*

Zie ook: [www.de-eerstelijns.nl/2015/06/huisartsen-en-de-driedubbele-ondernemersklem/](http://www.de-eerstelijns.nl/2015/06/huisartsen-en-de-driedubbele-ondernemersklem/)

Reageren? [Je.dewildt@de-eerstelijns.nl](mailto:Je.dewildt@de-eerstelijns.nl)