



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

2023038897

Zorginstituut Nederland

Zorg
Eerstelijnszorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Datum 1 november 2023
Betreft Advies 'Verdelen van schaarste in de wijkverpleging'

Onze referentie
2023038897

Geachte minister Helder,

Graag bieden wij u ons advies *Verdelen van schaarste in de wijkverpleging* aan.

De aanleiding om dit advies te schrijven is de vraag hoe we in Nederland de toegankelijkheid van wijkverpleging kunnen behouden, ondanks het toenemende tekort aan wijkverpleegkundigen en verzorgenden en het toenemende aantal zorgvragen. De aanleiding voor dit advies is een bijeenkomst in maart 2023, georganiseerd door het Zorginstituut. Tijdens deze bijeenkomst spraken partijen over initiatieven voor passende zorg die kunnen besparen op de inzet van wijkverpleging. Als oplossing voor de schaarste in de wijkverpleging werd ook voorgesteld om minder wijkverpleging uit het basispakket van de zorgverzekering te vergoeden.

Het onderzoek dat het Zorginstituut heeft laten doen door Gupta Strategists, laat zien dat er ruimte is om wijkverpleging meer passend in te zetten en dat daarmee bespaard kan worden op de inzet van wijkverpleging. Onder andere door het eigen netwerk van cliënten meer te betrekken bij de zorg, eenvoudige zorgtaken te verschuiven naar helpenden (met toezicht van de wijkverpleegkundige) en door beter en vaker gebruik te maken van hulpmiddelen die zorg door de wijkverpleging (deels) vervangen. Het Zorginstituut concludeert dat als we wijkverpleging meer passend inzetten, het nu niet nodig is om minder wijkverpleging te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering.

De in de huidige wet- en regelgeving opgenomen indicatiestelling door de wijkverpleegkundige voor wijkverpleging vanuit de Zvw, is een sterk instrument waarmee passende inzet van wijkverpleging bewerkstelligd kan worden. Via de indicatiestelling bepaalt de wijkverpleegkundige op welke zorg iemand is aangewezen, en hoe deze zorg geleverd dient te worden en wie welke zorgtaken op zich neemt.

Hoewel we constateren dat de wijkverpleegkundige met de indicatiestelling een uitstekend instrument heeft om schaarse wijkverpleging passend in te zetten, stellen we ook vast dat dit instrument beter benut kan worden. Zorgverleners, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, burgers, professionals uit het sociale domein en VWS zullen, net als de (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden, zich hiervoor

moeten inzetten. In het advies geven we aan welke acties we van alle partijen verwachten om te komen tot meer passende inzet van wijkverpleging. We benoemen daarbij ook hoe het ministerie van VWS hieraan kan bijdragen.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Eerstelijnszorg

Het Zorginstituut zal de komende drie jaar graag de monitoring van de mate waarin de acties worden uitgevoerd op zich nemen, naast de monitoring van het tekort aan wijkverpleging. Als ondanks de inzet van alle partijen de druk op de wijkverpleging toch te hoog wordt en zorgvragen niet (passend) beantwoord kunnen worden, zullen we een beperking van de aanspraak opnieuw in overweging nemen. Uiteraard zullen we dit in nauw overleg met het ministerie van VWS doen.

Datum
1 november 2023

Onze referentie
2023038897

Wij hopen dat u zich kunt vinden in dit advies.

Hoogachtend,


Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Verdelen van schaarste in de wijkverpleging

Hoe behouden we de toegankelijkheid en kwaliteit
van de wijkverpleging nu en in de toekomst?

1 november 2023

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	6
1 Toegankelijkheid van wijkverpleging onder druk	9
1.1 Wijkverpleging anno 2023: een essentiële spil in de eerstelijnszorg	9
1.2 Verwachte stijging van de zorgvraag	10
1.3 Verwacht tekort aan personeel	11
1.4 Toenemende zorgvraag en de aanspraak op wijkverpleging	11
1.4.1 Aanspraak op wijkverpleging vanuit de Zvw	12
1.4.2 Aanspraak op verpleging en verzorging vanuit de Wlz	12
2 Indicatiestelling als instrument voor passende inzet van schaarse wijkverpleging	13
2.1 Indicatiestelling die voldoet aan het Normenkader	13
2.1.1 Onderzoek naar praktijkverschillen in indicatiestelling: ruimte voor verbetering	14
2.1.2 Intercollegiale toetsing en scholing	15
2.2 Taakherschikking van ADL-taken naar helpenden of informele zorg	15
2.2.1 Wijkverpleegkundige zorgt voor balans in de wijk	15
2.2.2 Taakherschikking levert meeste op bij mensen met langdurig laag-intensieve zorg	15
2.2.3 Randvoorwaarden voor een goede verdeling van taken in de wijk	16
2.2.4 Belang informele zorgverleners meegenomen in nieuw signalement Zorginstituut	17
2.3 Inzet van digitale zorg en hulpmiddelen	17
2.4 Verpleegkundige zorg op de juiste plek	18
2.4.1 Dialyse niet thuis maar in een dialysecentrum	18
2.4.2 Palliatieve terminale zorg niet thuis maar in een hospice	19
2.4.3 Verschuiving van complexe zorg thuis naar een Wlz-instelling	19
3 Beperken van wijkverpleging in het basispakket, alleen als het echt niet anders kan	21
3.1 Beperking van de periode	21
3.2 Beperking van het aantal uren wijkverpleging per jaar	22
3.3 Beperking van wijkverpleegkundige zorgvormen	22
3.4 Nadelige gevolgen van beperking van de aanspraak wijkverpleging	22
3.4.1 Beperking van de aanspraak is niet persoonsgericht	22
3.4.2 Beperking van de aanspraak sluit niet aan bij de beweging naar langer thuis	22
3.4.3 Beperking van de aanspraak leidt mogelijk tot een verschuiving van zorg naar andere delen van de zorgsector	23
3.4.4 Beperking van de aanspraak vraagt om inzet van mantelzorgers zonder toezicht van de wijkverpleegkundige	23
3.5 Wanneer weegt het voordeel van de arbeidsbesparing zwaarder dan de nadelen van het beperken van de aanspraak?	23

4	Advies en vervolgstappen	24
4.1	Eerst maximaal inzetten op passend gebruik van wijkverpleging	24
4.2	De indicatiestelling is een krachtig instrument voor passende inzet van wijkverpleging	24
4.3	Wat is er voor nodig om de indicatiestelling optimaal te laten fungeren voor passende inzet van wijkverpleging	24
4.4	De wijkverpleegkundige kan het niet alleen	26
4.5	Monitoring door het Zorginstituut	26
4.6	Als de mogelijkheden binnen de aanspraak niet voldoende zijn om aan de zorgvraag te voldoen	27
	Bijlage 1 Toelichting en het onderzoek van Gupta Strategists	28
	Bijlage 2 Aanspraak wijkverpleging, kenmerken wijkverpleging, indicatiestelling en passende zorg	43
	Bijlage 3 Advies ACP	47
	Bijlage 4 Consultatiereacties partijen	49

Samenvatting

Dit advies van Zorginstituut Nederland aan de minister van Langdurige Zorg en Sport (LZS) gaat over het zo optimaal mogelijk inzetten van wijkverpleegkundige zorg. Dat is nodig omdat de vraag naar wijkverpleging toeneemt en er steeds minder mensen zijn om die zorg te verlenen. De vraag naar wijkverpleging neemt toe doordat de overheid mensen stimuleert om steeds langer thuis te blijven wonen. Dat staat bijvoorbeeld in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Door deze ontwikkelingen en de krapte op de arbeidsmarkt staat de toegankelijkheid van wijkverpleging onder druk. Dit raakt vooral kwetsbare groepen mensen, waaronder ouderen, psychiatrische patiënten, mensen met ernstige (chronische) aandoeningen en mensen in de laatste levensfase. In 2021 ontvingen in totaal 667.000 mensen verpleging en verzorging door de wijkverpleging. Momenteel is het tekort aan wijkverpleging ongeveer 3600 fte, op een totaal van 80.000 fte wijkverpleging.

Aanleiding voor dit advies over wijkverpleging

De aanleiding voor dit advies is een bijeenkomst in maart 2023, georganiseerd door het Zorginstituut. Tijdens deze bijeenkomst spraken partijen over initiatieven voor passende zorg die kunnen besparen op de inzet van wijkverpleging. Als oplossing voor de schaarste in de wijkverpleging werd ook voorgesteld om minder wijkverpleging uit het basispakket van de zorgverzekering te vergoeden.

Advies aan de minister over passende inzet wijkverpleging

Het Zorginstituut adviseert om eerst maximaal in te zetten op passende zorg en passende inzet van wijkverpleging. Oftewel: om wijkverpleging beter in te zetten en te organiseren. Hierbij hoort ook dat cliënten geholpen worden meer zelfredzaam te worden, bijvoorbeeld door het gebruik van hulpmiddelen. En ook dat het eigen sociale netwerk van cliënten betrokken wordt bij de zorg. Als we wijkverpleging meer passend inzetten, is het niet nodig om nu over te gaan tot het vergoeden van minder wijkverpleging uit het basispakket van de zorgverzekering.

In ons zorgsysteem bepaalt de wijkverpleegkundige hoeveel en welke zorg een cliënt nodig heeft. Dit heet de indicatiestelling. In het normenkader van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) staan de regels voor de indicatiestelling. De wijkverpleegkundige kan bij de indicatiestelling kijken of er 'helpenden' ingezet kunnen worden in plaats van verzorgenden of wijkverpleegkundigen. Helpenden zijn zorgverleners met een mbo-niveau-2-opleiding, die nog weinig ingezet worden in de wijkverpleging. Zij mogen niet-medische verzorgende handelingen en signalerende taken uitvoeren onder toezicht van de (wijk)verpleegkundige. Verder kijkt de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling ook of het mogelijk is om digitale zorg en hulpmiddelen in te zetten, zodat mensen meer zelf kunnen doen en minder hulp van wijkverpleging nodig is.

Via de indicatiestelling kan de wijkverpleegkundige ervoor zorgen dat er minder uren wijkverpleging nodig zijn, terwijl de kwaliteit van zorg goed blijft. Zo kunnen we de beschikbare wijkverpleging efficiënt en verantwoord verdelen over alle mensen die deze zorg nodig hebben.

Onderzoek ter onderbouwing van dit advies

Om dit advies te kunnen uitbrengen heeft het Zorginstituut onderzoek laten doen door het adviesbureau Gupta Strategists. De conclusie van het onderzoek is dat arbeidsbesparing mogelijk is door in te zetten op meer passende zorg. De inzet van helpenden en hulpmiddelen levert de komende jaren een besparing van meer dan 10.000 fte. Dat wil zeggen dat alleen al de inzet van helpenden en van de hulpmiddelen die meegenomen zijn in het onderzoek, het verwachte arbeidstekort van 12.000 fte in 2032 al grotendeels opvangt.

De rol van de wijkverpleegkundige om schaarse zorg goed te verdelen

Ons uitgangspunt in dit advies is dat de wijkverpleegkundige met de indicatiestelling een instrument in handen heeft om passende zorg en passende inzet van wijkverpleging te bereiken. Het is belangrijk dat de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt ook betrokken blijft bij het leveren van de zorg. De wijkverpleegkundige ziet erop toe dat de zorg op de juiste manier geleverd wordt en kan waar nodig op tijd opschalen of afschalen. In het huidige zorgstelsel kunnen meerdere zorgaanbieders wijkverpleging aanbieden in een wijk.

Dat belemmert goede afstemming van zorg tussen de wijkverpleegkundige en huisartsen, specialisten ouderenzorg, paramedici en professionals uit het sociale domein.

Rollen van de zorgsector om wijkverpleging meer passend in te zetten

In dit advies geven we aan welke inzet van alle partijen nodig is voor passende inzet van schaarse zorg. Want wijkverpleegkundigen kunnen daar natuurlijk niet alleen voor zorgen. De hele zorgsector moet de positie van de wijkverpleegkundige erkennen als eindverantwoordelijke voor de indicatiestelling en de samenwerking met de wijkverpleging hierop afstemmen. Dit maakt het werken in de wijkverpleging mogelijk ook aantrekkelijker.

Rol V&VN

We verwachten dat de beroepsgroep V&VN zorgt voor scholing, intervisie en intercollegiale toetsing, zodat alle wijkverpleegkundigen indicaties stellen die aan het normenkader voldoen. Ook vragen we V&VN om aan te geven hoe helpenden verantwoord ingezet kunnen worden.

Rol zorgverzekeraars

Van zorgverzekeraars verwachten we dat ze het voor aanbieders van wijkverpleging mogelijk maken om helpenden te contracteren. Dat geeft de wijkverpleegkundige de ruimte om taken over te dragen aan helpenden. Ook verwachten we dat zorgverzekeraars in hun contracten met aanbieders van wijkverpleging afspraken maken over de kwaliteit van de indicatiestelling.

Rol zorgaanbieders van wijkverpleging

Van zorgaanbieders wijkverpleging verwachten we dat ze helpenden contracteren als onderdeel van het team wijkverpleging. En dat zij het mogelijk maken om hulpmiddelen in te zetten waar dat mogelijk is. Bijvoorbeeld een medicijndispenser, druppelbril of digitaal alarm dat afgaat door bewegingssensoren. Ook verwachten we dat zorgaanbieders van wijkverpleging hun werknemers voldoende ruimte geven voor scholing, intervisie en intercollegiale toetsing.

Rol ministerie van Volksgezondheid, Sport en Welzijn (VWS)

We vragen het ministerie van VWS om bij te dragen aan het creëren van maatschappelijk bewustzijn. Iedereen in Nederland moet beseffen dat door de tekorten aan zorgverleners in de wijkverpleging zorg niet alleen door professionals geleverd kan worden. We moeten allemaal bereid zijn om mee te helpen. We vragen VWS ook om beleid te maken, opdat er in één wijk minder aanbieders van wijkverpleging komen die elkaar beconcurreren. Hiermee sluiten we aan bij de oproep van de Raad voor Volksgezondheid (RVS) in hun rapport *Met de stroom mee*.¹

Rol Zorginstituut

Het Zorginstituut gaat volgen of de randvoorwaarden tot stand komen en of partijen genoemde acties uitvoeren om tot meer passende inzet van wijkverpleging te komen. Daarnaast blijven we het tekort aan wijkverpleging in de gaten houden. We monitoren dit alles de komende drie jaar. Als blijkt dat deze aanpak niet genoeg helpt om de druk op de wijkverpleging te verminderen, gaan we samen met VWS kijken of andere maatregelen nodig zijn. De mogelijkheid om minder wijkverpleging te vergoeden uit het basispakket zullen we dan ook weer overwegen. Maar nu eerst dus deze oproep om met zijn allen in te zetten op passende wijkverpleging. Op het verbeteren van zelfredzaamheid van mensen. Op een goede organisatie en inzet van zorgverleners. Het doel is en blijft dat alle mensen in Nederland de zorg krijgen die ze nodig hebben.

¹ RVS, [Met de stroom mee](#), 2023.

Inleiding

In Nederland staan we voor de vraag hoe we ervoor zorgen dat de mensen die wijkverpleging nodig hebben dit krijgen. Nu en in de toekomst. De zorgverzekeringswet (Zvw) biedt mogelijkheden om de beschikbare wijkverpleegkundige zorg goed te verdelen. Het Zorginstituut heeft onderzoek laten doen naar deze mogelijkheden. De resultaten van dit onderzoek vormen de basis van ons advies hoe de toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleging te behouden voor iedereen die dit nodig heeft.

Toegankelijkheid van wijkverpleging onder druk

De wijkverpleging staat onder druk. Het aantal zorgvragen voor de wijkverpleging neemt toe. Dat komt ten eerste door de dubbele vergrijzing: de groep ouderen in ons land wordt groter en hun gemiddelde leeftijd wordt hoger. Ten tweede zorgen het programma Langer Thuis en de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) voor een verschuiving van de zorg naar de eigen omgeving van de cliënt. Hiermee neemt het aantal zorgvragen voor de wijkverpleging toe. Daarbij is de arbeidsmarkt voor wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden nu al krap en blijft deze waarschijnlijk de komende jaren krap.²

Als we - de zorgsector, politiek en samenleving - niets veranderen, dreigt de wijkverpleging vast te lopen. Niet iedereen krijgt dan meer de zorg die nodig is. Omdat wijkverpleging vooral zorg betreft voor kwetsbare ouderen en mensen met ernstige aandoeningen, zullen vooral zij hieronder lijden. En dat is juist de groep mensen die we als maatschappij willen ondersteunen met alle zorg die ze nodig hebben om in hun eigen omgeving te functioneren.

Verdeling van schaarse wijkverpleging: passende zorg of beperking van het basispakket?

Om ervoor te zorgen dat iedereen de zorg blijft krijgen die hij nodig heeft, moeten we de beschikbare wijkverpleging zo goed mogelijk verdelen. Met andere woorden: we moeten zorgen voor een verantwoorde en doelmatige inzet van de beschikbare wijkverpleging. De Zvw kan hier op verschillende manieren aan bijdragen:

1. wijkverpleging die nu in het basispakket zit meer volgens de principes van passende zorg bieden;
2. een pakketmaatregel nemen waardoor de aanspraak op wijkverpleging in het basispakket beperkt wordt.

In het voorjaar van 2023 ging Zorginstituut Nederland hierover in gesprek met zorgaanbieders, beroepsgroepen, zorgverzekeraars, de Patiëntenfederatie, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Tijdens deze bijeenkomst bespraken partijen initiatieven voor passende zorg die waarschijnlijk een besparing geven van inzet van wijkverpleging:

- Het eenduidig uitvoeren van de indicatiestelling voor wijkverpleegkundige zorg volgens de normen van de beroepsgroep;
- Betere inzet van (digitale) hulpmiddelen;
- Taakherschikking: zorgtaken die nu door de wijkverpleegkundige, verpleegkundige of verzorgende worden gedaan, verschuiven naar helpenden en, als het mogelijk is, naar informele zorgverleners en mantelzorgers. Onder de informele zorgverleners vallen de mantelzorgers, informele zorgverleners betaald via het persoonsgebonden budget (pgb) en vrijwilligers. Helpenden zijn zorgverleners met een mbo niveau 2-opleiding. Zij maken nu niet standaard deel uit van het team wijkverpleging. Informele zorgverleners zijn niet-beroepsmatige zorgverleners. De zorg die zij bieden wordt vaak vergoed met een pgb. Mantelzorgers zijn meestal partners, kinderen, vrienden of burens van de persoon die zorg nodig heeft. Zij krijgen geen vergoeding via het pgb.

Alle partijen vonden het de moeite waard om met deze mogelijkheden aan de slag te gaan. Enkelens betwijfelden of ze voldoende besparing van wijkverpleging opleveren. Zij stelden voor om ook een pakketmaatregel te nemen: een beperking van de aanspraak op wijkverpleging in de basisverzekering. Bijvoorbeeld een beperking van wijkverpleging binnen het basispakket tot een periode van maximaal 3 maanden of een maximaal aantal uren wijkverpleging per jaar. Na de maximale periode of het maximaal aantal uren per jaar zou het recht op vergoeding van wijkverpleging vanuit het basispakket dan wegvallen.

² Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021) Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, wrr-Rapport 104, Den Haag: wrr. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>.

Passende zorg heeft in principe de voorkeur

Vanuit het IZA en de visie van het Zorginstituut is de inzet op passende zorg in principe te verkiezen boven een beperking van de aanspraak wijkverpleging. Een beperking van de aanspraak zal ertoe leiden dat mensen uitgesloten worden van wijkverpleegkundige zorg die nu nog wel in het basispakket zit. Een beperking van de aanspraak wijkverpleging geldt zonder aanzien van de persoon en de zorg die hij in zijn situatie behoeft. Een dergelijke beperking is niet persoonsgericht, maar geldt voor iedereen. Het uitgangspunt bij passende zorg is 'zorg op maat' oftewel persoonsgerichte zorg. Passende zorg sluit aan bij de individuele problemen, beperkingen, mogelijkheden en de sociale en medische situatie van de cliënt.

Onderzoek naar de impact van meer passende zorg en beperking van de aanspraak wijkverpleging

Het Zorginstituut heeft onderzoek laten doen door Gupta Strategists naar de impact van de initiatieven die de partijen voorstelden voor passende zorg en de beperking van de aanspraak wijkverpleging (zie bijlage 1). Met impact bedoelen we de besparingen van de uren inzet van wijkverpleegkundigen, verpleegkundige en verzorgenden die deze initiatieven opleveren.

Gupta Strategists heeft eerst het te verwachten tekort aan wijkverpleging tot en met 2032 berekend. Dat deden zij op basis van gegevens over wijkverpleegkundige zorg die is geleverd van 2015 tot en met 2022, de verwachte veroudering van de bevolking en de verwachte verplaatsing van zorg naar huis door de afspraken uit het IZA en actielijnen uit het programma WOZO.

Vervolgens hebben zij de mogelijke besparingen in arbeidsuren wijkverpleging voor de voorgestelde initiatieven voor passende zorg en de pakketmaatregelen berekend (zie bijlage 1).

We beschouwen deze berekeningen van besparingen in arbeidsuren wijkverpleging als grove inschattingen. Ze zijn namelijk gemaakt op basis van aannames over toekomstige ontwikkelingen in demografie en zorggebruik en interpretaties van de beschikbare gegevens over de geleverde zorg. Zo nemen we bijvoorbeeld aan dat mensen die langdurig minder dan 4 uur zorg per week ontvangen, en die incontinentiemateriaal gebruiken, waarschijnlijk hulp krijgen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals bijvoorbeeld wassen en aankleden. Dat weten we echter niet zeker.

Gevolgen voor de inhoud van zorg en thuis veilig functioneren

De voorgestelde initiatieven voor meer passende zorg en beperking van de aanspraak wijkverpleging leveren niet alleen een besparing van het aantal arbeidsuren wijkverpleging op. Ze hebben ook invloed op de inhoud van zorg: mensen krijgen andere zorg, bijvoorbeeld meer gericht op zelfredzaamheid, meer betrokkenheid van hun eigen sociale netwerk of met hulpmiddelen in plaats van fysieke zorg door de wijkverpleegkundige, verpleegkundige of verzorgende. In het geval van beperking van de aanspraak krijgen mensen minder zorg. Dit heeft gevolgen voor het functioneren van cliënten en het veilig en verantwoord thuis kunnen wonen. Ook zijn er gevolgen voor het sociale netwerk van mensen die zorg nodig hebben. Partners, kinderen en burens moeten mogelijk zorgtaken overnemen.

Advies om toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleging te behouden voor mensen die dit nodig hebben

De resultaten van het onderzoek over besparingen van arbeidsuren wijkverpleging vormen een belangrijke basis van ons advies. Daarnaast nemen we in het advies ook de andere gevolgen mee aan de hand van de vraag: in hoeverre zijn de voorgestelde initiatieven en beperking van de aanspraak doelmatig, verantwoord en veilig en maatschappelijk gezien wenselijk en acceptabel?

We gaan hierbij niet in op de financiële gevolgen van de voorgestelde maatregelen. Anders dan in andere onderdelen van de zorgsector, ligt de druk op de wijkverpleging niet zo zeer op de financiën.³ De afgelopen jaren werd het budget voor wijkverpleging niet volledig uitgegeven.⁴ Maar het spreekt voor zich dat er bij de besparing van arbeidsuren wijkverpleging ook kosten worden bespaard. De totale zorgkosten kunnen echter wel toenemen door bijvoorbeeld de aanschaf van (digitale) hulpmiddelen, het pgb aan informele zorgverleners of door meer (verplaatsing naar) zorg in het ziekenhuis, hospice of Wlz-instelling.

³ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021) Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, wrr-Rapport 104, Den Haag: wrr. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>.

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/05/22/onderzoek-onderschrijding-wijkverpleging>

Reikwijdte van het advies

Dit advies gaat over de toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleging en verpleging en verzorging thuis voor volwassenen in het algemeen, ongeacht hoe deze zorg wordt betaald, uit de Zvw of uit de Wet langdurige zorg (Wlz).

We gaan in dit advies alleen in op mogelijkheden om de druk op wijkverpleging te verminderen die beïnvloed kunnen worden vanuit het systeem van de zorgverzekering. Het beperken van de inzet van wijkverpleging met preventieve zorg gericht op zelfredzaamheid en reablement vanuit het team wijkverpleging hoort hier ook. Mogelijkheden om de behoefte aan wijkverpleging te verminderen of uit te stellen door verschillende vormen van ondersteuning vanuit het sociale domein vallen, omdat ze buiten het systeem van de zorgverzekering liggen, buiten de reikwijdte van het advies. Ook de bekostiging van de wijkverpleging hebben we niet meegenomen in de scope van dit advies.

Mogelijkheden om bijvoorbeeld het werken in de wijkverpleging aantrekkelijker te maken om zo het huidige aanbod aan arbeidskrachten te behouden en te vergroten nemen we niet mee. De beroepsgroep houdt zich bezig met dit thema.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 gaan we in op de toenemende zorgvraag voor wijkverpleging die we de komende jaren verwachten en het te verwachten tekort aan personeel. We bespreken vervolgens het recht dat mensen hebben op vergoeding van wijkverpleging uit de Zvw en Wlz.

In hoofdstuk 2 bespreken we hoe via de indicatiestelling passende zorg en een passende verdeling van schaarse wijkverpleging bewerkstelligd kan worden. We laten zien dat op arbeidsuren wijkverpleging bespaard kan worden door wijkverpleging meer passend te bieden.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de gevolgen van het beperken van de aanspraak wijkverpleging. We bespreken de arbeidsuren wijkverpleging die hiermee bespaard worden en de gevolgen die dit heeft voor de zorginhoud en het langer en veilig thuis blijven wonen.

In hoofdstuk 4 leggen we uit waarom we adviseren nu eerst in te zetten op passende inzet van wijkverpleging via de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. We geven aan welke randvoorwaarden hiervoor gerealiseerd moeten worden en welke partijen hierbij aan zet zijn.

1. Toegankelijkheid van wijkverpleging onder druk

De toegankelijkheid van wijkverpleging staat onder druk. De komende jaren verwachten we een toename van het aantal zorgvragen, terwijl de arbeidsmarkt waarschijnlijk krap blijft. Mensen hebben recht op wijkverpleging als er sprake is van een hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg. De wijkverpleging wordt vergoed uit de Zvw en uit de Wlz voor mensen met een Wlz-indicatie. De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige voor wijkverpleging vanuit de Zvw biedt mogelijkheden om de toegankelijkheid van wijkverpleging te behouden voor de mensen die wijkverpleging het meest nodig hebben.

1.1 Wijkverpleging anno 2023: een essentiële spil in de eerstelijnszorg

Het toenemend aantal zorgvragen voor wijkverpleging naast de krappe arbeidsmarkt beperkt de toegankelijkheid van wijkverpleging (verpleging en verzorg thuis) voor mensen die daar volgens de Zvw of Wlz recht op hebben. Als er niets verandert, kunnen zorgverzekeraars, zorgkantoren en Wlz-uitvoerders niet meer altijd aan hun zorgplicht voldoen. Dit betekent dat mensen niet meer alle zorg krijgen die ze nodig hebben. Vooral de meer kwetsbaren van onze samenleving zullen hieronder lijden. Dat zijn niet alleen kwetsbare ouderen, maar ook mensen met een lichamelijke beperking, chronisch zieken, mensen met dementie, psychiatrische patiënten en mensen in de laatste levensfase.

Met wijkverpleging kunnen deze groepen goed en veilig thuis wonen en, kunnen mensen die terminaal ziek zijn thuis overlijden, als zij dat willen. Wijkverpleging is daarom essentieel om de afspraken uit het IZA en het WOZO over zorg in de eigen omgeving te realiseren. Wijkverpleging vormt samen met huisartsenzorg de generalistische spil in de eerstelijnsgezondheidszorg in de wijk.^{5,6} Dit vereist een goede samenwerking van de wijkverpleegkundige met onder andere huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en professionals uit het sociale domein. Een goede samenwerking en een efficiënte taakverdeling is lastig te realiseren als er veel verschillende aanbieders van wijkverpleging in een wijk zijn.⁷

De zorg die onder wijkverpleging valt, reikt van het verlenen van assistentie bij ADL tot zorg in de laatste levensfase (palliatief terminale zorg). Van laagcomplexere handelingen zoals het helpen bij het aan- en uittrekken van steunkousen, tot specialistisch verpleegkundige handelingen, bijvoorbeeld blaaskatheterisatie, het toedienen van medicatie via injecties, stomazorg en het toedienen van sondevoeding. De meeste tijd (ongeveer 27 procent van het totaal aantal uren wijkverpleging uit de Zvw) wordt besteed aan langdurige, laag intensieve zorg: langer dan een jaar en minder dan 4 uur per week. Waarschijnlijk gaat het hierbij veelal om ADL-ondersteuning en het aan- en uittrekken van steunkousen. Palliatief terminale zorg, een vorm van kortdurende en hoog intensieve zorg, neemt slechts 5 procent in van het totaal aantal geleverde uren wijkverpleging uit de Zvw.⁸

Net als in andere sectoren van de zorg is ook in de wijkverpleging evidence based practice een belangrijk uitgangspunt. Het kennisinstituut van de beroepsgroep heeft een database met wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor verpleging en verzorging.

Wijkverpleging wordt geleverd door zorgaanbieders met of zonder een contract met de preferente zorgverzekeraar. Gecontracteerde zorgaanbieders leveren ongeveer 93 procent van het totaal aantal uren wijkverpleging.⁷

Wijkverpleging wordt voor de meeste mensen vergoed vanuit de Zvw. Voor mensen met een Wlz-indicatie wordt de zorg geboden door de wijkverpleging vergoed vanuit de Wlz. We spreken dan van verpleging en verzorging thuis.

5 <https://www.venvn.nl/media/2q5mdxo4/expertisegebied-wijkverpleegkundige.pdf>

6 <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde>

7 <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/06/20/met-de-stroom-mee>

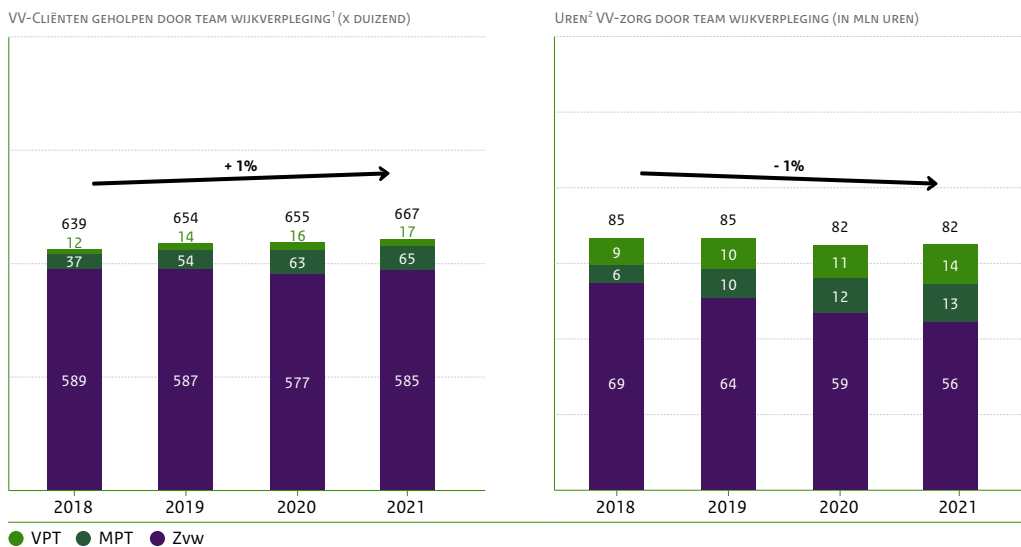
8 Rapport Gupta Strategists Passende Wijkverpleging. NB het betreft hier alleen uren wijkverpleging vanuit de Zvw.

1.2 Verwachte stijging van de zorgvraag

Het ligt in de lijn der verwachting dat de vraag naar wijkverpleging zal toenemen de komende jaren. Het aantal ouderen zal de komende tijd stijgen. De vergrijzing zal zijn piek waarschijnlijk pas in 2040 bereiken. Omdat het gebruik van wijkverpleging over het algemeen toeneemt met de leeftijd⁹, zal de vraag naar wijkverpleging ook toenemen. Veel mensen wonen liever thuis dan in een instelling, ondanks hun beperkingen of aandoeningen. Het programma Langer Thuis¹⁰ richt zich sinds 2018 op het mogelijk maken dat mensen langer thuis wonen. In het IZA en het WOZO-programma zijn afspraken opgenomen voor de verschuiving van zorg naar huis. Dit alles leidt tot een grotere vraag naar wijkverpleging.

Het onderzoek van Gupta Strategists laat zien dat in 2021 in totaal 667.000 mensen 82 miljoen uur wijkverpleging kregen. Voor 585.000 mensen (88 procent) werd de wijkverpleging vanuit de Zvw bekostigd, voor 82.000 (12 procent) uit de Wlz. Als we naar de uren geleverde wijkverpleging kijken, zien we dat ongeveer 56 miljoen (68 procent) van deze uren werd bekostigd vanuit de Zvw en ongeveer 26 miljoen (32 procent) uit de Wlz. Dit betekent dat mensen die verpleging en verzorging thuis uit de Wlz krijgen relatief meer uren zorg ontvangen. (Zie figuur 1)

Figuur 1 Wijkverpleging vanuit Zvw en verpleging en verzorging thuis vanuit Wlz



1) Dubbeltelling voor cliënten die meerdere zorgvormen in een jaar ontvangen. 2) Prestaties zonder tijdseenheid zijn omgezet naar uren o.b.v. gemiddelde uurtarieven voor specifieke zorgsoort en jaar. Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

We zien de afgelopen jaren een relatieve toename van verpleging en verzorging thuis uit de Wlz ten opzichte van wijkverpleging uit de Zvw. In 2018 ontving 92 procent van de mensen die wijkverpleging ontvingen dit uit de Zvw en 8 procent uit de Wlz. In 2021 was dat respectievelijk 88 en 12 procent. In uren was het aandeel van wijkverpleging vanuit de Wlz in 2018 18 procent en in 2021 32 procent (zie figuur 1).

De inschattingen van het totaal aantal benodigde uren wijkverpleging in de toekomst verschillen, afhankelijk van het toekomstscenario dat we aanhouden. Als we uitgaan van het toekomstscenario met een toename van het aantal ouderen waarbij wijkverpleging geleverd blijft worden zoals dat nu gebeurt, moet dit aantal uren met ongeveer 35 procent toenemen in 2032. Als we ook de verschuiving van zorg naar de eerste lijn meenemen die komt door onder andere de afspraken uit het IZA en het WOZO-programma, (het toekomstscenario bij het prognosemodel van Zorg en Welzijn) moet het aantal uren wijkverpleging met meer dan 50 procent toenemen (zie figuur 2).

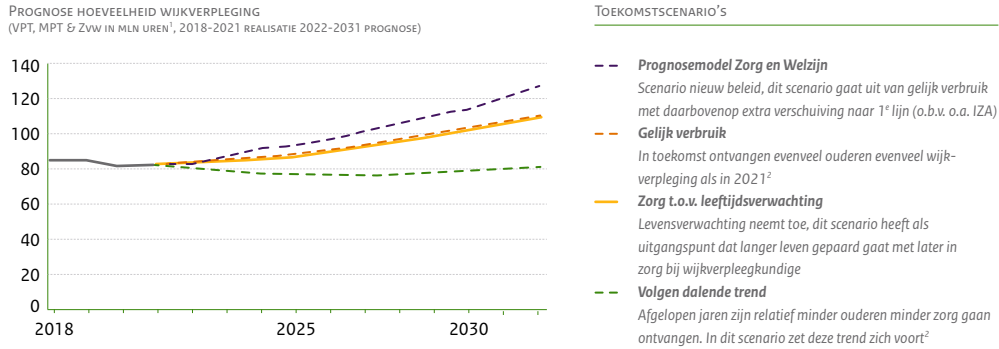
De afgelopen jaren hebben we echter geen stijging gezien van het totaal aantal mensen dat wijkverpleging ontvangt en het totaal aantal geleverde uren wijkverpleging. We weten niet precies wat de verklaring hiervan is. Misschien is het voor een deel een effect van het al langer bestaande tekort aan wijkverpleging in sommige regio's.

⁹ <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ouderenzorg>.

¹⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis>

Een andere verklaring kan zijn dat op sommige plekken al meer hulpmiddelen zijn ingezet of taakherschikking naar helpenden of informele zorgverleners plaatsvindt. Als deze trend doorzet, blijft het totaal aantal uren wijkverpleging ongeveer gelijk. Dit scenario ligt echter niet voor de hand, gezien de afspraken in het IZA en het WOZO-programma voor het verschuiven van zorg naar de eigen omgeving en de dubbele vergrijzing.

Figuur 2 Prognose hoeveelheid benodigde wijkverpleging in de komende jaren

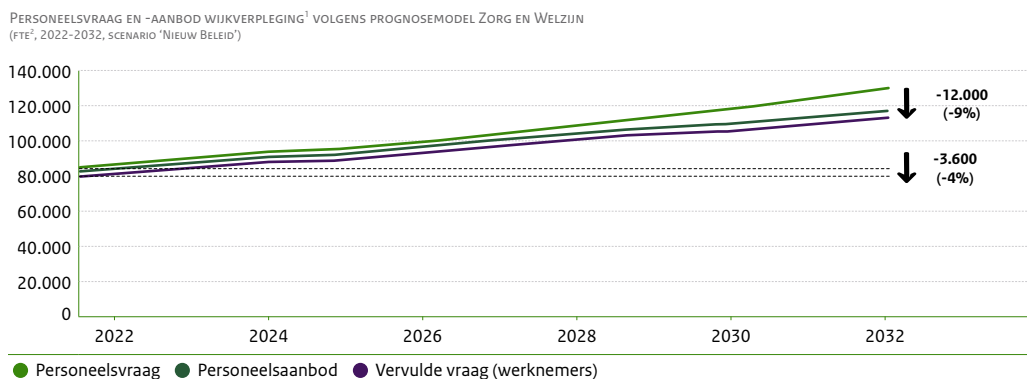


1) Prestaties zonder tijdseenheid zijn omgezet naar uren o.b.v. gemiddelde uurtarieven voor specifieke zorgsoort en jaar. 2) Per leeftijdsgroep. Geen correctie voor eventuele effecten COVID. Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

1.3 Verwacht tekort aan personeel

De krapte op de arbeidsmarkt bij de wijkverpleging geldt voor wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden. In 2023 is het tekort aan wijkverpleging (het verschil tussen de vraag aan fte wijkverpleging en het aantal fte wijkverpleging dat is ingezet) ongeveer 3600 fte, op een totaal van 80.000 fte wijkverpleging. 1 fte staat gelijk aan een baan met een fulltime werkweek. We verwachten dat dit tekort de komende jaren toeneemt. Als we rekening houden met een toename van het aantal ouderen en verschuiving van zorg naar de eerste lijn zal het tekort in 2032 rond de 12.000 fte zijn (zie figuur 3). Ook hier geldt: als de huidige trend zich voortzet, blijft het tekort ongeveer 3600 fte. Gezien de afspraken in het IZA en het WOZO-programma en de vergrijzing is dit echter niet waarschijnlijk en neemt het tekort de komende jaren toe.

Figuur 3 Prognose tekort aan wijkverpleging



1) 'Thuiszorg' in prognosemodel Zorg en Welzijn, (gedeeltelijk) ook MPT en VPT. Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn thuiszorg. Aanname dat verhouding fte/werknemer gelijk blijft. Bron: CBS.

1.4 Toenemende zorgvraag en de aanspraak op wijkverpleging

De wijkverpleegkundige bepaalt met haar indicatiestelling op welke zorg iemand redelijkerwijs is aangewezen. Op deze zorg heeft een verzekerde aanspraak. Ook als er een tekort is aan wijkverpleging, als er schaarste is aan wijkverpleging, geldt dat de indicatiestelling bepaalt welke zorg voor cliënt noodzakelijk is en daar bestaat aanspraak op.

Wijkverpleging kan vergoed worden vanuit de Zvw, maar vanuit de Wlz kan ook verpleging en verzorging thuis geboden worden.

1.4.1 Aanspraak op wijkverpleging vanuit de Zvw

Wijkverpleging is ondergebracht in de Zvw als een aparte prestatie. Het valt onder de te verzekeren prestatie Verpleging en Verzorging en is opgenomen in artikel 2.10 van het *Besluit zorgverzekering*. Het betreft 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop en niet gepaard gaat met verblijf. Op welke zorg een cliënt vanuit de Zvw aanspraak maakt, wordt bepaald door de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Alleen deze zorg wordt vergoed vanuit de Zvw. Zorg die de wijkverpleegkundige in de individuele situatie niet noodzakelijk acht kan niet vergoed worden vanuit de Zvw.

Dit betekent dat de indicatiestelling, mits goed uitgevoerd, een krachtig instrument is om ervoor te zorgen dat mensen de juiste zorg krijgen die op de juiste manier wordt geleverd. In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op de indicatiestelling als instrument om de toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleging te behouden voor de mensen die deze het meest nodig hebben.

1.4.2 Aanspraak op verpleging en verzorging vanuit de Wlz

Mensen die vanwege hun aandoeningen of beperkingen blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben, hebben recht op Wlz-zorg. Zij kunnen er onder voorwaarden ook voor kiezen om zorg, waaronder verpleging en verzorging, thuis te ontvangen. Dit kan via een volledig pakket thuis (vpt). Dat houdt in dat thuis dezelfde zorg wordt geboden als in een instelling. Het kan ook via een modulair pakket thuis (mpt). Dat betekent dat delen van de zorg thuis worden geboden, soms door verschillende zorgaanbieders.¹¹ Verpleging en verzorging als onderdeel van een vpt of mpt kan op dezelfde manier worden ingevuld als wijkverpleging vanuit de Zvw. De zorg wordt meestal geleverd door het team wijkverpleging. Een belangrijk verschil is dat de indicatiestelling voor verpleging en verzorging in de Wlz niet wordt gedaan door de wijkverpleegkundige. Bij de Wlz bepaalt het CIZ of er sprake is van een indicatie voor Wlz-zorg, en welk zorgprofiel geïndiceerd wordt (en daarmee ook de omvang van de verpleging en verzorging). De wijkverpleegkundige die daadwerkelijk betrokken is bij de zorg aan de cliënt, bepaalt dus niet de hoeveelheid zorg die nodig is. Maar stelt wel middels het zorgplan vast welke zorg iemand nodig heeft. De mogelijke overheveling van vpt en mpt naar de Zvw die in lijn met het programma WOZO overwogen wordt, impliceert dat de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige ook bepalend zal zijn voor de aanspraak op verpleging en verzorging voor cliënten met een vpt en mpt.

¹¹ [Wlz-algemeen: Hoe werkt de Wet langdurige zorg? | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

2. Indicatiestelling als instrument voor passende inzet van schaarse wijkverpleging

De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige is een instrument dat passende zorg en passende inzet van de beschikbare wijkverpleging bewerkstelligt. Het biedt zo mogelijkheden om de druk op wijkverpleging te verminderen. En ook de toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleging te behouden. De mogelijkheden om vanuit de indicatiestelling zorg anders te leveren en te organiseren, dragen allemaal bij aan besparing van uren wijkverpleging. Ze zijn geen van allen nieuw voor de wijkverpleging. Ze staan namelijk al benoemd in het Normenkader en in richtlijnen en worden al uitgevoerd in de praktijk. Binnen de Zvw maakt de indicatiestelling deel uit van het zorgproces. De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige maakt onderdeel uit van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en valt daarmee onder de aanspraak wijkverpleging binnen de Zvw.

Een besparing van uren wijkverpleging kan worden bereikt door maximaal in te zetten op een betere indicatiestelling die voldoet aan het Normenkader. Inclusief de taakherschikking en de inzet van maatregelen die arbeidsuren besparen, in de vorm van (digitale) hulpmiddelen. Echter zijn er wel een aantal randvoorwaarden verbonden aan de genoemde mogelijkheden om deze in te voeren in de praktijk. Het inhoudelijk verbeteren van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige vraagt kennis en toepassing van het Normenkader, kennis van de sociale kaart van de wijk, (verplichte) intercollegiale toetsing, intervisie en scholing. Daarnaast is het belangrijk dat de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige niet (helemaal) los gekoppeld wordt van de zorg die geleverd wordt.

Verschuiving van langdurig laag-intensieve zorg naar helpenden of informele zorgverleners past goed bij het streven naar passende zorg en kan de druk op de wijkverpleging verminderen. Hierbij is een belangrijke randvoorwaarde dat er altijd ruimte geïndiceerd moet worden voor het wakend oog van de wijkverpleegkundige (of verpleegkundige of verzorgende van het team wijkverpleging).

Het grote aantal zorgaanbieders van wijkverpleging in de wijk werkt belemmerend op de coördinatie en afstemming van zorgverleners in de wijk. Hierdoor is het voor de wijkverpleegkundige moeilijk om een goede positie in de wijk in te nemen en de schaarse zorg te verdelen. Een randvoorwaarde is daarom ook dat dit aantal zorgaanbieders in een wijk teruggebracht wordt.

2.1 Indicatiestelling die voldoet aan het Normenkader

De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige biedt mogelijkheden om wijkverpleging vanuit de Zvw zo passend en verantwoord mogelijk in te zetten bij beperkte beschikbaarheid. Via de indicatiestelling kan de wijkverpleegkundige ervoor zorgen dat de mensen die het meest nodig hebben, deze zorg ook echt krijgen. Met de indicatiestelling bepalen wijkverpleegkundigen wie welke zorg krijgt en hoe deze wordt geleverd. Zij houden hierbij rekening met wat de cliënt en zijn mantelzorgers zelf kunnen, maar ook met de beschikbaarheid van wijkverpleging in de wijk van de cliënt.

De beroepsgroep heeft in 2014 een Normenkader opgesteld voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.¹² Het beschrijft waar de wijkverpleegkundige aan moet voldoen om te mógen indiceren voor de Zvw, waarbij elke norm even relevant is en geen één norm uitgesloten wordt. In 2019 is vervolgens een toelichting op het Normenkader gepubliceerd, het Begrippenkader Indicatieproces.¹³ Ook zijn de Handreiking Normenkader¹⁴ en Handreiking verpleegkundig proces¹⁵ opgesteld welke ondersteunend zijn bij het indicatieproces.

¹² Normenkader | V&VN (venvn.nl)

¹³ <https://www.venvn.nl/media/lwds4jg/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf>

¹⁴ <handreiking-normenkader-jan2020-def.pdf> (venvn.nl)

¹⁵ <handreiking-verpleegkundig-proces-jan-2020-def.pdf> (venvn.nl)

Het Normenkader vereist dat wijkverpleegkundigen bij de indicatiestelling inzetten op zelfredzaamheid. Ze doen dit aan hand van de piramide *stappen in de verkenning van zelfredzaamheid van cliënt en cliëntsysteem*.¹⁶ Dat betekent dat:

- het netwerk van mantelzorgers wordt betrokken bij de zorg;
- (digitale) hulpmiddelen worden gebruikt waar dat mogelijk is;
- waar nodig professionals uit het sociale domein worden betrokken.

Het begrippenkader stelt dat wijkverpleegkundigen bij de indicatiestelling ook rekening houden met de schaarse beschikbaarheid van wijkverpleging door personeelstekorten. Van wijkverpleegkundigen wordt verwacht dat ze “telkens de balans zoeken wat ‘het goede’ is voor deze zorgvrager en andere (potentiële) zorgvragers in de wijk”.¹⁷

Het is wel noodzakelijk dat de beroepsgroep deze verantwoordelijkheid op zich kan nemen. En dat de wijkverpleegkundige die de indicatie vaststelt niet alleen daartoe bevoegd is volgens de wet, maar ook bekwaam is. De beroepsgroep kan ervoor zorgen dat de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige inhoudelijk wordt verbeterd en beter wordt toegepast. Dit kan met kennis over en toepassing van het Normenkader, kennis van de sociale kaart¹⁸ van de wijk waarin de wijkverpleegkundige indicaties stelt, intercollegiale toetsing, intervisie en scholing. Daarbij is het belangrijk dat wijkverpleegkundigen zijn aangesloten bij Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) of dat de zorgorganisatie waarvoor zij werken is aangesloten bij een branchevereniging. V&VN heeft in april 2023 een enquête uitgevoerd onder werkzame wijkverpleegkundigen. De conclusie is dat werken volgens het *Expertisegebied Wijkverpleegkundige* (V&VN, 2019) en het volgen van een aanvullende training uitgangspunten zijn voor vakbekwaam indiceren.¹⁹ Ook de zorgorganisaties zullen hun werknemers de gelegenheid moeten geven voor scholing, intervisie en intercollegiale toetsing.

Kortom: als de indicatiestelling van de wijkverpleegkundigen voldoet aan het Normenkader en wijkverpleegkundigen handelen volgens het begrippenkader krijgen cliënten in principe zorg die is afgestemd op hun wensen, plannen en mogelijkheden. Zorg die gericht is op hun functioneren en bevordering van hun zelfredzaamheid thuis. En zorg die afgestemd is op de beschikbaarheid van wijkverpleging in de wijk van de cliënt. Het Normenkader benadrukt het belang van wetenschappelijke onderbouwing van de zorg. De geïndiceerde zorg die voldoet aan het Normenkader sluit daarmee aan bij de principes van *evidence based practice*. In Bijlage 2 staat meer informatie over het Normenkader en hoe dit aansluit bij de principes van passende zorg.

2.1.1 Onderzoek naar praktijkverschillen in indicatiestelling: ruimte voor verbetering

In 2023 wordt er in opdracht van de betrokken partijen onderzoek gedaan naar ongewenste verschillen in de indicatiestelling wijkverpleging die in de praktijk voorkomen.²⁰ De uitkomsten hiervan worden in november 2023 verwacht. Er zijn signalen dat de indicatiestelling van wijkverpleegkundigen niet altijd voldoet aan het Normenkader.²¹ De indicatiestelling en met name de onderbouwing hiervan vraagt meer ervaring en deskundigheid dan de opleiding hbo-verpleegkunde in het algemeen biedt. Er is dus ruimte voor verbetering. Dat de indicatiestelling van de wijkverpleegkundigen niet altijd voldoet aan het Normenkader, kan betekenen dat een deel van de cliënten te weinig of te veel zorg krijgt. Of dat de zorg niet goed aansluit bij hun zorgvraag, wensen en situatie. Ook kan het betekenen dat de zorg niet doelmatig wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat beschikbare hulpmiddelen niet worden ingezet.

De kwaliteit van de indicatiestelling kan verbeteren door ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundigen voldoen aan het Normenkader en tijd en ruimte krijgen om alle stappen van het verpleegkundig proces zorgvuldig te doorlopen. Daarnaast is een randvoorwaarde dat de indicatiestelling niet los kan staan van het leveren van zorg, dit wordt ook gesignaleerd in het rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) ‘*Met de stroom mee*’²².

¹⁶ Normenkader | V&VN (venvn.nl) (p.18)

¹⁷ <https://www.venvn.nl/media/lwdsajg/begrippenkader-indicatiestelling-def.pdf>, Begrippenkader Indicatiestelling pagina 24

¹⁸ Kennis van de sociale kaart staat expliciet genoemd in norm 2 en norm 3 van het Normenkader.

¹⁹ Uitslag enquête vakbekwaam indiceren | V&VN (venvn.nl).

²⁰ Onderzoek Praktijkvariatie indicatiestelling wijkverpleging, Nivel, Hogeschool Utrecht, Universiteit Maastricht (verwacht november 2023).

²¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2022/02/10/evaluatie-indicatiestelling-wijkverpleging---tweede-meting>.

²² Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, *Met de stroom mee*, juni 2023.

De wijkverpleegkundige die de indicatiestelling heeft gedaan, maar vervolgens niet die zorg ook levert, kan niet nagaan of de zorg daadwerkelijk wordt geleverd zoals bedoeld. Feitelijk is er dan geen sprake van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

2.1.2 Intercollegiale toetsing en scholing

Om te zorgen dat de indicatiestelling altijd voldoet aan het Normenkader, kan de beroepsgroep zorgen voor extra scholing en de mogelijkheid bieden tot leren en verbeteren. Intercollegiale toetsing is daarvoor een bruikbare methodiek. Van groot belang is dat alle wijkverpleegkundigen bevoegd en bekwaam zijn én blijven om te indiceren. Hoe dit getoetst kan worden is aan de beroepsgroep zelf om te bepalen. V&VN Wijkverpleegkundigen zal in 2023 een uitspraak doen over 'vakbekwaam indiceren voor de Zvw'. Ook de zorgorganisaties zullen hun werknemers de gelegenheid moeten geven voor scholing, intervisie en intercollegiale toetsing. Zorgverzekeraars kunnen in de contractering borgen dat de aanbieders de indicatiestelling alleen laten uitvoeren door wijkverpleegkundigen die bekwaam zijn om de indicatiestelling te doen.

Een voorbeeld van een beroepsgroep die de ontwikkeling stimuleert dat professionals bevoegd en bekwaam zijn en blijven, zijn de kinderverpleegkundigen. De kinderverpleegkundige beroepsgroep heeft in 2020 de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) opgesteld en afgesproken dat elke kinderverpleegkundige die indiceert voor kindzorg in de Zvw, de training HIK dient te volgen en minimaal drie keer per jaar deelneemt aan intervisie (c.q. intercollegiale toetsing). Het doel is uiteindelijk dat dit een kwaliteitscriterium of aanvullende beroepsnorm wordt (naast het Normenkader) om te mogen indiceren voor de Zvw voor kinderen 0-18 jaar.

2.2 Taakherschikking van ADL-taken naar helpenden of informele zorg

De wijkverpleegkundige kan via de indicatiestelling beoordelen of er zorgtaken zijn die helpenden of informele zorgverleners kunnen uitvoeren. Bijvoorbeeld als een cliënt laagcomplexere zorg nodig heeft in een stabiele situatie. Onder de informele zorgverleners vallen de mantelzorgers, informele zorgverleners betaald via het pgb en vrijwilligers. Door zorgtaken van de wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en de verzorgenden over te dragen aan helpenden (mbo niveau 2) of informele zorgverleners (wel of niet betaald vanuit een pgb) kan de druk op wijkverpleging verminderd worden.

2.2.1 Wijkverpleegkundige zorgt voor balans in de wijk

Zoals omschreven in het *Begrippenkader Indicatieproces (V&VN, 2019)*²³ is het voor de wijkverpleegkundige telkens de balans zoeken tussen wat 'het goede' is voor de individuele situatie van een zorgvrager en andere (potentiele) zorgvragers in de wijk. De wijkverpleegkundige heeft de verantwoordelijkheid om de schaarse beschikbaarheid van zorg in de wijk – vanwege de personeelstekorten – daar in te zetten waar het noodzakelijk is. Door de inzet van helpenden of informele zorgverleners kan de wijkverpleegkundige zorgen dat iedereen de benodigde zorg krijgt.

Om de kwaliteit van de zorgverlening door helpenden of informele zorgverleners zeker te stellen, is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige betrokken blijft bij het zorgproces om te controleren of alles goed gaat. Het zogeheten 'wakend oog'. De wijkverpleegkundige stuurt op zelfredzaamheid. Binnen de indicatie moet er ruimte zijn voor de wijkverpleegkundige om de zorg door de helpende of informele zorgverleners te controleren, monitoren en te evalueren. De wijkverpleegkundigen kunnen ook de mantelzorgers uitleg geven en hun draagkracht en draaglast in de gaten houden.

De beschikbaarheid van mantelzorgers is hierbij wel een probleem. Er is een tekort aan mantelzorgers. Actieve mantelzorgers worden nu al gevraagd om meer te doen, bijvoorbeeld in de vakantieperiode. Daarnaast kan het voor de cliënt en voor de informele zorgverlener niet prettig zijn om bepaalde zorg te ontvangen of te leveren, bijvoorbeeld het helpen bij douchen. Daarom zien wij bij de voorgestelde taakherschikking als eerste een rol weggelegd voor helpenden en vervolgens voor de informele zorgverleners.

2.2.2 Taakherschikking levert meeste op bij mensen met langdurig laag-intensieve zorg

De taakherschikking kan veel opleveren bij de groep cliënten die langdurig laag-intensieve zorg ontvangt. Cliënten die langdurig laag-intensieve zorg krijgen vormen de grootste groep binnen de gebruikers van wijkverpleging.

²³ [Begrippenkader Indicatiestelling \(venvn.nl\)](#)

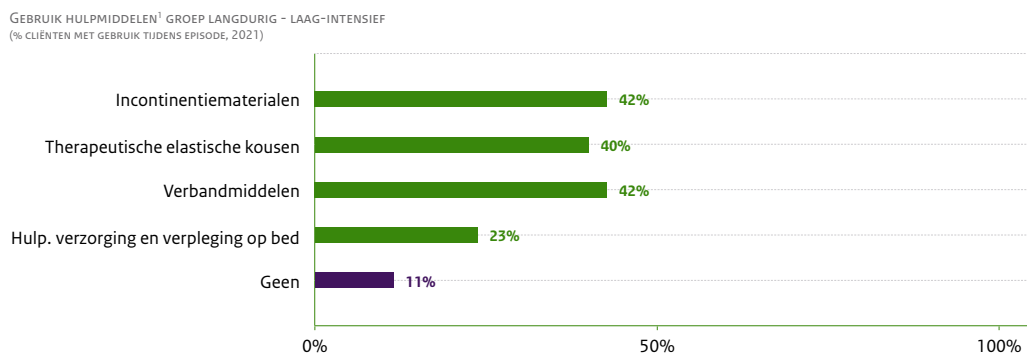
Langdurig laag-intensieve zorg is zorg langer dan een jaar, gemiddeld 4 uur of minder per week (zie tabel 1).

Tabel 1 Overzicht cliënten die langer dan 1 jaar laag-intensieve zorg ontvangen

Statistieken cliënten die langer dan 1 jaar laag-intensieve zorg ontvangen in 2021	
Aantal cliënten die laag-intensieve zorg ontvangen (< 4 uur per week)	150.000 (64% van het totaal aantal cliënten dat > 1 jaar zorg ontvangt)
Gemiddelde leeftijd	79 jaar
Totaal aantal laag-intensieve uren zorg	15,4 miljoen (35% van het totaal aantal uren wijkverpleging)
Gemiddelde duur in zorg	1250 dagen (3,5 jaar)

Van deze groep is het aannemelijk dat het in veel gevallen voornamelijk om ADL-zorg gaat. Dit komt door de langdurige periode in zorg, het aantal uren zorg per week, de stabiliteit in uren zorg en de hulpmiddelen die deze groep gebruikt, zoals steunkousen en incontinentiemateriaal (zie figuur 4). Bij deze groep gaat het voornamelijk om het behoud van de eigen levensstijl van de volwassene, zich kunnen redden in het dagelijks bestaan en het bewaren van de autonomie.

Figuur 4 Gebruik hulpmiddelen onder cliënten die langdurige laag-intensieve zorg ontvangen



De geschatte opbrengsten van taakherschikking naar helpenden zijn veelbelovend. De cijfers laten namelijk een besparing van 5,6 miljoen uur zien. Dat is 10 procent van het totaal aantal uren wijkverpleging (zie figuur 5). Hierbij nemen we aan dat we bij de helft van de groep (75.000 cliënten) 80 procent van de zorgtaken kunnen herschikken en de wijkverpleegkundige nog voor gemiddeld 20 procent van de zorgtaken betrokken blijft. Hiervoor is wel ongeveer 5.700 fte aan helpenden nodig om de laag-intensieve zorg te leveren. Dit is waarschijnlijk een overschatting van de besparing en het benodigd aantal fte helpenden, omdat zorgorganisaties nu ook al werken met helpenden.

Figuur 5 Geschatte opbrengst van taakherschikking naar helpenden

Oplossingen	Aantal cliënten 2021 (x 1000)	Schatting impact 2021 (% van totaal uren)
Taakherschikking van ADL-taken naar helpenden (niveau 2) of informele zorg (incl. PGB)	75	10%
<ul style="list-style-type: none"> Wijkverpleegkundige blijft betrokken voor 20% van de tijd voor coördinatie Aanname dat 50% van de cliënten die langdurig laag-intensieve zorg ontvangen in aanmerking komt voor taakherschikking 		

2.2.3 Randvoorwaarden voor een goede verdeling van taken in de wijk

De inzet van helpenden is mogelijk in de functioneel omschreven aanspraak verpleging en verzorging in de Zvw. De functionele omschrijving laat zien waaraan de verpleging en verzorging moet voldoen. Maar het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen wie de zorg mag leveren. Als randvoorwaarde bij de inzet van helpenden geldt daarom dat zorgverzekeraars ruimte moeten bieden voor deze taakherschikking in de polisvoorwaarden. Zo krijgen de zorgaanbieders die helpenden inzetten hiervoor ook betaald. Een andere randvoorwaarde is dat er voldoende aanbod van helpenden en opleidingen tot helpenden aanwezig zijn en

dat er baangarantie is. We verwachten dat de mbo-opleiding helpenden aantrekkelijker wordt als er meer vraag naar is.

Daarnaast werkt het grote aantal zorgaanbieders in de wijk belemmerend op de indicatiestelling volgens het Normenkader. Het grote aantal zorgaanbieders in een wijk bemoeilijkt de afstemming en samenwerking met huisartsen, specialisten ouderenzorg en professionals uit het sociale domein. Deze afstemming en samenwerking zijn randvoorwaarden voor een goede indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Daarnaast biedt het grote aantal zorgaanbieders mogelijkheden voor 'shoppen': als de ene zorgaanbieder bijvoorbeeld staat op de inzet van een hulpmiddel, kan de cliënt naar een andere aanbieder gaan en om fysieke zorg vragen.

2.2.4 Belang informele zorgverleners meegenomen in nieuw signalement Zorginstituut

De RVS publiceerde in 2022 en 2023 de rapporten *Anders leven en zorgen*²⁴ en *Met de stroom mee*²⁵. Eén van de kernaanbevelingen hierin is de taakherschikking naar de informele zorgverlener, gestimuleerd door onder andere een financiële vergoeding. En de informele zorgverlener een gelijkwaardiger onderdeel laten zijn van het zorgproces. Het Zorginstituut ontwikkelt in 2023-2024 een signalement passende langdurige zorg met aandacht voor de formele en informele zorg. De balans tussen draagkracht en draaglast van de informele zorgverleners en de financiële vergoeding aan informele zorgverleners komen hierin aan bod.

2.3 Inzet van digitale zorg en hulpmiddelen

Een wijkverpleegkundige beoordeelt bij het indiceren volgens het Normenkader of iemand is geholpen met digitale zorg of een hulpmiddel. Digitale zorg kan bestaan uit zorg met technologische middelen, beeldbellen of alarmeringsmiddelen die afgaan door sensors. Als de digitale vorm voldoet bij een cliënt, dan heeft deze geen aanspraak op een fysieke vorm van zorg voor dezelfde zorgbehoefte. De cliënt is dan namelijk niet meer 'redelijkerwijs aangewezen op' fysieke zorg. Als de digitale vorm niet helemaal voorziet in de zorgbehoefte, dan kan een combinatie van digitale en fysieke zorg worden aangeboden. Een cliënt kan dus fysieke zorg, digitale zorg of een combinatie krijgen, afhankelijk van zijn situatie²⁶. Dit geldt ook voor de inzet van andere hulpmiddelen of arbeidsbesparende maatregelen, bijvoorbeeld de oogdruppelbril. De wijkverpleegkundige beoordeelt of deze zorginzet even goed werkt en passend is als fysieke zorg. Ook hiervoor geldt dat als dit het geval is, de cliënt niet ook nog aanspraak heeft op een fysieke vorm van zorg voor dezelfde zorgbehoefte. Met andere woorden: het huidige Normenkader impliceert dat zorg via een (digitaal) hulpmiddel voorrang heeft op fysieke zorg.

Op verzoek van het Zorginstituut heeft Gupta Strategists onderzoek gedaan naar de impact van de inzet van hulpmiddelen en digitale zorg binnen de wijkverpleging (Zvw en Wlz).²⁷ Het onderzoek richtte zich op 10 maatregelen die al door verschillende zorgaanbieders in de praktijk worden ingezet. We zijn er ons van bewust dat er nog andere veelbelovende innovatieve (digitale) hulpmiddelen worden ingezet en worden ontwikkeld in de komende jaren.

Voor de onderzochte 10 arbeidsbesparende maatregelen geldt dat de meeste effecten te verwachten zijn met een oogdruppelbril, medicijndispenser, passend steunkoushulpmiddel en een hulpmiddel voor ondersteuning van dagstructuur (zie figuur 6). Naar aanleiding van de 'Beter Doen' lijst is ook het verzorgend wassen meegenomen als arbeidsbesparende maatregel.²⁸ In totaal kan er per jaar ongeveer 1.250 fte worden bespaard als deze maatregelen breed worden uitgevoerd. De geschatte 1.250 fte arbeidsbesparing is ongeveer 1,5 procent van de totale fte's in de wijkverpleging (80.000 fte in totaal). Het ligt in de lijn van de verwachting dat het gebruik van nieuwe hulpmiddelen ook weer besparingen zullen opleveren.

²⁴ [Anders leven en zorgen | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](#)

²⁵ [Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Met de stroom mee, juni 2023.](#)

²⁶ [Wijkverpleging \(18 jaar en ouder\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

²⁷ [Rapport arbeidsbesparende maatregelen voor de wijkverpleging \(2023, Gupta\)](#)

²⁸ [beter-doen-lijst-wijkverpleging.pdf \(venvn.nl\)](#)

Figuur 6 Arbeidsbesparende maatregelen die de meeste besparing opleveren

O oplossingen	Aantal cliënten 2021 (x 1000)	Schatting impact 2021 (% van totaal uren)
Verzorgend wassen ^{1,2}	88	4%
Medicijn dispenser (ondergrens)	23	2%
Steunkousenhulp	17	2%
Dagstructuurondersteuning	23	1%
Oogdruppelbril	88	1%
Beeldschermzorg	17	<1%

1) Wassen met speciale doekjes in plaats van met water en zeep. 2) Speciale doekjes worden over het algemeen niet vergoed door verzekeraars. Bron: Eindrapport - Arbeidsbesparende maatregelen (ZINL), data Vektis, analyse Gupta Strategists

De inzet van hulpmiddelen heeft de voorkeur boven fysieke hulp. Zo streven we naar zelfredzaamheid van cliënten en arbeidsbesparing van wijkverpleging. Het is belangrijk dat de beroepsgroep vastlegt in welke gevallen specifieke hulpmiddelen wel en niet moeten worden gebruikt, wanneer ze gestopt kunnen worden en in welke gevallen naast het hulpmiddel ook nog fysieke zorg nodig is. Niet alle hulpmiddelen worden vergoed uit de Zvw. De cliënt betaalt soms zelf voor een hulpmiddel omdat het niet is opgenomen in het basispakket. Bij de beoordeling of een relatief goedkoop hulpmiddel in het basispakket wordt opgenomen is het criterium ‘noodzakelijk te verzekeren’ bij uitstek van belang²⁹. Hierbij wordt gekeken of het een algemeen gebruikelijk (hulp)middel is en wat de (meer)kosten zijn, maar ook of het substitueert voor andere zorgkosten. Zo kan het voorkomen dat een relatief goedkoop hulpmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, zoals bijvoorbeeld de aan- en uittrekhelp voor elastische kousen.

Wijkverpleegkundigen moeten cliënten aanraden om deze hulpmiddelen zelf aan te schaffen, ook als deze niet worden vergoed. Wijkverpleegkundigen moeten meegeven dat hulpmiddelen moeten worden gebruikt als dat mogelijk en passend is en dat het niet willen aanschaffen van een hulpmiddel geen reden is om fysieke zorg door de wijkverpleging vergoed te krijgen vanuit de Zvw.

Bij het inzetten van (digitale)hulpmiddelen zullen ook andere partijen daar een rol in hebben en verantwoordelijkheid nemen. Bijvoorbeeld: De apotheker kan als verstrekker van de baxterrol een grotere verantwoordelijkheid en rol bij de medido nemen.

De oogarts (c.q. polikliniekverpleegkundige) kan een essentiële rol hebben als het gaat om het introduceren van een oogdruppelbril bij de voorbereiding op de operatie. Dan hoeft er zelfs niet eens wijkverpleging ingezet te worden.

2.4 Verpleegkundige zorg op de juiste plek

Zorg bieden op de plek waar deze het meest doelmatig geleverd kan worden, kan ook helpen om de zorg toegankelijk te houden en de kwaliteit van zorg goed te houden. Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de cliënt georganiseerd. Dat houdt in dat zorg dichtbij plaatsvindt als het kan en verder weg als het moet. In deze paragraaf schetsen we de effecten van de mogelijkheden voor:

- dialyse in een dialysecentrum;
- palliatieve zorg in een hospice;
- de verschuiving van complexe zorg thuis naar een Wlz-instelling.

2.4.1 Dialyse niet thuis maar in een dialysecentrum

Partijen uit het veld hebben de doelmatigheid van intensieve verpleegkundige zorg thuis zonder mantelzorg vergeleken met zorg in een dialysecentrum aangedragen als onderwerp op de pakketagenda voor cyclisch pakketbeheer. De gedachte hierachter is dat het geen duurzame inzet is als een wijkverpleegkundige een paar uur naast een cliënt moet zitten tijdens de dialyse thuis, als er geen mantelzorg of informele zorgverlener beschikbaar is. In een dialysecentrum kan dat efficiënter, omdat er dan op meerdere cliënten tegelijk toezicht wordt gehouden. De impact van de verschuiving van intensieve dialysezorg thuis naar een dialysecentrum is klein op het totaal aantal uren wijkverpleging. Het gaat om ongeveer 200 cliënten die meer dan 10 uur thuis dialysezorg krijgen onder leiding van een wijkverpleegkundige. Ter vergelijking; in

29 Het 'Afwegingskader Noodzakelijk te verzekeren zorg', Zorginstituut Nederland, wordt in november/december 2023 gepubliceerd

totaal zijn er 6.200 mensen in Nederland afhankelijk van dialyse. Hiervan dialyseren 1.200 personen thuis; zelfstandig of onder leiding van verpleegkundigen die in dienst zijn bij een dialysecentrum. Deze groep doet dus geen beroep op de wijkverpleegkundige.

2.4.2 Palliatieve terminale zorg niet thuis maar in een hospice

Idealiter sterven mensen op de plek van hun voorkeur. Dit is een uitgangspunt. Maar ook hier geldt dat passende zorg dichtbij plaatsvindt als het kan, en verder weg als het moet door kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur of schaars personeel. Het kan zijn dat er intensieve verpleegkundige zorg in de laatste levensfase nodig is en er geen informele zorgverlener beschikbaar is. Dan is het juist dat met de cliënt het gesprek gevoerd wordt dat zorg thuis niet passend is³⁰, maar zorg in een hospice of een Bijna-thuis-huis wel. De cliënt mag opname in een hospice wel weigeren. De beroepsgroep geeft ook aan dat zij kijken hoe in deze fase goede zorg kan worden geleverd. De wens van de zorgvrager om thuis te sterven staat hierbij voorop. Als er geen netwerk aanwezig is en toezicht in de vorm van waken nodig is, kan een andere voorziening zoals een hospice of Bijna-thuis-huis een goede oplossing zijn³¹.

De geschatte impact van de verplaatsing van alle palliatieve terminale zorg naar een hospice is een besparing van 4 tot 5 procent van het totaal aantal uren wijkverpleging (tussen de 1,7 miljoen en 2,3 miljoen uur voor 22.000 cliënten). Hierbij is het belangrijk om aan te geven dat het om alle cliënten gaat die palliatieve terminale zorg nodig hebben. Dus niet alleen om de cliënten waar de zorg niet doelmatig thuis geleverd kan worden. De verschuiving van alle palliatieve zorg naar hospicezorg vraagt daarnaast om, in onze ogen, een niet realiseerbare toename van het aantal beschikbare bedden met de bijbehorende zorgverleners.

Dit is een vraagstuk met conflicterende waarden: tegemoetkomen aan de wens van de cliënt vergeleken met het streven naar goede en passende zorgverlening. Dit wordt bekeken vanuit het perspectief van de wijkverpleging, niet vanuit het perspectief van het zorgsysteem. Welke waarde het zwaarst weegt vraagt om een maatschappelijk debat. De regie voor een maatschappelijk debat en de uiteindelijke beleidskeuze ligt bij de politiek.

2.4.3 Verschuiving van complexe zorg thuis naar een Wlz-instelling

Als een cliënt niet meer verantwoord thuis kan wonen, is opname in een intramurale setting nodig. Wanneer de grens tussen thuis of in een instelling wonen dichterbij komt, en vaak al eerder, gaat de wijkverpleegkundige het gesprek aan met de cliënt en het netwerk van de cliënt over 'Advance care planning' (ACP). Als de wijkverpleegkundige constateert dat de cliënt niet meer thuis kan wonen en verblijf in een instelling (Wlz-intramuraal) aan de orde is, adviseert de verpleegkundige de cliënt en de familie om een Wlz-indicatie aan te vragen bij het CIZ³².

Het aantal volwassenen dat thuis woont met een Wlz-indicatie thuis (vpt en mpt) neemt toe. Door de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de plannen om het aanbod van bedden in een Wlz-instelling te bevrozen en door wijkverpleging vanuit de Wlz in de thuissituatie te laten vervallen³³, wordt de druk op de wijkverpleging vanuit de Zvw groter. Als er geen plek is in een Wlz-instelling, komen cliënten op een wachtlijst en blijven zij gedurende die periode zorg ontvangen van het team wijkverpleging. Op het moment dat cliënten volgens de wijkverpleegkundige niet meer verantwoord thuis kunnen wonen, kan de zorg in het geding komen. De intensiteit van zorg die nodig is bij de complexe zorgvraag kan dan niet altijd thuis geboden worden. De zorgvraag van de cliënt wordt dan dus niet volledig beantwoord.

Uit de geanalyseerde data blijkt dat gemiddeld drie maanden voor uitstroom uit de wijkverpleging naar Wlz intramuraal een duidelijke toename van zorginzet is. Als deze cliënten direct doorstromen naar een Wlz-instelling op het moment dat de zorginzet toeneemt, geeft dit een geschatte besparing van 2 procent van het totaal aantal uren wijkverpleging.

³⁰ Niet passend vanuit het principe passende zorg is Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) geredeneerd, uitgewerkt in de norm: Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel

³¹ Zie paragraaf 4.1 Begrippenkader indicatieproces (V&VN, 2019)

³² Zie kopje aansluiting Zvw-Wlz op pagina: [Wijkverpleging \(18 jaar en ouder\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

³³ [WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

Een randvoorwaarde voor het direct doorstromen naar een Wlz-instelling, is dat cliënten inderdaad een Wlz-indicatie aanvragen als de wijkverpleegkundige aangeeft en onderbouwt dat er niet meer verantwoord thuis gewoond kan worden. Nadat cliënten deze indicatie hebben gekregen, moeten zij dan (meteen) een plek krijgen in een Wlz-instelling. Dat betekent dat er dan voldoende bedden beschikbaar moeten zijn in de instelling en er geen wachtlijsten bestaan voor opname. Maar momenteel zijn er wel wachtlijsten. We verwachten dat de wachtlijsten en de wachttijd voor opname in een Wlz-instelling de komende jaren toenemen. Hieraan moeten we tot slot nog toevoegen dat het eerder doorstromen van huis naar intramurale Wlz-zorg zal leiden tot hogere maatschappelijke kosten en dus niet doelmatig is.

3. Beperken van wijkverpleging in het basispakket, alleen als het echt niet anders kan

Het beperken van de aanspraakwijkverpleging in het basispakket is ook een manier waarop we de druk op wijkverpleging kunnen verminderen en beschikbare wijkverpleging anders kunnen verdelen. Een dergelijke pakketmaatregel heeft grote gevolgen. Het levert zeker een besparing van arbeidsuren wijkverpleging op. Daar staat tegenover dat de toegang tot zorg in het geding komt. Zorg die cliënten nodig hebben en waar ze met de huidige aanspraak wel recht op hebben. Zorg die noodzakelijk en passend is volgens de professionele normen van de wijkverpleegkundige. En zorg die cliënten dan op een andere manier moeten krijgen, bijvoorbeeld van mantelzorgers.

Om een beter beeld te krijgen van de gevolgen gaan we in op de meest voor de hand liggende mogelijkheden om de aanspraak te beperken:

- beperking van de periode dat cliënten recht hebben op wijkverpleging;
- beperking van het aantal uren wijkverpleging waar cliënten recht op hebben per jaar;
- beperking van de zorgvormen van de wijkverpleging of wijkverpleegkundige interventies die onder de aanspraak vallen.

Gupta Strategists heeft een inschatting gemaakt van de besparingen aan arbeidsuren wijkverpleging die deze beperkingen opleveren. We beschouwen deze besparingen in samenhang met de gevolgen die de beperking van de aanspraak hebben voor de zorginhoud, het veilig thuis wonen en de inzet van het sociale netwerk.

3.1 Beperking van de periode

Beperking van de aanspraak tot een maximale periode waarin wijkverpleging wordt vergoed vanuit het basispakket kan op verschillende manieren worden ingevuld. Het ligt het meest voor de hand om deze beperking te laten gelden voor langdurige zorg, die niet of weinig verandert in de loop van de tijd. Denk aan laagcomplex, laag-intensieve ADL-zorg, zoals hulp bij wassen, aankleden en aan- en uittrekken van steunkousen.

De maximale periode kan ook verschillend worden ingevuld. Omdat vanuit partijen het voorstel kwam om 3 maanden aan te houden, hebben we dit laten doorrekenen door Gupta Strategists.

We zien dan dat beperking van de aanspraak tot een maximale periode van 3 maanden voor laagcomplex, laag-intensieve ADL-zorg een besparing oplevert van 12 tot 24 procent arbeidsuren wijkverpleging (1.700.000 tot 3.420.000 uren besparing op het totaal van 14.000.000 uren wijkverpleging voor langdurige laag intensieve zorg). 12 procent als we uitgaan van 75.000 cliënten die laag-intensieve ADL-zorg krijgen en 24 procent als we uitgaan van 150.000 cliënten die deze zorg krijgen³⁴.

Door deze beperking wordt voor 75.000-150.000 mensen na 3 maanden geen ADL-zorg meer vergoed vanuit de Zvw. Dit betreft vooral ouderen. Zij zullen de ADL-zorg die zij volgens de professionele normen nodig hebben om veilig en langer thuis te blijven wonen op een andere manier moeten krijgen. Bijvoorbeeld via mantelzorgers of via een Wlz-indicatie. In het laatste geval betekent dit dat de besparing van wijkverpleging vanuit de Zvw de druk op wijkverpleging vanuit de Wlz vergroot.

De maximale periode van 3 maanden is slechts een voorbeeld. We hadden ook kunnen kiezen voor een periode van 1 maand of een half jaar. Uiteraard zou de besparing van arbeidsuren wijkverpleging dan respectievelijk groter of kleiner zijn.

34 Deze cijfers zijn gebaseerd op declaratiegegevens uit 2021 die laten zien dat ongeveer 150.000 mensen langdurig (gemiddeld 3,5 jaar) laag intensieve zorg (minder dan 4 uur per week) krijgen. We weten niet bij hoeveel van deze mensen het ging om (alleen) ADL-zorg, maar nemen aan dat het zeker om meer dan 50 procent gaat. (Gupta pagina 11 en 17.)

3.2 Beperking van het aantal uren wijkverpleging per jaar

Een andere optie is om de aanspraak te beperken tot een maximaal aantal uren wijkverpleging per jaar, bijvoorbeeld 250 uur. Als iemand deze 250 uur aan zorg heeft gekregen, eindigt het recht op wijkverpleging.

Als we deze beperking van de aanspraak zouden invoeren, ongeacht de indicatie en ongeacht de zorg die is geleverd in de 250 uur, zou dit een besparing van 19 procent arbeidsuren (11 miljoen op het totaal van 56 miljoen uren wijkverpleging die uit de Zvw vergoed worden) wijkverpleging opleveren. Ongeveer 58.000 cliënten (het aantal mensen dat in 2021 meer dan 250 uur zorg per jaar kreeg) zal dan een deel van het jaar geen wijkverpleging meer krijgen. Weer zou dit gaan om cliënten die wel een indicatie hebben voor wijkverpleging. En dus volgens de professionele normen van de wijkverpleegkundige wel wijkverpleging nodig hebben. Ook hierbij zullen mensen op een andere manier zorg moeten krijgen. Via mantelzorgers, via een Wlz-indicatie of door zelf particulier zorg in te kopen.

Het maximum van 250 uur wijkverpleging per jaar is een voorbeeld. Als we als maximum 100 uur of 400 uur kiezen, is de besparing respectievelijk groter of kleiner.

3.3 Beperking van wijkverpleegkundige zorgvormen

Een andere mogelijkheid is om bepaalde vormen van wijkverpleegkundige zorg uit te sluiten van de aanspraak wijkverpleging. Hierbij kan worden gedacht aan het uitsluiten van wijkverpleging voor zorg waar een hulpmiddel voor bestaat dat de inzet van de wijkverpleging kan vervangen. Zo zou bijvoorbeeld het druppelen van ogen, het aan- en uittrekken van steunkousen, het toezicht houden op het medicatiegebruik uit het basispakket gehaald kunnen worden omdat hier goede hulpmiddelen voor bestaan. Dit zou dan gelden voor cliënten die goed om kunnen gaan met de betreffende hulpmiddelen, maar ook voor cliënten die dat niet kunnen. Bijvoorbeeld cliënten met dementie of een tremor door de ziekte van Parkinson.

Het onderzoek van Gupta Strategists laat zien dat dit een besparing kan opleveren van 1 procent uren wijkverpleging aan het druppelen van ogen, 2 procent voor het aan- en uittrekken van steunkousen en 2 procent voor het aanreiken van en toezien op medicijnen. Hierdoor zouden 88.000 cliënten na een cataractoperatie geen hulp van wijkverpleging meer kunnen krijgen bij het druppelen van hun ogen. 17.000 cliënten geen hulp meer kunnen krijgen van wijkverpleging bij hun steunkousen en bij 23.000 cliënten met dementie of een psychiatrische aandoening valt het toezicht op hun medicatiegebruik door de wijkverpleegkundige weg.

Een andere mogelijkheid is om gespecialiseerde verpleegtechnische handelingen uit te sluiten van de aanspraak. De besparing die dit oplevert aan uren wijkverpleging kunnen we niet inschatten op basis van de declaratiegegevens. Het staat echter vast dat dit uiteindelijk geen besparing van professionele zorg betekent. De handelingen zullen dan namelijk door verpleegkundigen in het ziekenhuis of door de huisarts, specialist ouderenzorg of een andere zorgprofessional uitgevoerd moeten worden.

3.4 Nadelige gevolgen van beperking van de aanspraak wijkverpleging

Het beperken van de aanspraak heeft grote gevolgen. Een deel van de cliënten die nu wijkverpleging vergoed krijgen vanuit de Zvw, heeft daar met een beperking van de aanspraak mogelijk geen recht meer op. Dit betekent dat zij geen zorg meer krijgen of op een andere manier zorg moeten regelen. Bijvoorbeeld via hun partner, kinderen of burens, of door zelf particulier zorg in te kopen.

3.4.1 Beperking van de aanspraak is niet persoonsgericht

Beperking van de aanspraak is een zware maatregel om wijkverpleging anders te verdelen nu het tekort aan personeel in de wijkverpleging toeneemt. Met een beperking van de aanspraak worden cliënten (gedeeltelijk) uitgesloten van wijkverpleging zonder dat hun individuele veiligheid, problemen, mogelijkheden, wensen en situatie worden meegewogen. Dit zijn allemaal zaken die binnen de huidige aanspraak bij de indicatiestelling wel door de wijkverpleegkundige worden meegenomen.

3.4.2 Beperking van de aanspraak sluit niet aan bij de beweging naar langer thuis

Wijkverpleging draagt eraan bij dat mensen langer veilig thuis kunnen blijven wonen. Door de aanspraak op wijkverpleging te beperken, wordt het thuis wonen voor een deel van de cliënten lastiger en minder veilig. Het risico op vallen bij ADL-taken of het risico op huidinfecties door slechte hygiëne kan bijvoorbeeld toenemen zonder hulp of toezicht van professionele zorgverleners.

Ook worden achteruitgang, complicaties en problemen dan minder tijdig vastgesteld. Hetgeen ook betekent dat langer thuis wonen niet meer gelijk staat aan beter thuis wonen.

3.4.3 Beperking van de aanspraak leidt mogelijk tot een verschuiving van zorg naar andere delen van de zorgsector

De zorgbehoefte van mensen wordt niet minder als de aanspraak wijkverpleging wordt beperkt. Een deel van de mensen zal daarom zorg zelf particulier willen inkopen, zonder vergoeding uit de Zvw. Een ander deel zal geen professionele zorg meer krijgen, wat risico's voor de gezondheid kan opleveren. Denk aan valincidenten, te laat vastgestelde doorligplekken of onjuist gebruik van medicijnen. Dit kan weer leiden tot meer bezoeken aan de spoedeisende eerste hulp, opnames in het eerstelijnsverblijf of het ziekenhuis. Ook zullen mogelijk meer mensen een indicatie aanvragen voor de Wlz, thuis of in een instelling.

3.4.4 Beperking van de aanspraak vraagt om inzet van mantelzorgers zonder toezicht van de wijkverpleegkundige

Mensen die particuliere zorg niet kunnen betalen, zullen een beroep doen op hun partner, kinderen of buren als wijkverpleging wegvalt. Het is de vraag of de familie en buren in voldoende mate beschikbaar zijn.³⁵ En of ze bereid zijn structureel, langere tijd bij te springen en of ze in staat zijn om dat goed te doen en langdurig vol te houden zonder toezicht, instructies en ondersteuning van de wijkverpleegkundige.^{36,37} Ook is het de vraag of en hoeveel mensen zorg accepteren van hun partner, kinderen of buren.

3.5 Wanneer weegt het voordeel van de arbeidsbesparing zwaarder dan de nadelen van het beperken van de aanspraak?

Zolang er nog mogelijkheden zijn om binnen de huidige aanspraak wijkverpleegkundige arbeid te besparen met meer passende zorg, zou het beperken van de aanspraak niet aan de orde moeten zijn. Alleen als de inzet op passende zorg via de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige onvoldoende oplevert zou een beperking van de aanspraak overwogen kunnen worden.

Vanwege de gevolgen die een beperking van de aanspraak met zich meebrengt, is het belangrijk eerst een maatschappelijke discussie te voeren. Bijvoorbeeld over de vraag: kunnen we nog wel inzetten op 'langer thuis' en 'meer zorg in de eigen omgeving' als er een tekort is aan wijkverpleging? En: hoeveel kunnen we vragen of eisen van familie en buren als het gaat om het leveren van bijvoorbeeld ADL-zorg? Welke vormen van zorg door mantelzorgers zijn passend en acceptabel vanuit het oogpunt van de cliënt die zorg nodig heeft?

³⁵ <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>

³⁶ <https://www.raadvv.nl/documenten/publicaties/2023/06/20/met-de-stroom-mee>

³⁷ <https://www.raadvv.nl/documenten/publicaties/2022/05/19/anders-leven-en-zorgen>

4. Advies en vervolgstappen

In de voorgaande hoofdstukken zijn we ingegaan op de mogelijkheden om vanuit de zorgverzekering de toegankelijkheid van wijkverpleging te behouden ondanks het tekort aan arbeidskrachten.

We schetsten wat de inzet op meer passende zorg kan opleveren aan arbeidsbesparing in de wijkverpleging en wat dit betekent voor cliënten, hun familie, voor de zorginhoud en het goed en veilig thuis kunnen blijven wonen en functioneren. Vervolgens zijn we ook ingegaan op de mogelijkheden van het beperken van de aanspraak wijkverpleging.

In dit hoofdstuk formuleren we ons advies om de schaarste in de wijkverpleging zo te verdelen dat iedereen die dat nodig heeft toch de nodige zorg krijgt. Vervolgens geven we aan welke vervolgstappen nodig zijn.

4.1 Eerst maximaal inzetten op passend gebruik van wijkverpleging

Het Zorginstituut adviseert om eerst maximaal in te zetten op meer passende zorg en passende inzet van wijkverpleging. Dit kan, onder andere, door hulpmiddelen waar mogelijk in te zetten, taakherschikking naar helpenden (met toezicht van de wijkverpleegkundige) te realiseren en door het eigen netwerk van cliënten meer te betrekken bij de zorg en ondersteuning. Dit geeft volgens de berekeningen van Gupta Strategists voldoende besparing van arbeidsuren wijkverpleging om het toekomstige tekort van 12.000 fte op te vangen. De passende inzet van wijkverpleging leidt ook tot een doelmatige en verantwoorde verdeling van de beschikbare wijkverpleging over de mensen die deze zorg nodig hebben.

Het Zorginstituut adviseert om een pakketmaatregel die de aanspraak beperkt pas te overwegen als passende inzet van wijkverpleging onvoldoende oplevert. Het beperken van de aanspraak levert weliswaar besparing in uren wijkverpleging op, maar het leidt mogelijk tot onwenselijke gevolgen voor een deel van de mensen die zorg nodig hebben om thuis te kunnen functioneren. Met een beperking van de aanspraak komt de toegankelijkheid van wijkverpleging voor een deel van de mensen mogelijk in het geding, mensen worden daardoor namelijk (gedeeltelijk) uitgesloten van wijkverpleging. Dit gebeurt zonder dat hierbij afwegingen worden gemaakt waarin hun individuele veiligheid, problemen, mogelijkheden, wensen en situatie worden meegenomen. Dit kan ertoe leiden dat mensen niet meer goed en veilig thuis kunnen wonen.

4.2 De indicatiestelling is een krachtig instrument voor passende inzet van wijkverpleging

De wijkverpleegkundige heeft een instrument om passende zorg en passende inzet van wijkverpleging te realiseren: de verpleegkundige indicatiestelling. Het volgen van de normen van de beroepsgroep voor de indicatiestelling leidt tot een passende inzet van wijkverpleging: afgestemd op de problemen, doelen en mogelijkheden van de cliënt, gericht op reablement en zelfredzaamheid, met betrokkenheid van het eigen netwerk van de cliënt en waar mogelijk met gebruik van hulpmiddelen. Wijkverpleegkundigen houden dan ook rekening met de beschikbaarheid van wijkverpleging in de wijk en het land. Dit betekent dat zij niet-complexe zorgtaken overdragen aan helpenden of informele zorgverleners, terwijl zij met een wakend oog betrokken blijven. Ook kunnen zij, als er gedurende een bepaalde periode veel zorgvragen zijn en weinig arbeidskrachten beschikbaar zijn in de wijk, cliënten die veel zorg nodig hebben in de laatste levensfase vragen naar een hospice of Bijna-thuis-huis te gaan.

4.3 Wat is er voor nodig om de indicatiestelling optimaal te laten fungeren voor passende inzet van wijkverpleging

Om via de indicatiestelling wijkverpleging passend te leveren en goed te verdelen over de mensen die zorg nodig hebben, is het belangrijk dat algemeen bekend is dat de wijkverpleegkundige bevoegd en bekwaam is om de indicatiestelling te doen. De positie van de wijkverpleegkundige als eindverantwoordelijke voor de indicatiestelling en voor de passende inzet van wijkverpleging in de wijk moet daarom bekend zijn bij cliënten en hun familieleden. Het is hierbij belangrijk dat andere zorgverleners, bijvoorbeeld huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten in woord en daad, de wijkverpleegkundige in deze positie erkennen en bijstaan. Daarbij is het van belang dat zij geen verwachtingen scheppen over de mate van inzet van wijkverpleging en de manier waarop de zorg wordt geboden. Dit alles zal het werken in de wijkverpleging aantrekkelijk maken wat weer een positief effect kan hebben op de druk op de arbeidsmarkt.

Passende inzet van wijkverpleging kan alleen via de indicatiestelling geregeld worden als het Normenkader en het bijbehorende Begrippenkader van de beroepsgroep goed en eenduidig worden gebruikt. Dit vraagt om scholing van wijkverpleegkundigen en intercollegiale toetsing en intervisie. De beroepsgroep kan via bijvoorbeeld het stellen van eisen voor kwalificatie voor de indicatiestelling en toetsing ertoe bijdragen dat wijkverpleegkundigen bij de indicatiestelling het Normenkader volgen. Ook de zorgorganisaties zullen hun werknemers de gelegenheid moeten geven voor scholing, intervisie en intercollegiale toetsing.

Het is ook belangrijk dat de indicatiestelling niet los staat van het leveren van zorg. De wijkverpleegkundige die de indicatiestelling doet zou ook betrokken moeten zijn bij de zorg die geleverd wordt, zodat de zorg geleverd wordt zoals bedoeld. Dit is belangrijk vanuit het oogpunt van passende inzet van wijkverpleging. Maar ook vanuit het oogpunt van de Zvw. Als de indicatiestelling niet gekoppeld is aan daadwerkelijke (betrokkenheid bij) de geleverde zorg is er feitelijk geen sprake van zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden.

Het huidige zorgstelsel werkt op een aantal punten belemmerend voor de wijkverpleegkundige om te komen tot passende inzet van wijkverpleging met behoud van kwaliteit van zorg. Het zorgstelsel maakt het mogelijk dat meerdere zorgaanbieders wijkverpleging aanbieden in een wijk. Dit bemoeilijkt de afstemming en samenwerking met huisartsen, specialisten ouderenzorg en professionals uit het sociale domein. Deze afstemming en samenwerking zijn essentieel voor een goede indicatiestelling. Er zijn al voorbeelden in de praktijk, zoals het 'white-label principe', waarbij wordt samengewerkt tussen de verschillende zorgaanbieders om de zorgvraag van een cliënt beter te coördineren en overzicht te creëren van de bij aanbieders beschikbare capaciteit.

Daarnaast biedt het grote aantal zorgaanbieders mogelijkheden voor 'shoppen' door cliënten: als de ene zorgaanbieder staat op de inzet van een hulpmiddel, kan de cliënt naar een andere aanbieder gaan en om fysieke zorg vragen. De RVS benoemt het grote aantal concurrerende zorgaanbieders in een wijk ook als een probleem in het recent gepubliceerde rapport 'Met de stroom mee'.³⁸

Ook aanwezigheid van zorgaanbieders van wijkverpleging die geen contract hebben met een zorgverzekering, kan een belemmering zijn voor de inzet van de indicatiestelling als instrument voor passende inzet van wijkverpleging. Doordat de aanbieders geen contract hebben met een zorgverzekering is moeilijker om ze aan te zetten tot passende zorg voor individuele cliënten en is het moeilijk om tot afspraken te komen over passende inzet van wijkverpleging in de wijk.

In het huidige zorgstelsel speelt de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige geen rol bij cliënten die verpleging en verzorging thuis via de Wlz (mpt en vpt) ontvangen. Dit is een gemis. Zeker nu de groep van mensen die wijkverpleging via de Wlz krijgen toeneemt. Vanuit het oogpunt van passende inzet van wijkverpleging is het belangrijk dat ook voor deze groep de wijkverpleegkundige de indicatiestelling doet die voldoet aan het Normenkader. De scheiding van wonen en zorg die door het WOZO-programma in gang wordt gezet kan ertoe bijdragen dat de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige voor alle mensen die verpleging en verzorging thuis nodig hebben toegepast wordt.

Om tot passende inzet van wijkverpleging te komen is het belangrijk dat taakherschikking naar helpenden in de praktijk mogelijk is. Hiervoor is het noodzakelijk dat verzekeraars het mogelijk maken dat helpenden gecontracteerd kunnen worden. Daarnaast is het belangrijk dat bij de indicatiestelling wordt vastgesteld hoe de wijkverpleegkundige ook betrokken blijft bij de zorg, om erop toe te zien dat de zorgtaken goed uitgevoerd worden. De wijkverpleegkundige moet ook betrokken blijven om de zelfredzaamheid te stimuleren en te controleren hoe het met de cliënt gaat.

Tenslotte is het ook noodzakelijk dat partners, familie, vrienden en burens betrokken worden bij de zorg als dat mogelijk is. Hierbij is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige niet alleen toezicht houdt, maar ook mantelzorgers ondersteuning biedt om de zorg goed en langdurig te kunnen blijven bieden. Daarnaast vraagt het om een maatschappelijk besef dat we de zorg niet altijd meer alleen aan zorgverleners kunnen overlaten. We moeten allemaal bereid zijn om ons, met steun en toezicht van de wijkverpleegkundige, in te zetten voor onze naasten.

³⁸ <https://www.raadvn.nl/documenten/publicaties/2023/06/20/met-de-stroom-mee>

4.4 De wijkverpleegkundige kan het niet alleen

Het advies om eerst in te zetten op passende gebruik van wijkverpleging vraagt om acties van verschillende partijen. Wijkverpleegkundigen kunnen niet alleen tot een passende inzet van schaarse zorg komen. We vragen de gehele zorgsector om de positie van de wijkverpleegkundige als eindverantwoordelijke voor de indicatiestelling te erkennen en te ondersteunen en de samenwerking met de wijkverpleging hierop af te stemmen.

Van de beroepsgroep verwachten we dat ze ervoor zorgen dat wijkverpleegkundigen toegerust zijn om de indicatiestelling volgens de professionele normen uit te voeren. Bijvoorbeeld door middel van het stellen van eisen voor kwalificatie en toetsing. Daarnaast vragen we de beroepsgroep om aan te geven hoe de helpende verantwoord ingezet kan worden. Welke zorgtaken kunnen volgens de beroepsgroep aan de helpenden overgelaten kunnen worden en hoe wordt het toezicht hierop vormgegeven. We vragen ook van de beroepsgroep om mantelzorgers de nodige ondersteuning te bieden. Het sociale domein heeft hier ook een belangrijke rol bij.

Van zorgverzekeraars verwachten we dat ze het mogelijk maken voor aanbieders om helpenden te contracteren en zo ruimte bieden voor taakherschikking naar helpenden. Daarnaast verwachten we van zorgverzekeraars dat ze via de zorginkoop/contractering stimuleren dat de indicatiestelling gedaan wordt door wijkverpleegkundigen die daar voldoende bekwaam toe zijn. Uiteindelijk zouden dan ook de zorgverzekeraars in hun polisvoorwaarden kunnen opnemen dat de indicatiestelling door een wijkverpleegkundige die aantoonbaar bekwaam is, moet worden gedaan.

Van zorgaanbieders verwachten we dat ze helpenden contracteren als onderdeel van het team wijkverpleging. Daarnaast verwachten we van hen dat zij het mogelijk maken dat hulpmiddelen ingezet kunnen worden waar mogelijk. Ook verwachten we van zorgaanbieders dat ze hun werknemers voldoende de gelegenheid geven voor scholing, intervisie en intercollegiale toetsing.

We vragen van VWS om zich in ervoor in te zetten dat er een maatschappelijk bewustzijn komt dat de zorg niet alleen door professionele zorgverleners geleverd kan worden, maar dat we allemaal bereid moeten zijn om mee te werken met de zorg. Dit zou bijvoorbeeld door een publiekscampagne kunnen gebeuren. Hierin zou dan ook benadrukt kunnen worden dat de wijkverpleegkundige bevoegd en bekwaam is om te bepalen wie welke zorg krijgt.

Daarnaast vragen we VWS om zich in te zetten voor een beperking van het grote aantal vaak concurrerende aanbieders van wijkverpleging in de wijk. We sluiten hierbij aan bij de oproep die de RVS in het rapport *Met de stroom mee* doet aan de rijksoverheid.

Omdat wij de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige als een krachtig instrument beschouwen om passende inzet van wijkverpleging te bewerkstelligen, vinden wij het belangrijk dat dit instrument ook gebruikt gaat worden voor mensen die verpleging en verzorging van het team wijkverpleging krijgen vanuit de Wlz, via een mpt of vpt. De overheveling van vpt en mpt naar de Zvw maakt dit mogelijk. We vragen van VWS om aan te geven of en op welke termijn deze overheveling plaats gaat vinden zodat duidelijk wordt of we hierop kunnen wachten of dat er andere manieren gezocht moeten worden om de indicatiestelling voor verpleging en verzorging uit de Wlz ook door de wijkverpleegkundige te laten doen.

4.5 Monitoring door het Zorginstituut

Het Zorginstituut zal komend jaar op een kwalitatieve en kwantitatieve manier de passende inzet van wijkverpleging monitoren om te kijken of de mogelijkheden die wij voorgesteld hebben voldoende zijn om het arbeidsmarkt tekort op te vangen. We zullen hierover met de verschillende partijen concrete plannen maken en mijlpalen formuleren om te komen tot passende inzet van wijkverpleging en over hun inzet om de randvoorwaarden te realiseren.

Het Zorginstituut zal op drie niveaus monitoren:

- Op het niveau van het tekort (het probleem): We zullen het actuele aanbod wijkverpleging ten opzichte van de zorgvraag jaarlijks vaststellen.

- Op het niveau van het realiseren van de randvoorwaarden: In 2024 starten we met het monitoren van de randvoorwaarden voor meer passende inzet van wijkverpleging via de indicatiestelling en welke belemmerende factoren hierbij spelen.

We gaan na met V&VN in hoeverre scholing en intercollegiale toetsing voor wijkverpleegkundigen voldoende en structureel aangeboden worden. We gaan ook na of de beroepsgroep richtlijnen ontwikkelt of afspraken maakt over hoe helpenden verantwoord ingezet worden (welke zorgtaken in welke cliëntsituaties) en hoe toezicht door team wijkverpleging op de inzet van helpenden vorm krijgt.

Bij de zorgaanbieders gaan we na of en hoe zij wijkverpleegkundigen stimuleren in woord en daad om de nodige scholing te volgen en deel te nemen aan intercollegiale toetsing. Daarnaast gaan we na of zorgverzekeraars bij het contracteren van zorg afspraken maken dat de indicatiestelling gedaan wordt door wijkverpleegkundigen die daar voldoende bekwaam toe zijn. Ook zullen we nagaan of de zorgverzekeraar helpenden als zorgverlener van wijkverpleging niet worden uitgesloten in de zorgpolissen vanaf 2025.

- Op het niveau van passende inzet van wijkverpleging (de voorgestelde oplossing in dit advies): We zullen het gebruik van hulpmiddelen en de inzet van helpenden in kaart brengen. We zullen hierbij niet alleen de hulpmiddelen betrekken die onderzocht zijn in het onderzoek van Gupta Strategists, maar ook nagaan hoe het gebruik is van hulpmiddelen die de komende jaren geïntroduceerd worden. Daarnaast zullen we onderzoeken in hoeverre andere zorgverleners dan de wijkverpleegkundigen bijdragen aan de inzet van hulpmiddelen (bijvoorbeeld de apotheker die de Medido inzet en de oogarts die de druppelbril introduceert bij de cliënt). Wat betreft de inzet van helpenden gaan we het aantal helpenden dat binnen de wijkverpleging werkt monitoren en het aantal uren zorg dat zij voor hun rekening nemen. We verwachten voor de inzet van hulpmiddelen volgend jaar al een stijging te zien. Voor de inzet van helpenden zal dit waarschijnlijk wat langer duren en verwachten we de stijging na twee jaar te kunnen zien. Als de stijgende lijn uitblijft gaan we met partijen na wat ervoor nodig is om hulpmiddelen en helpenden meer in te gaan zetten.

4.6 Als de mogelijkheden binnen de aanspraak niet voldoende zijn om aan de zorgvraag te voldoen

Gupta Strategists heeft berekend dat het huidige tekort van 3.600 fte wijkverpleging geleidelijk zal oplopen tot 12.000 fte in 2032 en dat dit tekort grotendeels kan worden opgevangen met meer passende inzet van wijkverpleging. Het onderzoek laat zien dat alleen al taakherschikking naar helpenden en de inzet van de hulpmiddelen die in dit onderzoek zijn meegenomen, uiteindelijk een besparing van tenminste 10.000 fte oplevert.

Het kost enige tijd om de randvoorwaarden te realiseren zodat tot meer passende inzet van wijkverpleging gekomen kan worden. De verwachting is dat het tekort aan wijkverpleging de komende jaren geleidelijk zal worden opgevangen. We verwachten dat met meer passende inzet van wijkverpleging in de komende drie jaar het tekort voldoende is afgenomen om de zorgvraag van dat moment te beantwoorden.

Als in de komende drie jaar toch blijkt dat het tekort aan wijkverpleging zo groot is dat het redelijkerwijs niet meer opgevangen kan worden met meer passende inzet van zorg, zal het Zorginstituut in afstemming met VWS de beperking van de aanspraak in heroverweging nemen. Het is hierbij belangrijk dat vanwege de grote gevolgen die de beperking van de aanspraak heeft voor zowel individuele cliënten als de samenleving, een maatschappelijke discussie gevoerd wordt over de inzet van mantelzorgers als vervanging van professionele wijkverpleging en de houdbaarheid van het concept ‘langer thuis’.

Bijlage 1

Toelichting en het onderzoek door Gupta Strategists

Ter onderbouwing van dit advies hebben we Gupta Strategists gevraagd een cijfermatige inschatting te maken van de te verwachten druk op de wijkverpleging en van de impact van concrete maatregelen die genomen zouden kunnen worden om de druk op de wijkverpleging te verlichten. Gupta Strategists heeft hierover 2 rapporten geschreven: *Passende wijkverpleging en Arbeidsbesparende maatregelen in de wijkverpleging*.

De te verwachten druk op de wijkverpleging is berekend in aantal uren wijkverpleging en het tekort aan fte wijkverpleging. De impact van de maatregelen is berekend in aantal uren wijkverpleging dat door de maatregelen bespaard wordt. Uren wijkverpleging en fte wijkverpleging betreffen het team wijkverpleging, dat wil zeggen zowel de wijkverpleegkundige, als de verpleegkundige en de verzorgende. Gupta Strategists heeft hiervoor gebruik gemaakt van declaratiegegevens (Vektis, periode 2015-2021, peildatum maart 2023) en prognoses van demografische ontwikkelingen (Prognosemodel Zorg en Welzijn).

De specifieke maatregelen die we hebben laten onderzoeken zijn gebaseerd op de discussie met partijen tijdens de bijeenkomst van 16 maart 2023 bij het Zorginstituut over toekomstbestendige wijkverpleging en (bijeenkomst wijkverpleging Zorginstituut Nederland en de bestuurlijke werkconferentie arbeidsmarkt wijkverpleging in het kader van het Hoofdlijnen Akkoord Wijkverpleging van 10 november 2021).

1.1 Toelichting onderzoek naar interventies gericht op meer passende zorg

Wat betreft de maatregelen die genomen kunnen worden zonder verandering van de aanspraak is uniformering van de indicatiestelling geoperationaliseerd als de invoering van een keurmerk voor indicatiestelling. Dat heeft twee redenen: deelnemers aan de bijeenkomst van 16 maart noemden deze mogelijkheid. Daarnaast hebben de kinderverpleegkundigen, na de invoering van hun handreiking indicatieproces kindzorg in 2020, vergelijkbare afspraken gemaakt over aan welke eisen verpleegkundigen moet voldoen om te mogen indiceren. De impact die dit heeft opgeleverd in fte kinderverpleging is gebruikt voor de inschatting van de impact van een keurmerk voor wijkverpleging voor volwassenen. Hierbij moet aangetekend worden dat de impact op de wijkverpleging voor volwassenen niet precies gelijk zal zijn aan de impact die het keurmerk heeft gesorteerd in de kinderverpleging. We hebben er daarom voor gekozen om de laagste impact te nemen die uit deze vergelijking kwam.

De maatregel taakherschikking van wijkverpleging naar helpenden en informele zorgverleners kon met de beschikbare data alleen als een geheel worden ingeschat. We hebben er voor gekozen om de impact van deze maatregel te laten inschatten voor de groep mensen die langdurig (meer dan 1 jaar), laag intensieve (minder dan 4 uur) zorg ontvangt. We zijn er hierbij vanuit gegaan dat de inzet van helpenden of informele zorgverleners bij de helft van deze groep mensen gerealiseerd zou kunnen worden en dat de zorg voor 80% door de helpende of informele zorgverlener geboden zou worden en dat de wijkverpleegkundige nog gemiddeld voor 20% van de zorg betrokken blijft als een wakend oog om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

De maatregel om zorg te verplaatsen naar daar waar die mogelijk meer doelmatig geleverd kan worden hebben we geoperationaliseerd als verplaatsing van zorg van huis naar hospices, verpleeghuis en dialysecentra.

Zo is de impact van verplaatsingen van drie verschillende zorgtypen onderzocht:

- a) Verplaatsing van complexe, hoog intensieve zorg die langdurig geleverd wordt. Dialysezorg is hier een voorbeeld van. Hiervoor hebben we laten onderzoeken hoeveel uren wijkverpleging bespaard kan worden door dialyse die nu met behulp van wijkverpleging thuis gebeurt in dialysecentra te laten plaatsvinden. Hierbij werd duidelijk dat eigenlijk maar een klein deel van de thuisdialyse met wijkverpleging wordt gedaan. In de meeste gevallen gebeurt thuisdialyse met zorgverleners vanuit een dialysecentrum.
- b) Verplaatsing van complexe, hoog intensieve zorg die niet langdurig geleverd wordt, zorg in de laatste levensfase. Hiervoor is nagegaan wat het oplevert als alle hoog intensieve zorg (> 4 uur per week) in de laatste 3 maanden voor het overlijden zou worden geleverd in een hospice. We realiseren ons dat dit

een niet reële optie is. Beter zou zijn geweest om dit te onderzoeken voor de groep mensen die geen netwerk heeft dat ook enige zorg en toezicht thuis kan leveren. Met de beschikbare data was dit echter niet mogelijk.

- c) Tijdige verplaatsing van hoog intensieve zorg naar het verpleeghuis. Een deel van de mensen die thuis zorg krijgen van wijkverpleging hoort eigenlijk in het verpleeghuis thuis. De zorg die deze mensen nodig hebben is eigenlijk te intensief om thuis veilig te kunnen leveren. Dat deze mensen thuis verblijven komt enerzijds doordat veel mensen ertegenop zien om een Wlz-indicatie aan te vragen en dat niet direct doen als de wijkverpleegkundige dit adviseert. Anderzijds zorgen de wachttijden voor opname in het verpleeghuis ervoor dat deze mensen langer thuis blijven wonen dan geïndiceerd is. Om te onderzoeken wat het oplevert aan uren wijkverpleging als deze mensen tijdig naar het verpleeghuis zouden gaan, is gekeken naar de zorg die mensen 3 maanden voor opname in het verpleeghuis ontvangen. Dit termijn is gekozen omdat declaratiegegevens laten zien dat de zorgintensiteit over het algemeen toeneemt vanaf 3 maanden voor opname in het verpleeghuis.

Gupta Strategists heeft in het onderzoek, *Arbeidsbesparende maatregelen voor de wijkverpleging*, voor het Zorginstituut inschattingen gemaakt van de opbrengst van het gebruik van hulpmiddelen die de fysieke betrokkenheid van wijkverpleging vervangen. De keuze van de specifieke hulpmiddelen in dit onderzoek is gebaseerd op focusgroep discussies.

1.2 Toelichting onderzoek beperking van de aanspraak wijkverpleging

Wat de beperking van de aanspraak betreft hebben we Gupta Strategists gevraagd na te gaan wat de cijfermatige impact zou zijn van beperking van (optie a) de duur van de episode wijkverpleging tot maximaal 3 maanden voor de groep mensen die langdurig (meer dan 1 jaar) laag intensieve zorg (minder dan 4 uur per week) krijgen en (optie b) het aantal uren wijkverpleging per jaar tot maximaal 250 uur voor iedereen die wijkverpleegkundige zorg ontvangt.

Onderzoek naar optie a hebben we in de eerste plaats gevraagd omdat dit in de discussie met partijen gesuggereerd werd. Daarnaast omdat dit een grote groep mensen betreft en het bij deze groep, gezien de hulpmiddelen die zij gebruiken (steunkousen, incontinentiemateriaal), hoogstwaarschijnlijk om niet complexe ADL-zorg gaat. Zorg die mogelijk in een deel van de gevallen overgenomen zou kunnen worden door mantelzorgers.

Onderzoek naar optie b hebben we gevraagd omdat partijen tijdens discussies ook de mogelijkheid van een maximaal aantal uren opperden. We hebben voor maximaal 250 uren gekozen omdat dan de groep die onder optie a is onderzocht hierbuiten valt.

Dit rapport vindt u hieronder als bijlage bij dit advies.

Wijkverpleging in het kader van passende zorg



Leeswijzer

Leeswijzer

CONCEPT

- Dit document is opgesteld door Gupta Strategists, in **opdracht** van Zorginstituut Nederland.
- Voor analyses is data uit de jaren 2015-2022 gebruikt. Omdat voor één verzekeraar data in 2022 nog ontbreekt is **deze verzekeraar uit alle analyses gelaten**. Voor oplevering van het definitieve document worden alle analyses opnieuw gedaan met inclusie van deze data. In het huidige document zijn **totaalcijfers uniform opgehoogd** voor het deel van de data dat ontbreekt.
- In het grootste deel van de analyses is gekeken naar **episodes wijkverpleging**. Met een episode bedoelen we een aangesloten periode met gebruik van wijkverpleging door een cliënt. Zodra er meer dan een maand geen wijkverpleging is geleverd start een nieuwe episode bij de eerstvolgende activiteit. Een cliënt kan dus meerdere episodes per jaar hebben.
- In alle analyses beschouwen we alleen **de groep 18+ tenzij anders aangegeven**
- Met **wijkverpleging** bedoelen we in dit stuk alle verpleging en verzorging geleverd door 'team wijkverpleging' (wijkverpleegkundigen en verzorgenden niveau 3 t/m 6). Dit kan zowel uit de Zvw of de Wlz (MPT & VPT) gefinancierd worden.
- Met **informele zorg** bedoelen we zorg geleverd door mantelzorgers en de informele zorg uit PGB.
- Binnen **VPT** wordt onderscheid gemaakt tussen geclusterde en niet geclusterde setting. In geclusterde setting wordt de zorg niet door 'team wijkverpleging' geleverd, maar door zorgprofessionals werkzaam in de intramurale (ouderen)zorg

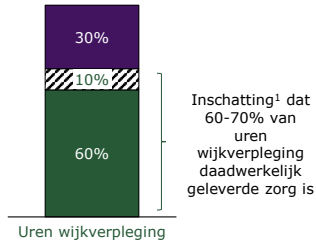
Scope van dit rapport is de tijd die besteed wordt aan zorg, daarbuiten zijn ook mogelijkheden

CONCEPT

Verdeling tijd team wijkverpleging

[obv cijfers 2021]

■ Zorg ■ Anders



Overige tijd wordt onder meer besteed aan:

- Reistijd
- Administratie
- Overleg

Ook binnen de overige tijdsbesteding zijn mogelijkheden om capaciteit vrij te spelen die besteed kan worden aan zorgverlening, zoals:

- Toestaan marktverdeling om reistijd te verminderen
- Verlagen registratielast zodat meer tijd voor de cliënt overblijft

1) Inschatting op basis van aantal gedeclareerde uren in data Vektis; inschatting fte wijkverpleging obv CBS, AZW enquête en verzuilpercentages obv CBS. Vakantieuren obv CAO VVT 2019-2021
Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

Agenda

Introductie: vraag naar wijkverpleging gaat toenemen

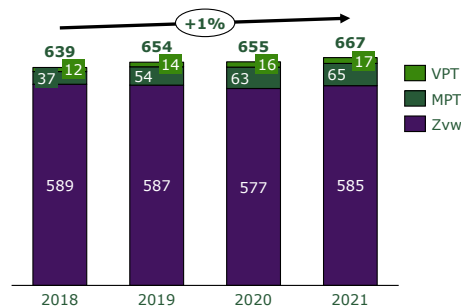
Impact passende zorg oplossingen

Bijlage

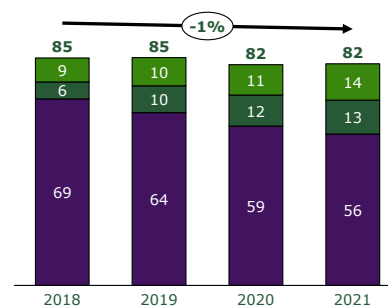
Hoeveelheid wijkverpleging is afgenomen en verschuift naar VPT/MPT

CONCEPT

VV-Cliënten geholpen door team wijkverpleging¹ [x duizend, 2018-2021]



Uren² VV-zorg door team wijkverpleging [in mln uren, 2018-2021]



n.b. cijfers 2022 na update ontbrekende verzekeraar

1) Dubbelbetaling voor cliënten die meerdere zorgvormen in een jaar ontvangen

2) Prestaties zonder tijdseenheid zijn omgezet naar uren o.b.v. gemiddelde uurtarieven voor specifieke zorgsoort en jaar

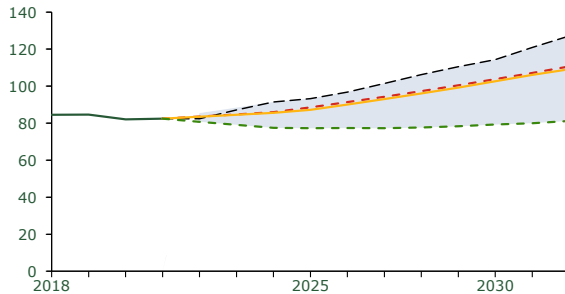
Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

Druk op wijkverpleging neemt toe, hoeveel exact hangt sterk af van aannames in scenario

CONCEPT

Prognose hoeveelheid wijkverpleging

[VPT, MPT & Zvw in mln uren¹, 2018-2021 realisatie 2022-2040 prognose]



1) Prestaties zonder tijdsbeheid zijn omgezet naar uren o.b.v. gemiddelde uurtarieven voor specifieke zorgsoort en jaar
2) Per leeftijdsgroep. Geen correctie voor eventuele effecten COVID
Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

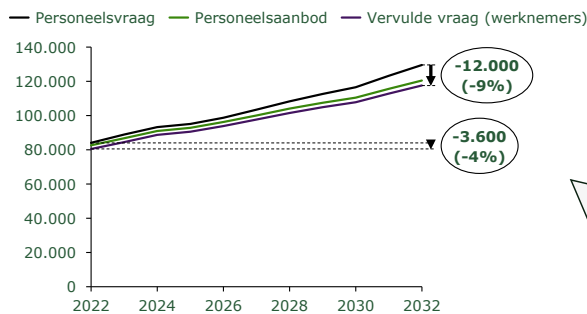
Toekomstscenario's

- **Prognosemodel Zorg en Welzijn** – Scenario nieuw beleid, dit scenario gaat uit van gelijk verbruik met daarbovenop extra verschuiving naar 1^e lijn (o.b.v. o.a. IZA)
- - **Gelijk verbruik** – in toekomst ontvangen evenveel ouderen evenveel wijkverpleging als in 2021²
- **Zorg t.o.v. leeftijdsverwachting** levensverwachting neemt toe, dit scenario heeft als uitgangspunt dat langer leven gepaard gaat met later in zorg bij wijkverpleegkundige
- - **Volgen dalende trend**- afgelopen jaren zijn relatief minder ouderen minder zorg gaan ontvangen. In dit scenario zet deze trend zich voort²

Huidig tekort is al 3.600 fte, prognosemodel "Zorg en Welzijn" voorspelt in 2032 een tekort van 12.000 fte

CONCEPT

Personeelsvraag en -aanbod wijkverpleegkundigen¹ volgens prognosemodel Zorg en Welzijn [fte², 2022-2032, scenario 'Nieuw Beleid']



Om de toenemende druk op team wijkverpleging tegen te gaan kan passende zorg in het kader van de wijkverpleging een oplossing zijn. Voorstel is om daarbij te focussen op de **groepen** waaraan wijkverpleegkundigen de **meeste tijd** kwijt zijn: de cliënten die langdurig (>1 jaar) in zorg zijn en ADL-ondersteuning ontvangen *n.b. dit zijn niet ongecontracteerde zorg, palliatieve zorg en gespecialiseerde wijkverpleging, zij zijn stuk voor stuk <10% van de wijkverpleegkundige tijd*

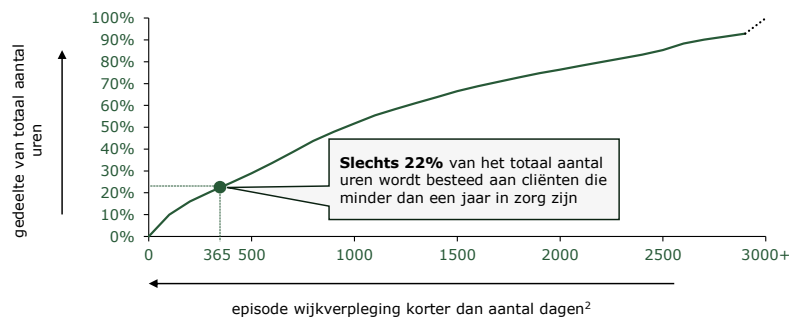
1) 'Thuiszorg' in prognosemodel Zorg en Welzijn, (gedeeltelijk) ook MPT en VPT
Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn thuiszorg
Aanname dat verhouding fte/werknemer gelijk blijft. Bron: CBS

Grootste deel (78%) van tijd in de wijkverpleging wordt besteed aan cliënten die langer dan een jaar in zorg zijn

CONCEPT

Verdeling duur wijkverpleging over cliëntenpopulatie

[cumulatief % van totaal aantal uren¹, duur episode in dagen]



1) Prestaties zonder tijdsbeheid (inclusief 'dag en 'dagdelen') zijn omgezet naar uren o.b.v. gemiddelde uurtarieven per jaar
2) Data beschikbaar van 2015 t/m 2022. Voor een deel van de cliënten kan daardoor niet de volledige lengte van de episode bepaald worden
Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

Binnen de langdurige groep ontvangt een groot gedeelte laag-intensieve zorg

CONCEPT

Statistieken groep langdurig wijkverpleging (>1 jaar in wijkverpleging) [2021]

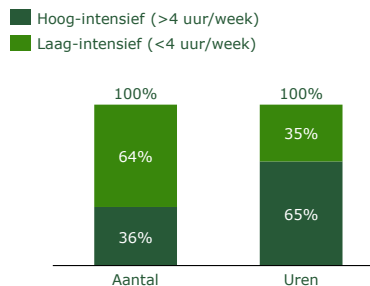
In 2021:

- Aantal cliënten: **230.000 (40% van totaal)**
- Aantal uren zorg¹: **44 miljoen (78% van totaal)**
- Gemiddelde leeftijd: **79 jaar**

Gedurende gehele episode:

- Gemiddelde intensiteit: **4 uur/week¹**
- Gemiddelde duur: **1250 dagen (3,5 jaar)**
- Gemiddelde kosten: **€10.000 per jaar**

Verdeling intensiteit van zorg binnen groep >1 jaar [% van totaal, 2021]¹



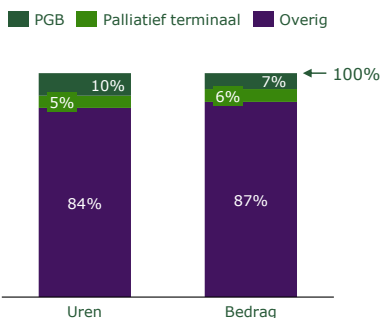
1) Prestaties zonder tijdseenheid (inclusief 'dag' en 'dagdelen') zijn omgezet naar uren o.b.v. gemiddelde uurtarieven per jaar

Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

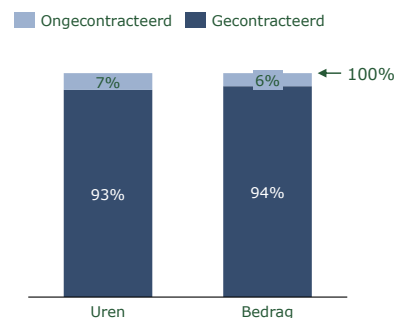
Slechts een klein deel van WVP is palliatieve zorg of ongecontracteerde zorg

CONCEPT

Verdeling uitgaven en uren binnen Wvp¹ [% van totaal, 2021]



Verdeling uitgaven en uren binnen Wvp (exclusief palliatief en PGB)² [% van totaal, 2021]



1) Op basis van prestatiecodes voor palliatieve zorg en PGB formeel/informeel
2) Bron: Vektis Monitor (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2022. Verdeling uren berekend op basis van gemiddelde cijfers. PGB en palliatieve zorg (gedefinieerd als zorg in laatste drie maanden van leven) niet meegenomen. Voor palliatieve is het aandeel ongecontracteerd iets lager (3,3% van cliënten en 5,3% van de kosten). PGB geeft Vektis niet.

Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

Agenda

Introductie: vraag naar wijkverpleging gaat toenemen

Impact passende zorg oplossingen

Bijlage

Top 7 oplossingen om binnen de aanspraak druk te verlichten hebben een impact tot maximaal 13%

CONCEPT

Top 7 oplossingen [oplossingen overlappen deels, effecten niet bij elkaar optellen]	Betreft aantal cliënten [x1.000]	Zorgt voor reductie in uren zorg Zvw	Toepasbaar binnen VPT/MPT?
Waar heeft de client recht op?	Indicatie o.b.v. keurmerk	584	5% ✗
Waar vindt het plaats?	Palliatieve zorg in hospice	• 22	5% ✗
	Eerder intramuraal	• 14	2% ✓
Wie doet het?	Informele zorg of helpenden	• 75	13% ✓
	Verzorgend wassen	• 88	4% ✓
Wat doet de verpleegkundige?	Gebruik medicijndispenser	• 23	2% ✓
	Geen steunkousen (inzet steunkousenhulp)	• 17	2% ✓

Pakketmaatregelen kunnen ingezet worden als bovenstaande oplossingen binnen de aanspraak niet voldoende zijn

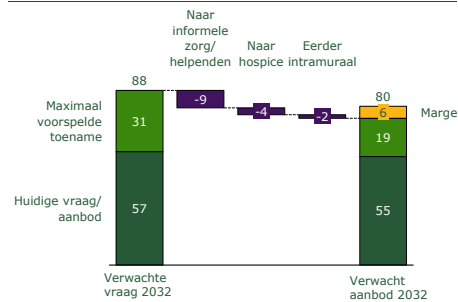
Binnen de aanspraak lijkt er voldoende ruimte om personeelstekort in 2032 op te vangen

CONCEPT

Conclusies

- Met de voorgestelde oplossingen is het aannemelijk dat **passende zorg binnen de aanspraak** voldoende arbeidsbesparing oplevert binnen de wijkverpleging (Zvw)
- Dit geldt voor **alle scenario's**, óók bij de grootste voorspelde toename van de zorgvraag
- Taakherschikking naar informele zorg/helpenden** levert naar verwachting de grootste reductie op
- Deel van de passende zorg oplossingen zorgt wel voor verschuiving van (deel van de) druk **naar andere zorgaanbieders**

Inschatting mogelijke reductie arbeidsvraag ^{1,3} [arbeidsvraag fte x 1.000², 2022-2032, wijkverpleging Zvw]



1) Gekozen voor oplossingen die niet of nauwelijks overlappen, daardoor kunnen percentages grotendeels bij elkaar opgeteld worden
 2) Totaal o.b.v. Prognosemodel Zorg en Welzijn, inschatting deel fte Zvw o.b.v.v. verdeling uren
 3) Uitgaande van 'worst-case scenario', dus maximale toename zorgvraag en minimale reductie aantal uren
 Bron: analyse Gupta Strategists

Voor vrijspelen capaciteit met genoemde oplossingen zijn belangrijke randvoorwaarden

CONCEPT

Oplossingen


Waar vindt het plaats?	Palliatieve zorg in hospice
	Eerder intramuraal
Wie doet het?	Informele zorg of helpenden

Randvoorwaarden

- Vereist bij volledig invoeren een **verdubbeling van de huidige hospicecapaciteit**
- Maatschappelijk debat nodig over thuis sterven
- Verplaatst druk van wijkverpleging naar intramuraal
- Vereist **toename van aantal verpleeghuizen**
- Het is aannemelijk dat eerdere uitstroom naar Wlz intramuraal tot **hogere maatschappelijke kosten** leidt
- Bij taakherschikking naar informele zorg en helpenden zijn naar schatting extra nodig:
 - 1900 FTE helpenden niveau 2**
 - 1900 FTE informele (betaalde) zorgverleners**
 - 25.000 mantelzorgers voor gem. 1,5 uur per week**
- Combinatie met inzet technologie** (zoals steunkousenhulp, medicijndispenser) kan druk op zowel helpenden en/of informele zorg verlichten

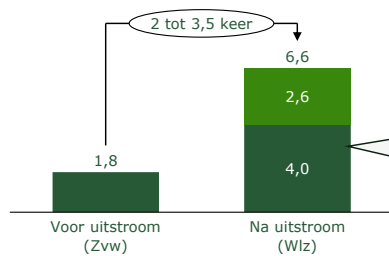
Versnelde uitstroom speelt capaciteit wijkverpleging vrij, maar verhoogt maatschappelijke kosten

CONCEPT

Eerder intramuraal 

Gemiddelde kosten in drie maanden voor en na uitstroom intramuraal^{1,2,3}
[gemiddelde per maand per cliënt, EUR x 1.000, 2021]

■ Kosten per maand ■ Maximale eigen bijdrage



- De kosten per cliënt worden **2 - 3,5 keer hoger³** na uitstroom van Wijkverpleging naar Wlz intramuraal
- Het is aannemelijk dat eerdere uitstroom naar Wlz intramuraal tot **hogere maatschappelijke kosten** leidt
- **Arbeidsbesparing in wijkverpleging** moet hiertegen worden afgewogen

1) Alleen basisdeclaraties Wlz meegenomen. Dit bevat onder meer huisvestingskosten. Gemiddelde is genomen over de eerste drie hele maanden voor en na uitstroom
2) Uitstroom intramuraal als binnen een maand na einde van wijkverpleging een prestatie voor intramuraal verblijf gedeclareerd is
3) In analyse is geen rekening gehouden met wegvallen van vergoedingen vanuit Wmo (o.a. huishoudelijke hulp, mobiliteit) en/of toeslagen voor bijvoorbeeld huur
Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

Voor taakherschikking zijn 25.000 mantelzorgers en circa 3.800 FTE helpenden en informele zorg nodig

CONCEPT

Taakherschikking 

Inschatting benodigde capaciteit voor taakherschikking
[obv cijfers 2021, bij ondergrens van 10% reductie]



Bij gelijke verdeling over de drie groepen:

- **1900 FTE¹ helpenden niveau 2**
- **1900 FTE¹ betaalde informele zorg**
- **25.000 mantelzorgers voor 1,5 uur/week**

Merk op: minder inzet nodig bij toename inzet hulpmiddelen

1) Aanname dat 60% van de tijd aan geleverde zorg wordt besteed. Uitgaande van CAO VVT 2021
Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

Pakketmaatregelen als binnen de aanspraak niet voldoende oplossingen gevonden worden

CONCEPT



1) NB: impact wordt lager op het moment dat binnen de aanspraak (een gedeelte) wordt opgelost
Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

Agenda

TER DISCUSSIE

Introductie: vraag naar wijkverpleging gaat toenemen

Impact passende zorg oplossingen

Bijlage

- **Verdieping impact passende zorg oplossingen**
- Methodiek inschattingen impact
- Resultaten archetypen

Betere indicatiestelling kan leiden tot 5% reductie in aantal uren wijkverpleging

CONCEPT

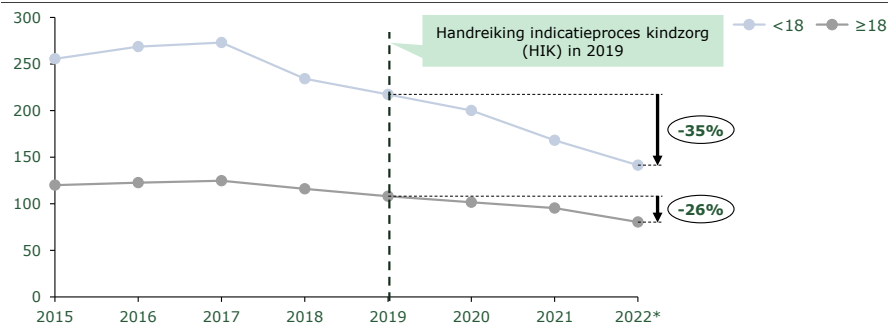
Oplossingen	Aantal cliënten [2021]	Schatting impact [% van totaal uren, 2021]
<ul style="list-style-type: none"> • Indicatiestelling door een verpleegkundige met een 'keurmerk' en kennis van de sociale kaart <ul style="list-style-type: none"> • Toelichting inschatting op pagina 20 	584	5% 3%
<ul style="list-style-type: none"> • Dialyse niet thuis maar in een dialysecentrum <ul style="list-style-type: none"> • Vergroot benodigde capaciteit dialysecentra 	0.2	0%
<ul style="list-style-type: none"> • Palliatieve zorg wordt alleen nog in een hospice geleverd (<i>impact afhankelijk van type hospice</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Verdubbeling huidige hospicecapaciteit noodzakelijk 	22	5% 4%
<ul style="list-style-type: none"> • Tijdig herindiceren van cliënten waardoor deze eerder doorstromen naar intramuraal <ul style="list-style-type: none"> • Kan leiden tot hogere maatschappelijke kosten • Vergroot druk binnen intramuraal • Toelichting op pagina 22 	14	2%

Gemiddelde aantal uren per cliënt bij kinderen sinds 2019 meer gedaald dan bij ouderen

CONCEPT

Gemiddelde aantal uren wijkverpleging per jaar [uren per cliënt, 2015 - 2022]¹

Indicatiestelling



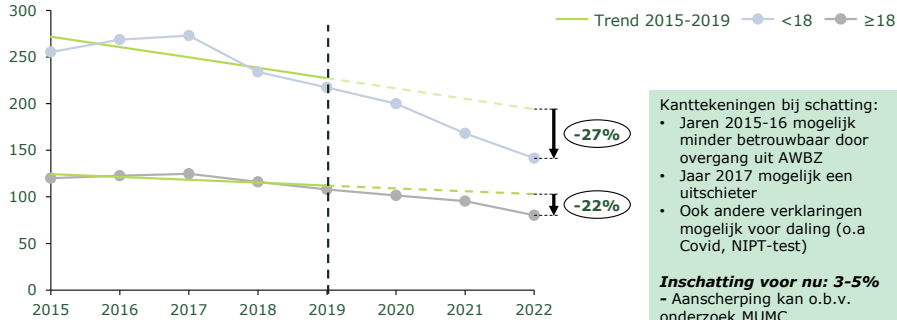
1) Voor codes waar de tijdsleenheid niet in uren is uit te drukken is het aantal uren benaderd door het vergoede bedrag te delen door het gemiddelde bedrag per uur in dat jaar (gebaseerd op de overige codes)

Ook gecorrigeerd voor trend in jaren 2015-2019 is daling bij kinderen sterker

CONCEPT

Gemiddelde aantal uren wijkverpleging per jaar
[uren per cliënt, 2015 - 2022]¹

Indicatiestelling



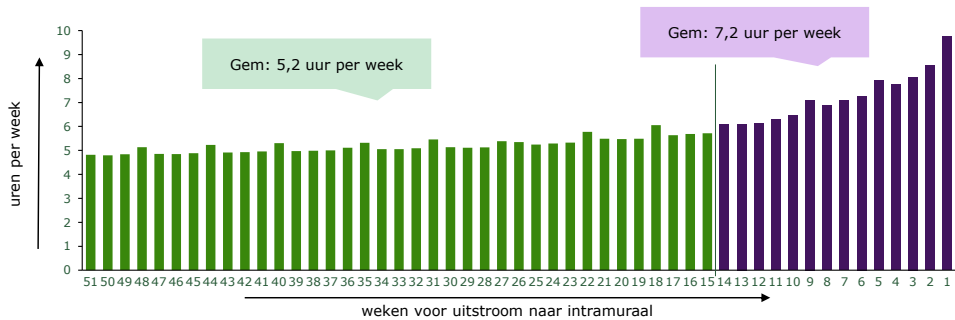
¹⁾ Voor codes waar de tijdsseenheid niet in uren is uit te drukken is het aantal uren benaderd door het vergoede bedrag te delen door het gemiddelde bedrag per uur in dat jaar (gebaseerd op de overige codes)

In vooral de laatste drie maanden voor uitstroom Wlz intramuraal neemt intensiteit toe

CONCEPT

Intensiteit wijkverpleging in periode voor uitstroom naar intramuraal
[gemiddeld aantal uren per week voor einde Wvp, 2021]¹

Eerder intramuraal



¹⁾ Voor codes waar de tijdsseenheid niet in uren is uit te drukken is het aantal uren benaderd door het vergoede bedrag te delen door het gemiddelde bedrag per uur in dat jaar (gebaseerd op de overige codes)

²⁾ Telkens alleen cliënten meegenomen die in de betreffende week wijkverpleging kregen

Inzet van technologie kan ook significante impact hebben op benodigde inzet wijkverpleging

CONCEPT

Oplossingen	Aantal cliënten [2021]	Schatting impact [% van totaal uren, 2021]
• Beeldschermzorg	17	0%
• Oogdruppelbril	88	1%
• Medicijndispenser (<i>ondergrens</i>)	23	2%
• Steunkousenhulp	17	2%
• Dagstructuurondersteuning	23	1%
• Verzorgend wassen ^{1,2}	88	4%

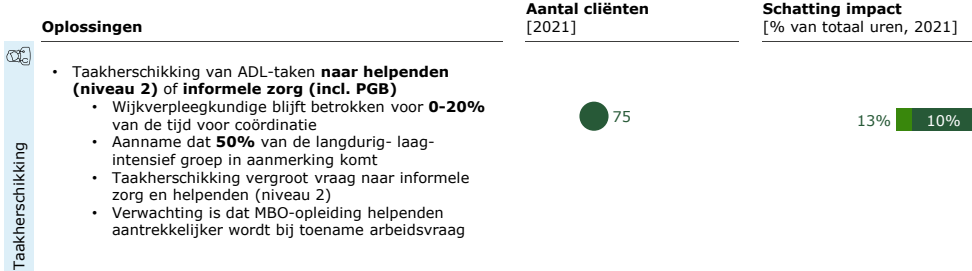
¹⁾ Wassen met speciale doekjes in plaats van met water en zeep

²⁾ Speciale doekjes worden over het algemeen niet vergoed door verzekeraars

Bron: Eindrapport - Arbeidsbesparende maatregelen (ZINL), data Vektis, analyse Gupta Strategists

Taakherschikking naar helpenden en mantelzorg bij ADL-zorg kan tot 13% reductie leiden

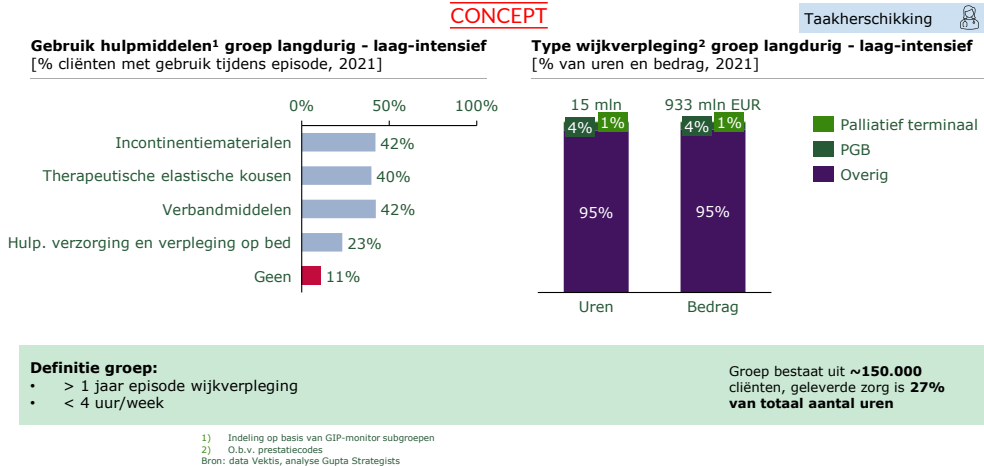
CONCEPT



Taakherschikking

Voor laag-intensieve groep met instroom vanuit thuis/HA is het aannemelijk dat zorg voornamelijk ADL-zorg betreft

CONCEPT

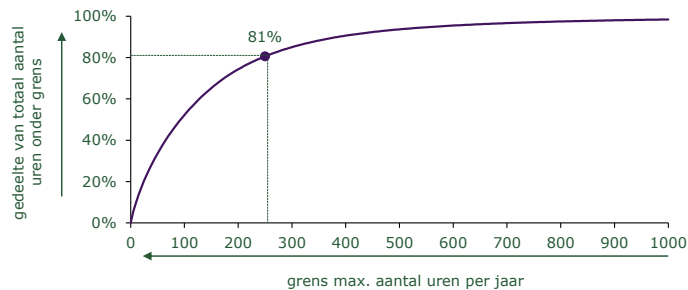


Een grens van max. 250 uur wijkverpleging per jaar reduceert het aantal uren met 19%

CONCEPT

Impact grenswaarde maximum aantal uren per jaar
[cumulatief % van totaal aantal uren onder grens, 2021]¹

Pakketmaatregel



1) Prestaties zonder tijdseenheid (inclusief 'dag en 'daggdelen') zijn omgezet naar uren o.b.v. gemiddelde uurtarieven per jaar
Bron: data Vektis, analyse Gupta Strategists

Agenda

TER DISCUSSIE

Introductie: vraag naar wijkverpleging gaat toenemen

Impact passende zorg oplossingen

Bijlage

- Verdieping impact passende zorg oplossingen
- **Methodiek inschattingen impact**
- Resultaten archetypen

We definiëren per oplossing op welke groep deze impact heeft (1/3)

CONCEPT

Oplossingen	Definitie groep	Definitie impact
<ul style="list-style-type: none"> • Indicatiestelling door een verpleegkundige met een 'keurmerk' en kennis van de sociale kaart 	<ul style="list-style-type: none"> • Allen 	<ul style="list-style-type: none"> • Op basis van verschil in ontwikkeling aantal uren per cliënt tussen kinderen en volwassenen vanaf 2019 (invoering handreiking indicatieproces kindzorg) • <i>Toelichting op slide 15</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Dialyse niet thuis 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgactiviteit 'thuisdialyse' én >10 uur per week 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanname dat groep volledig uit wijkverpleging gaat. NB: dit geeft extra druk op verpleegkundigen in dialysecentrum
<ul style="list-style-type: none"> • Hospice ipv thuis 	<ul style="list-style-type: none"> • Palliatief terminale zorg (correctie voor ~10.000 cliënten die in 2021 Wvp in hospice ontvingen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Uren -75% (1 wijkverpleegkundige op 4 cliënten in hospice). NB: dit vereist toename aantal hospices
<ul style="list-style-type: none"> • Eerder naar intramuraal 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitstroom naar Wlz intramuraal in 2021 (<i>en eerste drie maanden 2022</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitstroom 14 weken eerder (vanaf dan stijging van intensiteit)¹. NB: dit vergroot zorgvraag binnen intramuraal • <i>Toelichting op slide 17</i>

1) Bij episode korter dan 14 weken vervalt alle wijkverpleging (direct doorstroom naar intramuraal)

We definiëren per oplossing op welke groep deze impact heeft (2/3)

CONCEPT

Oplossingen	Definitie groep	Definitie impact
<ul style="list-style-type: none"> • Beeldschermzorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedeelte van zorgactiviteiten waarvoor deze technologie ingezet kan worden² 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.3 uur per maand²
<ul style="list-style-type: none"> • Oogdruppelbril 	<ul style="list-style-type: none"> • Cataract operatie 	<ul style="list-style-type: none"> • 70 zorgmomenten van 5 minuten
<ul style="list-style-type: none"> • Medicijndispenser 	<ul style="list-style-type: none"> • Dementie thuiswonend 	<ul style="list-style-type: none"> • Besparing 10 uur per maand
<ul style="list-style-type: none"> • Steunkousenhulp 	<ul style="list-style-type: none"> • Hulp nodig bij steunkousen 	<ul style="list-style-type: none"> • 17 minuten voor aan- en uittrekken
<ul style="list-style-type: none"> • Dagstructuurondersteuning 	<ul style="list-style-type: none"> • Dementie thuiswonend 	<ul style="list-style-type: none"> • 79 minuten per week besparing zorginzet
<ul style="list-style-type: none"> • Verzorgend wassen (wassen met speciale doekjes ipv met water en zeep). NB: op dit moment (vaak) niet vergoed door verzekeraars 	<ul style="list-style-type: none"> • Groep met langer dan een jaar wijkverpleging, tussen de 2 en 4 uur per week 	<ul style="list-style-type: none"> • 4x per week 10 minuten besparing

1) Op basis van 'Tijdsbesparende technologieën in de ouderenzorg' (Vilans)

2) Verkenning SROI Beeldschermzorg (Vilans)

Bron: Eindrapport - Arbeidsbesparende maatregelen (ZINL), analyse Gupta Strategists

We definiëren per oplossing op welke groep deze impact heeft (3/3)

CONCEPT

Oplossingen	Definitie groep	Definitie impact
<ul style="list-style-type: none"> Taakherschikking naar helpenden (niveau 2) of informele zorg (mantelzorg en PGB informeel) 	<ul style="list-style-type: none"> 50% van groep langdurig laag-intensief (>1 jaar, <4 uur per week gemiddeld) 	<ul style="list-style-type: none"> 80% reductie uren (overige 0-20% voor coördinatie door wijkverpleegkundige) Correctie voor uren via PGB informeel (~3%) NB: vergroot vraag naar informele zorg en helpenden
<ul style="list-style-type: none"> Maximaal 250 uur per jaar wijkverpleging 	<ul style="list-style-type: none"> Cliënten met aantal uur in 2021 boven de grenswaarde 	<ul style="list-style-type: none"> Zie slide 26 NB: zorgt mogelijk voor toename cliënten bij MPT/VPT
<ul style="list-style-type: none"> Maximaal 3 maanden ADL-zorg 	<ul style="list-style-type: none"> Groep langdurig laag-intensief (>1 jaar, <4 uur per week gemiddeld) 	<ul style="list-style-type: none"> Alle uren na eerste drie maanden episode vervallen (aanname dat 50 - 100% ADL-zorg is)

Voor een gedeelte van de voorgestelde oplossingen is de verwachte impact (te) laag

CONCEPT

Oplossingen	Toelichting
<ul style="list-style-type: none"> Leefstijlmonitoring Gebruik van digitale vragenlijst als voorbereiding intake voor digitaal hulpmiddel 	<ul style="list-style-type: none"> Verwachte impact is laag Verwachte impact laag, gaat alleen om intake digitaal hulpmiddel
<ul style="list-style-type: none"> Verwachtingenmanagement door hele zorgketen Stoppen screening eenzaamheid en casefinding 	<ul style="list-style-type: none"> Verwachte impact is laag en moeilijk te kwantificeren Lopen op dit moment een aantal pilots voor, advies is om hier niet mee verder te gaan
<ul style="list-style-type: none"> Decubitus --> vermijden overbodige lagen Klittebandzwachtel Slim incontinentiemateriaal 	<ul style="list-style-type: none"> Verwachte impact is laag Verwachte impact is laag (obv 'arbeidsbesparende maatregelen') Verwachte impact is laag (obv 'arbeidsbesparende maatregelen')
<ul style="list-style-type: none"> Eerder naar ELV Eerder naar GRZ 	<ul style="list-style-type: none"> Groep is klein Groep is klein

We identificeren thuisdialyse op basis van zorgactiviteiten

CONCEPT

Zorgactiviteitcode:	Omschrijving
140319 ¹	21 DIALYSE (CAPD) 101
140320 ¹	21 DIALYSE (CCPD) 201
140321 ¹	21 DIALYSE (HEMODIALYSE THUIS) 301
140673 ¹	21 DIALYSE (HEMODIALYSE THUIS VERPLEEGKUNDIGE) 311
140674 ¹	21 DIALYSE (HEMODIALYSE THUIS NACHT) 321
140975 ¹	21 DIALYSE (CAPD) 102
140976 ¹	21 DIALYSE (CCPD) 202
140977 ¹	21 DIALYSE (HEMODIALYSE INSTELLING) 402
160319 ¹	21 DIALYSE (CAPD) 101
192053	Thuishemodialyse.
192054	Thuishemodialyse met EPO.
192055	Thuishemodialyse met verpleegkundige dialyse assistentie (VDA).
192056	Thuishemodialyse met EPO en VDA.
192058	Nachtelijke thuishemodialyse.
192059	Nachtelijke thuishemodialyse met epo.
192061	CAPD inclusief dialysemiddelen, excl. EPO.
192062	CAPD inclusief dialysemiddelen en EPO.
192063	CCPD inclusief dialysemiddelen, excl. EPO.
192064	CCPD inclusief dialysemiddelen en EPO.

¹) Betreft waarschijnlijk verouderde codes

We hebben de volgende prestatiecodes gebruikt voor identificatie PGB/Palliatieve zorg

CONCEPT

Code	Omschrijving	Categorie
1029	Terminale patiënten, vanaf de tweede week	Palliatief terminaal
1030	Terminale patiënten, vanaf de tweede week indien beademing	Palliatief terminaal
1037	Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg)	Palliatief terminaal
1060	Palliatief terminale zorg	Palliatief terminaal
1008	Indicatiestelling en evaluatie voor PGB Verpleging en Verzorging	PGB
1009	PGB formeel verzorging	PGB
1010	PGB informeel verzorging	PGB
1011	PGB formeel verpleging	PGB
1012	PGB informeel verpleging	PGB
1013	PGB verpleging/verzorging declaraties via SVB	PGB
1020	PGB MSVT formeel	PGB
1021	PGB MSVT informeel	PGB
1022	PGB verpleging/verzorging herstel SVB	PGB
1053	PGB combinatie formeel en informeel verzorging	PGB
1054	PGB combinatie formeel en informeel verpleging	PGB

Agenda

TER DISCUSSIE

Introductie: vraag naar wijkverpleging gaat toenemen

Impact passende zorg oplossingen

Bijlage

- Verdieping impact passende zorg oplossingen
- Methodiek inschattingen impact

- **Resultaten archetypen**

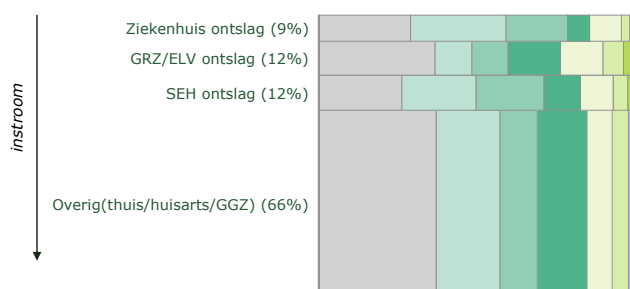
Grootste groep stroomt wijkverpleging in zonder groot event en blijft langdurig in wijkverpleging

CONCEPT

Aantal uren WVP naar instroom/uitstroom
[aantal uur, 2021]

uitstroom: →

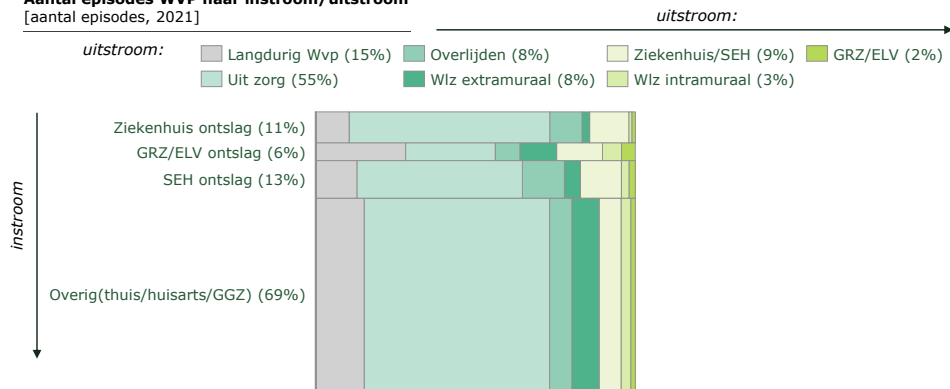
instroom:
 - Langdurig Wvp (35%)
 - Overlijden (14%)
 - Ziekenhuis/SEH (9%)
 - GRZ/ELV (2%)
 - Uit zorg (20%)
 - Wiz extramuraal (14%)
 - Wiz intramuraal (5%)



Kijkend naar aantal episodes is de groep die (tijdelijk) uit zorg gaat verreweg het grootst

CONCEPT

Aantal episodes WVP naar instroom/uitstroom
[aantal episodes, 2021]



Bijlage 2

Aanspraak wijkverpleging, kenmerken wijkverpleging, indicatiestelling en passende zorg

2.1 Aanspraak verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Wijkverpleging is sinds 2015 als aparte prestatie ondergebracht in de Zvw en valt onder de te verzekeren prestatie verpleging en verzorging en is opgenomen in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering: 'Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft'.

Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden

Voor de Zorgverzekeringswet zijn de opvattingen van de beroepsgroep over het eigen professioneel handelen van belang, omdat deze opvattingen het vertrekpunt vormen bij de interpretatie van de regelgeving. Voor de uitleg van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' sluit het Zorginstituut aan bij de opvattingen van de betrokken beroepsgroep zoals neergelegd in documenten als standaarden, richtlijnen, protocollen, maar ook opleidingseisen en beroepsvisies. Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat een zorgcontinuüm, dat reikt van ADL-assistentie tot specialistische verpleegkundige handelingen. Van belang om op te merken hierbij is dat de door de verpleegkundige in te zetten verpleegkundige interventies het hele verpleegkundige arsenaal omvatten en dus niet alleen verpleegkundige handelingen en verzorgende handelingen, maar ook het signaleren van zorgproblemen, coachen van de cliënt naar het (her)nemen van eigen verantwoordelijkheid, coördineren en regisseren van zorg, bieden van preventieve zorg, het instrueren van mantelzorgers en casemanagement vallen onder dit arsenaal en daarmee onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

Indicatiestelling

De Zvw gaat ervan uit dat de benodigde inhoud en omvang van de zorg wordt vastgesteld. Het algemene indicatievereiste voor de Zvw is neergelegd in artikel 2.1 lid 3 Besluit zorgverzekering: 'Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen'. Binnen de Zvw maakt de indicatiestelling deel uit van het zorgproces. Deze ligt in handen van de betrokken beroepsbeoefenaar (behoudens nadere voorwaarden die de zorgverzekeraar kan stellen, zoals toestemming vooraf). Individuele deskundigheid in combinatie met professionele normen (zoals neergelegd in bijvoorbeeld standaarden en richtlijnen van de beroepsgroep) vormen de basis. Met de indicatiestelling bepaalt de verpleegkundige op welke zorg een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen.

Voor alle beroepsbeoefenaren binnen het domein van de Zvw geldt dat het 'indiceren' van deze zorg een onlosmakelijk onderdeel vormt van hun professionele handelen. Dit geldt dus ook voor de (wijk)verpleegkundige binnen de Zvw. De zorgprofessional is verantwoordelijk voor de indicatiestelling en het bepalen van de daaruit voortvloeiende, noodzakelijke zorg. Dit systeem veronderstelt wel dat de betrokken beroepsgroep zo helder mogelijk onderbouwt hoe het tot de noodzakelijke zorg komt. Dit betekent dat de beroepsgroep zoveel mogelijk inzicht geeft in hoe zij tot de 'indicatie' en zorgtoewijzing komt via het opstellen van richtlijnen, standaarden en protocollen.

2.2 Kenmerken wijkverpleging en wijkverpleegkundige

In 2015 heeft de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving een plek gekregen binnen de Zvw. Aanleiding hiervoor was de behoefte aan een generalistisch werkende zorgverlener in de wijk, additioneel en complementair aan de huisarts. De benodigde geneeskundige zorg kan zo integraal in de eigen omgeving geboden worden en het hoofd bieden aan de groeiende zorgvraag in de eerste lijn. Verbindend werken, signaleren en

preventie moeten, als onderdeel van de verpleegkundige zorg, bijdragen aan de mogelijkheden, om langer in de eigen omgeving te kunnen blijven wonen. Deze groeiende zorgvraag hangt onder andere samen met de wens, om zo lang mogelijk in de eigen omgeving te kunnen blijven wonen, ook bij ouderdom en (chronische) ziekte.

Een (wijk)verpleegkundige (hbo-niveau) doet de verpleegkundige indicatiestelling. Uitgangspunt hierbij is de bevordering van zelfredzaamheid bij de cliënt/patiënt, binnen zijn mogelijkheden en gegeven de mogelijkheden van het steunsysteem rondom hem. De verpleegkundige inventariseert de zorgbehoefte van de cliënt/patiënt door te kijken naar alle aspecten van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Zij indiceert weliswaar voor het verpleegkundig handelen, maar constateert op basis van deze inventarisatie ook wat er voor overige ondersteuning aan de orde zou kunnen zijn, bijvoorbeeld van uit het sociale domein. Kennis van de lokale sociale kaart en overleg over wie wat doet is dan van groot belang.

Het perspectief van de cliënt/patiënt staat bij het inventariseren van de zorgbehoefte centraal; er is sprake van doelgerichte, persoonsgerichte zorg. Op de verpleegkundige indicatiestelling volgt de zorgtoewijzing. Dit betekent dat dan bepaald wordt 'wie' de zorg gaat uitvoeren. Dit zal lang niet altijd de (wijk)verpleegkundige zijn. Ook de (wijk)(zieken)verzorgende kan interventies uitvoeren, zelf, of gezamenlijk met de (wijk)verpleegkundige. Tijdens de Covid 19 pandemie heeft ook de helpende zorg en welzijn (mbo-niveau 2) een plaats gekregen in het team wijkverpleging. Nog niet alle zorgverzekeraars hebben zorg door de helpende opgenomen in hun polis.

2.3 Normenkader voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving

De verpleegkundige beroepsgroep heeft in het Normenkader beschreven aan welke (zes) normen de verpleegkundige indicatie en organisatie van extramuraal zorg voldoet. De normen maken duidelijk wat van verpleegkundigen verwacht mag worden.

Het Normenkader omvat 6 normen:

1. "Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie. Professionele autonomie garandeert cliëntgerichtheid en een onafhankelijk besluit.
2. Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een bachelor of master opgeleide verpleegkundige. Van deze professionals mag verwacht worden dat zij beschikken over de noodzakelijke competenties.
3. Indiceren en organiseren van zorg is gericht op versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem. Verpleegkundigen sluiten hiermee aan op de maatschappelijke noodzaak de zorg verantwoord uit te voeren.
4. Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces. De methode die verpleegkundigen daarbij hanteren is het klinisch redeneren. Dit proces bestaat uit vraagverheldering, diagnose, planning van resultaten en interventies, organisatie, uitvoer en evaluatie van zorg.
5. De verslaglegging voldoet aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging. Sinds 2011 bestaat een richtlijn voor verpleegkundige verslaglegging waarin het doel en de onderdelen van de verslaglegging worden besproken.
6. De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN standaard voor overdracht van zorg. De standaard bestaat uit informatie over maximaal 27 items in combinatie met de keuze voor een "warme overdracht" als dat noodzakelijk is.¹

Norm 3 en 4 zijn in het kader van passende wijkverpleging en het verdelen van wijkverpleging bij schaarste van zorg het meest relevant.

Norm 3: Indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem

Hierbij staan niet de beperkingen centraal maar de mogelijkheden van de cliënt. De inzet van de (wijk)verpleegkundige is gericht op het doel (van de cliënt) en op het vermogen van de cliënt/patiënt om deze doelen ook blijvend zelf te regisseren en uit te voeren. Dat betekent voor de (wijk)verpleegkundige dat er voldoende tijd en ruimte moet zijn om in dat kader aan advies, voorlichting en instructie te doen om te zorgen dat de zelfredzaamheid op peil komt. Met andere woorden een duurzame oplossing vergt initieel

soms meer tijdsinvestering. Dit betekent niet dat de cliënt gedwongen wordt tot zelfredzaamheid, maar dat de mogelijkheden hiertoe verkend en ondersteund worden. De (wijk)verpleegkundige zorgt ervoor dat de lacunes in/belemmeringen voor de zelfredzaamheid, voor zover nodig en binnen het bereik van 'de zorg', gecompenseerd worden.

Norm 4: Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces

Bij de indicatiestelling volgens het Normenkader gaat het niet om een eenmalige inschatting van de zorgbehoefte door een onafhankelijke instantie maar om de integratie van indicatie en organisatie van zorg in het verpleegkundig proces dat dynamisch van karakter is. Enerzijds omdat de situatie van cliënten soms per dag kan veranderen, anderzijds omdat het leren kennen van cliënt en cliëntensysteem tijd vergt. Vanuit gedeeld begrip kunnen de juiste interventies gekozen worden.

Indicatiestelling en organisatie van zorg kunnen dus niet los van zorguitvoering worden gezien. Het verpleegproces bestaat, uit vraagverheldering (anamnese) diagnose, planning van resultaten en interventies, uitvoering en evaluatie. De methodiek die verpleegkundigen hanteren in het verpleegproces is klinisch redeneren.

In het Begrippenkader indicatieproces heeft de beroepsgroep de werkwijze om tot een verpleegkundige indicatie te komen, nog eens uiteengezet, zowel procesmatig als inhoudelijk. De stappen in het verpleegkundig proces zijn duidelijk omschreven. De verpleegkundige beroepsgroep komt via deze processtappen en op basis van de methodiek van het klinisch redeneren (conform het eigen Normenkader) tot een indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Binnen de beroepsgroep is consensus over het instrumentarium dat zij daarbij ter ondersteuning kan inzetten (bijvoorbeeld gevalideerde vragenlijsten). De Handreiking normenkader en Handreiking verpleegkundig proces geven ook inzicht in hoe de verpleegkundige indicatiestelling tot stand komt.

Samenvattend houdt indiceren volgens het Normenkader en de andere documenten van de beroepsgroep in dat de wijkverpleegkundige in het verpleegkundig proces bij het bepalen van gewenste zorgdoelen en passende interventies een afweging maakt, gegeven de hele context van de zorgvrager, wie deze interventie gaat uitvoeren. De wijkverpleegkundige heeft als uitgangspunt hierbij dat de zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert, vervolgens diens netwerk, inzet van vrijwilligers, inzet van een hulpmiddel, zorgtechnologie of een professional (van team wijkverpleging of eventueel een zorgprofessional van een andere discipline). In de onderbouwing van de door haar gestelde indicatie maakt ze deze afweging transparant.

2.4 Wijkverpleging en passende zorg

Rol van wijkverpleging bij het bewerkstelligen van passende zorg

De inzet op passende zorg in de context van een vergrijzende samenleving impliceert een belangrijke rol voor wijkverpleging. Wijkverpleging is voor een deel van de gezondheidsproblemen en zorgvragen in de eigen omgeving van de betrokkene noodzakelijk om tot passende zorg in het algemeen te komen. Met de inzet van wijkverpleging kunnen mensen beter en langer thuis functioneren en hun zelfredzaamheid verbeteren of behouden, zo nodig met hulp van hun mantelzorgers, (digitale) hulpmiddelen etc. Wijkverpleging draagt bij aan de doelmatigheid van zorg door deze thuis te leveren in plaats van in het ziekenhuis of verpleeghuis. Daarnaast is wijkverpleging ook een belangrijke schakel tussen het gezondheidszorg- en het sociale domein en bevordert de wijkverpleging daarmee dat vragen die het sociale domein betreffen daar opgepakt kunnen worden.

Het gaat bij wijkverpleging deels om eenvoudige gezondheidsproblemen en zorgvragen, maar ook vaak om complexe problematiek en complexe zorgvragen. En het gaat hierbij vaak, maar zeker niet uitsluitend, om kwetsbare oudere patiënten.

Door de belangrijke rol die wijkverpleging heeft bij het bewerkstelligen van passende zorg in het algemeen vraagt mogelijk om inzet van wijkverpleging. Passende zorg vraagt deels om meer wijkverpleging. Bijvoorbeeld door verschuiving van ziekenhuiszorg of verpleeghuiszorg naar verpleging en verzorging thuis omdat de zorg daar doelmatiger en prettiger voor de patiënt geleverd kan worden.

Daarnaast kan het bij passende zorg ook juist gaan om minder wijkverpleging, bijvoorbeeld door meer inzet van het eigen netwerk van cliënt en inzet van (digitale) hulpmiddelen in het kader van passende zorg, minder wijkverpleging nodig zijn.

Normenkader voor de indicatiestelling en passende zorg

Als er wordt geïndiceerd volgens de uitgangspunten van het Normenkader en de zorg overeenkomstig de indicatiestelling geleverd wordt, zal dit vrijwel altijd passende zorg zijn. Zo is de visie op positieve gezondheid waar vanuit de verpleegkundige handelt te koppelen aan het principe dat passende zorg over gezondheid gaat en niet over ziekte. Het leidend beginsel dat de verpleegkundige zorg erop is gericht zelfredzaamheid en eigen regie te versterken (norm 3 Normenkader) betekent dat altijd eerst gekeken wordt naar wat een cliënt zelf kan en wat zijn omgeving/steunsysteem kan doen. Tijdens stap 4 van het verpleegkundig proces (norm 4 Normenkader) bij het vaststellen en organiseren van wetenschappelijk onderbouwde passende interventies wordt de benodigde zorg georganiseerd met eventueel mantelzorg/netwerk, vrijwilligers, hulpmiddelen/eHealth-technologie, teamleden en/of professionals uit andere domeinen. Deze beide uitgangspunten van indicatiestelling sluiten aan bij de normen die vallen onder het principe dat passende zorg op de juiste plek plaatsvindt:

- Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als dit onvoldoende kan bijdragen, sluit formele zorg aan.
- Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel.
- Passende Zorg vindt digitaal plaats als het kan en fysiek als het moet

De verpleegkundige indicatiestelling sluit ook aan bij principe 2 van passende zorg: Passende zorg komt gezamenlijk met en rondom de patiënt tot stand: 'Zorg die samen met patiënten/cliënten tot stand komt, betekent zorg die past bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van de patiënt/cliënt. Dat wordt bepaald in een gezamenlijk besluitvormingsproces tussen zorgverlener(s) en patiënt/cliënt en naaste(n). Voldoende tijd en aandacht zijn essentieel om het persoonlijke perspectief van de patiënt/cliënt te verkennen en om de verschillende opties te bespreken. Wat kunnen de patiënt/cliënt en zijn naasten zelf bijdragen? Welke vormen van diagnostiek, behandeling, ondersteuning of verwijzing (zie principe 3) zijn mogelijk'.

Bijlage 3

Advies ACP

Advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over het advies 'Verdelen van schaarste in de wijkverpleging'

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Deze kunnen gaan over in- of uitstroom van interventies in de zorgverzekering, maar ook over de organisatie en de inrichting van de zorg. In het laatste geval spreken we van systeemadviezen. Zij doet dit vanuit het principe dat het systeem van de zorgverzekering en aanpalende regelingen maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking. Bij systeemadviezen beoordeelt de commissie of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de kwaliteit en betaalbaarheid van en de toegang tot zorg en de mogelijke uitvoeringsconsequenties een belangrijke rol spelen.

De commissie heeft in haar vergadering van 8 september 2023 gesproken over het vraagstuk 'verdeling van schaarste in de wijkverpleging' binnen de eerstelijnszorg van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In het advies wordt voorgesteld om via een betere indicatiestelling met behulp van het bestaande normenkader tot passende inzet van de wijkverpleging te komen en zo de schaarse zorg goed te verdelen. Daarmee kan een pijnlijke maatregel, zoals beperking van de verzekerde aanspraak, vooralsnog worden voorkómen. Naast een verbetering van indicatiestelling zijn taakherschikking naar helpenden/informele zorg en de inzet van (digitale) hulpmiddelen volgens het advies belangrijke acties om de schaarste te verdelen. Om genoemde acties mogelijk te maken, noemt het advies enkele randvoorwaarden, zoals een wakend oog door de wijkverpleegkundige bij taakherschikking, het mogelijk maken van taakherschikking in de modelpolissen, voldoende aanbod van helpenden en minder zorgaanbieders in de wijk zodat coördinatie, afstemming en samenwerking makkelijker wordt. Het Zorginstituut zou een pakketmaatregel (het beperken van de aanspraak wijkverpleging uit de Zvw) pas willen overwegen als de genoemde opties onvoldoende resultaat opleveren. Het Zorginstituut heeft de commissie gevraagd of zij deze mening deelt en wat de overwegingen hierbij zijn. Het advies ligt op dit moment bij partijen ter consultatie voor.

Er is door partijen niet van de gelegenheid gebruik gemaakt om in te spreken.

De commissie onderschrijft de keuze om eerst maximaal in te zetten op passende inzet van de wijkverpleging voordat wordt overgegaan tot een beperking van de aanspraak. De commissie deelt de visie van het Zorginstituut dat het feit dat de indicatiestelling binnen de Zvw in handen ligt van de wijkverpleegkundige zelf een krachtig instrument is voor passende zorg. Het neerleggen van meer verantwoordelijkheid voor het verdelen van de schaarste bij de wijkverpleegkundigen zet hen nog meer in hun kracht. De commissie ziet dit als een mooi voorbeeld van passende zorg en het IZA, waarbij door de medische professionals zelf verantwoordelijkheid wordt genomen om om te gaan met schaarste. Die medische professionals, in dit geval de wijkverpleegkundigen kunnen dit alleen waarmaken als bepaalde randvoorwaarden zijn geregeld. Naast de randvoorwaarden die reeds genoemd zijn in het rapport heeft de commissie nog een aantal aanvullende randvoorwaarden/suggesties die mogelijk kunnen bijdragen aan het oplossen van de schaarste en die daarom verder verkend zouden kunnen worden:

- Passende zorg betreft niet enkel de zorgvraag maar ook het zorgaanbod. Schaarste van personeel heeft gevolgen voor de indicering. De vraag is of hier voldoende aandacht aan wordt besteed in het normenkader dat de wijkverpleegkundige gebruikt. Het normenkader zou bijvoorbeeld kunnen worden uitgebreid met handvatten hoe te handelen in geval van schaarste. Daarbij is het van belang ervoor te zorgen dat de wijkverpleegkundigen op de hoogte zijn van het evenwicht tussen de zorgvraag en het –aanbod binnen de regio om passend te kunnen indiceren. Dit vraagt om zorgaanbieders die bekend zijn met de lokale situatie. Beperking van het aantal zorgaanbieders in een regio helpt hierbij.
- Wellicht dat een deel van de oplossing ook gevonden zou kunnen worden in de bekostiging. De vraag is of er nu sprake is van de juiste prikkels. Indien de prikkel is om meer zorg te leveren en niet in te zetten op zelfredzaamheid, dan lost het probleem niet op door alleen betere indicatiestelling. Het zou goed zijn om in het rapport aandacht te besteden aan de relatie tussen indicering en bekostiging.

- De commissie denkt ook dat vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep door verbetering van arbeidsvoorwaarden en- omstandigheden kan bijdragen aan het oplossen van schaarste.
- De invloed van ongecontracteerde zorg lijkt op dit moment beperkt omdat het nog naar over een beperkt deel van het totale zorgaanbod gaat (6%). De commissie waarschuwt wel dat dit percentage in de toekomst zou kunnen gaan toenemen en dat meer wijkverpleegkundigen van gecontracteerde aanbieders naar ongecontracteerde zorgaanbieders kunnen overstappen. Het is van belang de gevolgen van verschillende beleidsopties voor zowel gecontracteerde als ongecontracteerde zorg in kaart te brengen. Eventuele aanpassing van artikel 13 van de Zvw dient in dit kader ook nader onderzocht te worden.
- De aanbieders van Wlz en Zvw zorg vissen in dezelfde vijver wat betreft de (wijk-) verpleegkundigen. Met regelingen als 'extra kosten thuis' en 'meerzorg' is de Wlz aantrekkelijker, waardoor er geen sprake is van een gelijk speelveld. De commissie is er voorstander van dat alle verpleegkundige zorg thuis op dezelfde manier wordt geïndiceerd en geleverd.

De commissie kan zich vinden in de voorstellen met betrekking tot de taakherschikking en de inzet van (digitale) hulpmiddelen. Het creëren van maatschappelijk bewustzijn is bij uitstek een zaak van de overheid, bijvoorbeeld door middel van campagnes. De rol van het Zorginstituut is hierin beperkt. Voor het Zorginstituut is het de taak om dit soort adviezen duidelijk te communiceren.

De commissie vindt het wel zaak om zo spoedig mogelijk deze voorstellen te gaan implementeren. Het is moeilijk om een concreet resultaat of (meet)moment te benoemen, maar de commissie adviseert om zowel de tekorten aan personeel te monitoren als de implementatie van de beleidsadviezen, zoals het opnemen van helpenden in de modelpolissen van zorgverzekeraars. Nemen de tekorten ondanks de adviezen toe of worden beleidsadviezen niet (tijdig) geïmplementeerd, dan is het zaak om in te grijpen. Gezien de ernst van de problematiek adviseert de commissie om nu al te starten met het verder uitwerken van mogelijkheden voor aanpassing van de aanspraak. Indien namelijk blijkt dat de huidige voorstellen ontoereikend zijn, dient er snel gehandeld te kunnen worden.

Tot slot verzoekt de commissie het Zorginstituut om de commissie op de hoogte gehouden van de voortgang op dit dossier. Zij ziet het onderwerp graag terug op de agenda zodra de eerste monitorresultaten gereed zijn.

Bijlage 4

Consultatiereacties partijen

We hebben reacties op het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging” ontvangen van de Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, ActiZ, Zorgthuisnl, SoloPartners, ZN, LHV/NHG, Verenso en de Nza.

Als we kijken naar alle reacties, zijn wij blij dat partijen in grote lijn onderschrijven dat inzet op meer passende inzet van wijkverpleging nodig en mogelijk is.

De meeste partijen zijn het met ons eens dat dit kan zonder de huidige aanspraak op wijkverpleging te beperken. Eén partij geeft aan dat het uitgangspunt ‘zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’ in de aanspraak geborgd zou moeten worden.

Het Zorginstituut onderschrijft het belang van dit uitgangspunt voor passende inzet van wijkverpleging. In het adviesrapport geven we aan dat dit feitelijk al geborgd is in de huidige aanspraak wijkverpleging. Volgens de huidige aanspraak is de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige bepalend voor de zorg waar een individuele cliënt aanspraak op heeft, dat wil zeggen: welke zorg voor een individuele cliënt verzekerde zorg is. De wijkverpleegkundige bepaalt met de indicatiestelling op welke zorg een individuele cliënt redelijkerwijs is aangewezen. Op deze zorg heeft deze cliënt dan aanspraak en deze zorg is voor deze cliënt verzekerde zorg. De cliënt maakt geen aanspraak op zorg die de wijkverpleegkundige niet heeft geïndiceerd bij deze cliënt. Deze zorg is voor deze cliënt geen verzekerde zorg.

Dit betekent dat als de wijkverpleegkundige vaststelt dat bij een cliënt een hulpmiddel ingezet kan worden voor een bepaald probleem, dan heeft de cliënt geen aanspraak op fysieke zorg die in plaats van dit hulpmiddel ingezet zou worden. Voor deze cliënt behoort die fysieke zorg dan niet tot de verzekerde zorg. Om het uitgangspunt ‘zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’ te borgen is dus geen aanpassing van de aanspraak noodzakelijk.

Partijen hebben verder aangegeven dat het Zorginstituut duidelijker moet maken hoe zij gaat monitoren en op welke gronden zij gaat beslissen om een beperking van de aanspraak opnieuw te overwegen. We hebben daarom het laatste hoofdstuk aangepast en benoemen daar hoe we passende inzet van wijkverpleging willen monitoren en wanneer we een beperking van de aanspraak zullen heroverwegen.

De op- en aanmerkingen van partijen, onze reactie daarop en de aanpassingen die we naar aanleiding hiervan hebben aangebracht in het advies geven we per partij aan.

Patiëntenfederatie Nederland

Hierbij de reactie van Patiëntenfederatie Nederland op het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Passende zorg is meer dan arbeidsbesparing

In het conceptadvies is gekozen voor de smalle focus op arbeidsbesparing. Wij willen benadrukken dat passende zorg meer oplevert dan arbeidsbesparing:

- Draagt bij aan het functioneren van mensen en de kwaliteit van leven.
- Komt samen met de patiënt tot stand. Zorgprofessional en patiënt beslissen samen over best passende behandeling.
- Juiste zorg op de juiste plek. Dichtbij waar het kan, op afstand als het moet, bijvoorbeeld door het inzetten van digitale zorg.
- Gaat niet over ziekte, maar over gezondheid; kijken naar wat iemand nog wél kan. Inzetten op preventie en vernieuwing.

Preventie en leefstijl worden in het advies uitgesloten omdat ze geen arbeidsbesparing zouden opleveren, dan wel niet van toepassing zouden zijn voor ouderen. We vinden het van belang om te onderstrepen dat wijkverpleging breder is dan ouderenzorg en dat ook voor ouderenzorg preventie en leefstijl belangrijk om de toestroom naar formele zorg te beperken. We vinden het een belangrijke beperking aan de analyse dat preventie en leefstijl niet zijn meegenomen.

Het aantal uur wijkverpleging in de week zegt niets over de complexiteit van de zorg

In het conceptadvies lijkt gesuggereerd te worden dat een beperkt aantal uren wijkverpleging per week gelijk is aan laagcomplexiteit zorg. O.a. het gebruik van hulpmiddelen binnen de groep laat zien dat dit niet juist is. Zo zien we in het conceptadvies dat 42% van de cliënten met een beperkt aantal uren wijkverpleging gebruik maakt van verbandmiddelen en 23% van hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed.

Inzet van helpenden is niet de oplossing

Wij zijn van mening dat de inzet van helpenden in de wijkverpleging niet dé oplossing is. Enerzijds omdat het een risico is voor de kwaliteit van zorg doordat in de wijkverpleging solistisch achter de voordeur van mensen met een kwetsbare gezondheid gewerkt wordt.

Anderzijds omdat de wijkverpleging gericht is op het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten terwijl helpenden juist worden ingezet om activiteiten van cliënten over te nemen. In het advies missen wij de zorginhoudelijke onderbouwing van deze oplossing.

Gehanteerde definitie informele zorgverlener is onjuist

In het conceptadvies wordt de volgende definitie gehanteerd:

“Informele zorgverleners zijn niet-beroepsmatige zorgverleners. De zorg die zij bieden wordt vaak vergoed met een persoonsgebonden budget (pgb).”

Wij kunnen ons niet vinden in deze definitie. Een groot deel van de informele zorg en ondersteuning wordt onbetaald gegeven door mantelzorgers en vrijwilligers.

Onderzoek in opdracht van het Zorginstituut

In het conceptadvies lezen wij:

Het Zorginstituut heeft onderzoek laten doen door Gupta Strategists naar de impact van de initiatieven die de partijen voorstelden voor passende zorg en de beperking van de aanspraak wijkverpleging.

Gupta heeft in opdracht van het Zorginstituut twee onderzoeken verricht. Patiëntenfederatie Nederland heeft een bijdrage geleverd aan één van die onderzoeken: het onderzoek ‘Arbeidsbesparende maatregelen wijkverpleging’. In dat onderzoek zijn vier best practices verdiept en uitgewerkt: oogdruppelen, steunkousen-hulp, dagstructuurondersteuning en medicijndispenser. De overige maatregelen die in het conceptadvies genoemd worden zijn afkomstig van het Gupta onderzoek waaraan door Patiëntenfederatie Nederland geen bijdrage is geleverd.

Reikwijdte van het advies

In het conceptadvies lezen wij het volgende:

Het advies gaat over de toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleging voor volwassenen in het algemeen, ongeacht hoe deze zorg wordt betaald, uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of uit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Naar onze mening is WLZ zorg (MPT en VPT) geen wijkverpleging.

Aandacht voor stapeling van zorgkosten noodzakelijk

In het conceptadvies lezen wij:

De cliënt betaalt soms zelf voor een hulpmiddel. Hulpmiddelen waarvan de kosten voor de cliënt niet zo hoog zijn dat de toegankelijkheid van zorg hierdoor onder druk staat, worden niet vergoed vanuit de Zvw.

Voor de toegankelijkheid van zorg is het ontoereikend om alleen te kijken naar de kosten per hulpmiddel. Eén hulpmiddel hoeft geen drempel op te werpen maar stapeling van zorgkosten is voor steeds meer mensen een probleem. Aandacht hiervoor is noodzakelijk.

Met vriendelijke groet,
Patiëntenfederatie Nederland

Reactie van het Zorginstituut op het commentaar van de Patiëntenfederatie Nederland

Geachte,

Bedankt voor uw reactie op ons conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”. Hierbij reageren wij graag op uw reactie met de nodige onderbouwing.

We zijn er ons van bewust dat preventie en leefstijl ervoor kunnen zorgen dat mensen minder/geen zorg nodig hebben. Preventieve maatregelen als zorg gericht op reablement en zelfredzaamheid door de wijkverpleging beschouwen wij als passende zorg en inderdaad een manier om te besparen op uren wijkverpleging. Met de beschikbare data hebben we de impact hiervan echter niet kunnen inschatten.

Het aantal uur wijkverpleging in de week zegt inderdaad niet alles over de complexiteit van de zorg. Echter, het gebruik van incontinentiemateriaal en steunkousen in combinatie met het aantal uren zorg suggereert dat de zorg in veel gevallen laag complex is.

De inzet van helpenden is in onze ogen wel een oplossing om de druk op de wijkverpleegkundige, verpleegkundige en verzorgende te verlagen. Vanwege het solistische karakter van het werk van de helpende pleiten we er echter wel voor dat in alle gevallen de wijkverpleegkundige ook betrokken is. Hoe deze betrokkenheid vorm krijgt, is aan de indicerende wijkverpleegkundige. Op deze manier wordt de kwaliteit van zorg en het eventueel sturen op zelfredzaamheid geborgd. We denken echter dat bij de doelgroep die wij voor ogen hebben het sturen op zelfredzaamheid niet meer op de voorgrond staat.

U maakt terechte opmerkingen over de definitie van informele zorg. Informele zorg behelst zowel de informele zorgverlener die betaald wordt vanuit PGB als de mantelzorger en vrijwilliger. We hebben dit verduidelijkt in ons advies.

Het onderzoek arbeidsbesparende maatregelen staat los van het onderzoek over passende wijkverpleging. Het onderzoek passende wijkverpleging heeft wel gebruik gemaakt van data uit het onderzoek arbeidsbesparende maatregelen. Het klopt dat de Patiëntenfederatie, net als de overige betrokken partijen, geen bijdrage heeft geleverd aan het onderzoek van Gupta over passende wijkverpleging.

Het klopt dat Wlz zorg (MPT en VPT) geen wijkverpleging is, wel wordt de zorg geleverd door het team wijkverpleging en betreft het dezelfde beroepsgroepen. We hebben de terminologie aangepast in het advies.

We hebben een aanpassing gedaan in ons advies betreffende de inzet van hulpmiddelen; ‘De cliënt betaalt soms zelf voor een hulpmiddel omdat het niet is opgenomen in het basispakket. Bij de beoordeling of een relatief goedkoop hulpmiddel in het basispakket wordt opgenomen is het criterium ‘noodzakelijk te verzekeren’ bij uitstek van belang. Hierbij wordt gekeken of het een algemeen gebruikelijk (hulp)middel is en wat de (meer)kosten zijn, maar ook of het substitueert voor andere zorgkosten. Zo kan het voorkomen dat een relatief goedkoop hulpmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, zoals bijvoorbeeld de aan- en uittrekhulp voor elastische kousen’.

We hopen u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,

Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

Hierbij de reactie van V&VN op het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Algemeen

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

Indicatiestelling en passende zorg

V&VN³⁹ deelt u mening/opvatting dat pakketmaatregelen ongewenst zijn en de genoemde voorbeelden grote maatschappelijke consequenties zullen hebben. V&VN is het eens met u dat de indicatiestelling hét instrument is voor passende zorg in de eigen omgeving van de cliënt. Het Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) (V&VN, 2014) ondersteunt en resulteert in passende zorg voor de cliënt. Wijkverpleegkundigen⁴⁰ doen dit al jaren op basis van hun afwegingskader zoals in het Begrippenkader Indicatieproces (V&VN, 2019) is beschreven (zie p29, §5.4). V&VN meent daarom dat een aanspraakbeperking helemaal niet nodig is en zelfs ongewenst.

Uw pleidooi richting de andere veldpartijen en de samenleving voor de erkenning en waardering voor de professionele autonomie van de wijkverpleegkundige is hierbij van grote waarde. Veldpartijen en de samenleving mogen van wijkverpleegkundigen verwachten dat zij werken volgens de ‘professionele standaard’.⁴¹ Zowel het Normenkader en als het Begrippenkader zijn beroepsnormen en behoren tot de ‘professionele standaard’.

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

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

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

³⁹ V&VN is de beroepsvereniging voor de drie sterke beroepen in het verpleegkundig domein: verzorgenden-IG, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Als in deze notitie V&VN staat, vertegenwoordigen die letters deze drie beroepen.

⁴⁰ De indicatiestelling is ‘voorbehouden’ aan de wijk-, kinder- of dementieverpleegkundige conform het Normenkader. Voor het leesgemak is alleen de wijkverpleegkundige genoemd. De zorgverlening op basis van de indicatie wordt zowel door wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden-IG verleend. Sommige zorgaanbieders zetten ook verpleegkundig specialisten en helpenden(+) in. NB V&VN vertegenwoordigt niet de beroepsgroep helpenden(+).

⁴¹ De professionele standaard houdt in: wet- en regelgeving, kwaliteitskader, -standaarden, richtlijnen en beroepsnormen.

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

Aandachtspunten

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

1. Sommige begrippen zijn niet eenduidig gedefinieerd en/of gehanteerd. Het advies is om een begrippenlijst toe te voegen op o.a. de volgende termen: wijkverpleging (zie suggestie volgende pagina, eerste bullit), beroepsgroep versus beroepsvereniging, betekenis laag intensieve zorg;
2. In uw notitie wordt aangegeven dat deze zich alleen richt op de Zvw-zorg. De voorstellen die worden gedaan, hebben invloed op andere wettelijke kaders, zoals de Wlz. Het verschuiven van de zorg naar een ander wettelijk kader lost het probleem van schaarste niet op, maar verschuift het, met als gevolg een 'waterbedeffect';
3. V&VN is van mening dat preventie ten onrechte in uw notitie wordt weggezet als verwaarloosbaar om bij te dragen aan 'verdelen van schaarste'. V&VN meent dat zowel preventie als reablement en inzet op gezond ouder worden (niet hoe óud je wordt, maar hóe je oud wordt) essentieel is om zorggebruik zo lang mogelijk uit te stellen dan wel zorggebruik te verminderen. Juist goede, deskundige en professionele wijkverpleging kan bijdragen aan het voorkomen van zorg en crisissen, samen met de andere partners in de eerstelijns. Preventie is een van de speerpunten van het overheidsbeleid. Als u onderzoek heeft waaruit blijkt dat dit voor en in de wijkverpleging niets oplevert, zou dat gedeeld moeten worden, want zeer relevant;
4. Uw notitie bepleit de inzet van (e)hulpmiddelen als standaard voordat professionals de zorg gaan verlenen, tenzij de wijkverpleegkundige kan onderbouwen waarom de cliëntsituatie zich hier niet toe leent. V&VN ondersteunt dit van harte. Echter zolang diverse (e)hulpmiddelen niet vergoed worden, is er geen goede afweging mogelijk voor zowel de zorgvragers als de zorgaanbieders. De kosten van (e) hulpmiddelen staan de inzet hiervan in de weg en maakt het aantrekkelijker om 'menskracht' in te zetten omdat dit wél vergoed wordt. Tevens moeten we met elkaar nadenken over 'cliënten die hulpmiddelen weigeren c.q. niet kunnen betalen', wat dan?
5. In uw notitie lijkt de inzet van helpenden als dé oplossing voor de personeelskrapte te worden gezien. Meerdere (grotere) zorgaanbieders werken ook nú al volop met niveau 2(+) medewerkers, zoals helpenden en helpenden plus⁴². Dat betekent dat er in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid veel minder aan taakverschuiving zal worden gedaan dan in uw notitie wordt aangenomen. De laag complexe zorg wordt namelijk nu al regelmatig door niveau 2(+) verleend. Wijkverpleegkundigen in deze organisaties noemen naast de positieve effecten, zoals presentie, aandacht, Ogen en oren achter de voordeur, ook de keerzijde van deze verschuiving: versnippering van de zorg met als gevolg extra coördinatietaken, het langer dan nodig in stand houden van zorg, het minder flexibel kunnen inspelen op het vullen van routes en het blussen van brandjes (incidenten en complicaties), want 'wat je het niet weet, zie je ook niet'. V&VN pleit juist voor meer deskundige professionals en niet voor meer taakversnippering. V&VN adviseert om te investeren in de huidige professionals (opleiden en behouden) en niet overall te verschralen. V&VN adviseert sowieso de inzet van niveau 2(+) goed te monitoren, zodat we een beter beeld krijgen bij wat deze maatregel oplevert;
6. V&VN deelt uw aanname niet dat 'meer vraag naar helpenden' maakt dat er meer mensen zullen kiezen voor het beroep. Uit onderzoek is bekend dat inhoud van het werk en inspraak in de beroepsuitoefening, het dienstrooster, mogelijkheden voor leren en ontwikkelen en, last but not least, salariering belangrijke kritische succesfactoren zijn voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg. Alleen tijdens een economische recessie lijken banen in de zorg aantrekkelijk te zijn;

⁴² De opleiding tot helpenden richt zich op welzijn. Helpenden plus zijn helpenden die aanvullende trainingen hebben ge-volgd om een aantal verzorgende interventies te mogen uitvoeren, zoals medicatie aanreiken en ogen druppelen.

7. V&VN deelt uw opvatting niet dat wijkverpleging vooral langdurige zorg betreft. In volume lijkt wijkverpleging langdurige zorg te zijn, maar in aantal cliënten juist niet. Vektis cijfers laten namelijk zien dat cliënten gemiddeld 5 maanden wijkverpleging (Zvw) krijgen. Cliënten worden echter wel steeds meer ‘doorgeschoven’ naar Wlz MPT/VPT. Deze cliënten blijven in zorg bij het wijkteam. Dit doorschuiven naar een ander wettelijk kader (c.q. financiering) creëert zo het beeld dat wijkverpleging langdurige zorg betreft;
8. V&VN ziet graag bij het verschuiven naar de eerstelijns of het verschuiven naar (e)hulpmiddelen dat andere partijen daar ook een rol in krijgen én verantwoordelijkheid nemen. Bijvoorbeeld:
 - De apotheker kan als verstrekker van de baxterrol een grotere verantwoordelijkheid en rol bij de medido nemen. Te denken valt aan implementatie, inzet en opvolging hiervan organiseren;
 - De oogarts (c.q. polikliniekverpleegkundige) kan een essentiële rol hebben als het gaat om het introduceren van een oogdruppelbril bij de voorbereiding op de operatie. Dan hoeft er zelfs niet eens wijkverpleging ingezet te worden;
 - Zo lang polikliniek-, afdelings- en transferverpleegkundigen én medisch specialisten uitspraken doen als: ‘de wijkverpleging komt u dagelijks helpen’ of ‘24 uur zorg is echt nodig om thuis te sterven’, is het bijstellen van verwachtingen van cliënten en familie een lastige en tijdsintensieve opgave. Vaak blijkt namelijk tijdens het indicatiegesprek in de eigen omgeving de zorgbehoefte anders te zijn en zijn er andere oplossingen mogelijk, soms zelfs zónder professionele zorg.

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

Overige aandachtspunten

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

1. Begrip wijkverpleging

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

V&VN adviseert om bij aanvang van de notitie duidelijk te maken dat het in dit document gaat over verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Gebruik het begrip wijkzorg of zorg thuis als beide wettelijke kaders worden bedoeld. Echter als het specifiek over Zvw-zorg gaat, adviseert V&VN het woord ‘wijkverpleging’ te gebruiken en als het specifiek over Wlz-zorg thuis gaat dan ‘MPT/VPT’ te gebruiken. Overigens is het goed om te beseffen dat het team wijkverpleging de zorg blijft verlenen ongeacht de financieringsvorm (wettelijk kader). Al wordt er bij enkele zorgaanbieders ook geëxperimenteerd met aparte Wlz-teams.

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

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

HIK (Handreiking Indicatieproces Kindzorg)

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

Het is daarom niet aannemelijk dat de HIK als verklaring kan dienen voor het verminderen van zorguren sinds 2019.

Keurmerk indicatiestelling

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

Indicatiestelling Wlz (MPT/VPT)

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

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

Reactie van het Zorginstituut op het commentaar van V&VN

Geachte,

We zijn blij dat V&VN zich kan vinden in de grote lijn van ons advies en hieraan wil bijdragen als beroepsvereniging. Hieronder de reactie van het Zorginstituut op de consultatie reactie.

- Het Zorginstituut onderschrijft de gezamenlijke verantwoordelijkheid, dus niet alle verantwoordelijkheid voor het verdelen van de schaarste ligt bij de wijkverpleegkundige. Wel heeft het team wijkverpleging een grote rol in de wijk om de schaarste te verdelen. Het Zorginstituut onderschrijft dat andere partijen een rol krijgen en verantwoordelijkheid moeten nemen, we nemen dit mee in het rapport.
- Inzet helpenden: Wij pleiten ervoor dat in alle gevallen de wijkverpleegkundige betrokken is bij de zorg om zo de kwaliteit van zorg te borgen en oog te houden voor het bevorderen van zelfredzaamheid. Hoe de betrokkenheid van de wijkverpleegkundige vorm krijgt, is aan de indicerend wijkverpleegkundige. Het is aan de indicerend wijkverpleegkundige om vast te stellen wanneer de inzet van een helpenden mogelijk is. Taakverschuiving naar de helpende behelst dus meer dan simpelweg 'extra handjes' inzetten. Het is een vermoeden dat er meer vraag naar helpenden zal ontstaan, dit zal samen met de inzet van helpenden gemonitord worden.
- Wlz zorg thuis naar de Zvw. Het is wenselijk dat de wijkverpleegkundige alle regie op de zorg thuis kan voeren. Niet dat het verschuiven van wettelijk kader de schaarste oplost, maar de wijkverpleegkundige heeft op deze manier meer grip op alle verpleging en verzorging die in de eigen omgeving plaatsvindt. Via de indicatiestelling kan dan meer aangestuurd worden op passende zorg.
- Preventie: De scope van het onderzoek is beter beschreven. We zijn ons er van bewust dat preventie en leefstijl ervoor kunnen zorgen dat mensen minder/geen zorg nodig hebben. We hebben de impact hiervan met de beschikbare data niet kunnen onderzoeken.
- Inzet hulpmiddelen: Mede naar aanleiding van uw opmerking hebben we de passage over de inzet van hulpmiddelen aangepast.
 - 'De cliënt betaalt soms zelf voor een hulpmiddel omdat het niet is opgenomen in het basispakket. Bij de beoordeling of een relatief goedkoop hulpmiddel in het basispakket wordt opgenomen is het criterium 'noodzakelijk te verzekeren' bij uitstek van belang. Hierbij wordt gekeken of het een algemeen gebruikelijk (hulp)middel is en wat de (meer)kosten zijn, maar ook of het substitueert voor andere zorgkosten. Zo kan het voorkomen dat een relatief goedkoop hulpmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, zoals bijvoorbeeld de aan- en uittrekhelp voor elastische kousen'.
- Dia 8 Gupta: 22% van het totaal aantal uren wijkverpleging wordt besteed aan cliënten die minder dan een jaar in zorg zijn.

Overige aandachtspunten

- Deze aandachtspunten hebben we verwerkt waar aanscherping nodig was, zo hebben we de wijkverpleging Zvw en Wlz zorg thuis (MPT/VPT) waar nodig verduidelijkt
- Voldoen aan het normenkader aangepast
- Impact van invoering van een keurmerk hebben we genuanceerd in ons rapport. Hoe een betere indicatiestelling tot stand komt is aan de beroepsgroep zelf. Wij zijn ervan overtuigd dat een wijkverpleegkundige aantoonbaar bevoegd en bekwaam zou moeten zijn om zorg te indiceren. Of dit tot stand komt via scholing/intervisie en intercollegiale toetsing of gevangen wordt in een keurmerk/kwaliteitsregister is voor ons niet ter zake doende. Dit hebben we, samen met uw opmerkingen over de HIK, duidelijker aangegeven in ons advies.
- We zijn ons ervan bewust dat het zorgplan ook voor Wlz cliënten wordt opgesteld door de wijkverpleegkundige. Het CIZ bepaalt wel het zorgzwaartepakket en daaraan gekoppeld het aantal wettelijke uren. Wij vinden het wenselijk dat dit in de thuissituatie door de wijkverpleegkundige wordt gedaan.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,

Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

ActiZ

Hierbij de reactie van ActiZ op het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

De afgelopen periode hebben we meerdere keren met elkaar gesproken over de toegankelijkheid van de wijkverpleging. Middels deze brief reageren we op het rapport ‘Verdelen schaarste in de wijkverpleging’.

Begin 2023 heeft ActiZ een onderzoek, *Wachten op wijkverpleging. Onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging*, gepubliceerd over de toegankelijkheid van de wijkverpleging. Toen al hebben we aangegeven dat er te veel mensen zijn die wijkverpleging nodig hebben, maar niet terecht kunnen of minder zorguren krijgen dan gewenst. De afname van beschikbaarheid van wijkverpleging leidt tot een (nog) grotere vraag naar mantelzorg, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en tijdelijke intramurale zorg. Daarnaast neemt de werkdruk voor wijkverpleegkundigen (nog) verder toe, wat leidt tot een grotere (en zelfversterkende) uitstroom van medewerkers. Gezien de demografie zullen deze effecten in de toekomst alleen maar heviger worden. Het Zorginstituut Nederland stelt in het rapport voor om eerst maximaal in te zetten op passende zorg en passende inzet van wijkverpleging en nog niet te starten met de verkenning van een wijziging van de wettelijke aanspraak op wijkverpleging. ActiZ betreurt dit en vindt dat dit niet past bij de huidige realiteit en de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) verband; borging van zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan in de aanspraak is noodzakelijk voor toekomstbestendige wijkverpleging. Hieronder lichten wij de noodzaak hiervan toe aan de hand van drie aspecten.

1. Echte verandering vraagt dwingender aanpassing in de aanspraak

De maatregelen die in het rapport voorgesteld worden (taakherschikking, professionalisering indicatiestelling en inzet van hulpmiddelen), zijn dezelfde maatregelen die de afgelopen vier jaar ook zijn ingezet conform het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging. In deze vier jaar is de situatie verslechterd. Uit het rapport blijkt echter niet hoe ervoor wordt gezorgd dat in het veld deze maatregelen nu wel tot verandering gaan leiden. Wat ook niet duidelijk wordt uit het rapport is, wanneer wél het moment is om de aanspraak te herformuleren.

Irreële verwachtingen

De huidige professionele normen wijkverpleging waar de huidige aanspraak wijkverpleging op is gestoeld is dermate ruim geformuleerd, dat verwijzers en burgers irreële verwachtingen hebben die in de praktijk nu al niet (volledig) haalbaar zijn, laat staan in de toekomst. Veel organisaties en wijkverpleegkundigen werken nu al volgens het credo ‘zelf tenzij, digitaal tenzij’, maar nog niet altijd en overal en ook niet door elke organisatie. Een goed voorbeeld van wijziging in de aanspraak is bijvoorbeeld om niet meer in alle gevallen ‘aantrekken van steunkousen’ of ‘ogen druppelen’ tot verzekerde zorg te rekenen, maar enkel indien het niet zelf of met een hulpmiddel kan. Hierdoor krijgen professionals meer ruimte voor andere (zwaardere) zorgtaken. Een stringenter omschrijving van de aanspraak op landelijk niveau zou enorm helpen in de verwachtingen bij burgers en verwijzers. Indien we dit ongeadresseerd laten en niet durven kiezen voor ‘stepped care’, zullen onrealistische verwachtingen blijven bestaan en zal de wijkverpleging niet toegankelijk blijven voor de meest kwetsbare mensen in onze samenleving. Een aanpassing van de aanspraak moet daarom ook niet geïnterpreteerd worden als normeren of mensen uitsluiten van wijkverpleging, maar juist als het toekomstbestendig maken van de wijkverpleging voor alle verzekerden en voor alle aanbieders.

2. Schaarsteverdeling is niet de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige

De rol van de wijkverpleegkundige is volgens het rapport om de schaarste te verdelen zowel op individueel niveau als op wijkniveau. ActiZ vindt principieel dat de verantwoordelijkheid voor het verdelen van de schaarste niet alleen bij de individuele wijkverpleegkundige behoort te liggen. Dilemma’s en (politieke) keuzes dienen niet te worden afgewenteld op individuele wijkverpleegkundigen zonder rugdekking vanuit de overheid. Daarbij kan gedacht worden aan keuzes zoals: personen die een netwerk hebben maar dit niet in willen zetten, heeft men dan nog recht op zorg? Wat als iemand geen hulpmiddelen zelf aan wil schaffen, neemt de wijkverpleging de zorg dan alsnog over? Deze vraagstukken spelen een steeds grotere rol in het verdelen van de schaarste en dat vraagt wat ActiZ betreft om heldere en dwingendere afspraken over de aanspraak, zodat wijkverpleegkundigen gesteund worden in hun werk. Dit laat onverlet dat de wijkverpleegkundige autonomie behoudt in het indicatieproces en ruimte krijgt voor de invulling van zorg.

3. Aanpassen van de aanspraak is invulling geven aan het IZA

Het IZA gaat om het toegankelijk en toekomstbestendig maken van zorg. De aanspraak is in het IZA op de agenda gezet met in het bijzonder aandacht voor de wijkverpleging en de betekenis van het uitgangspunt 'zelfstandig als het kan'. In het BO Passende Zorg van 3 juli jl. hebben verschillende partijen ook gevraagd om een versnelling op de implementatie van passende zorg. ActiZ geeft hier graag invulling aan.

Samengevat: toekomstbestendige wijkverpleging vraagt om passende aanspraak Een toekomstbestendige wijkverpleging is wat ActiZ betreft geholpen bij een aanpassing van de aanspraak. Het zorgt ervoor dat de inzet van professionele zorg beter verdeeld kan worden onder de meest kwetsbare mensen die deze zorg het hardste nodig hebben in plaats van dat die keuze zonder rugdekking afgewenteld wordt op de wijkverpleegkundige. Daarnaast vraagt toekomstbestendige wijkverpleging ook om een investering in de wijkverpleging, denk bijvoorbeeld aan niet-cliëntgebonden tijd, bezetting in avond-nacht en in het weekend, coördinatie van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, wijkgerichte preventie of aan meer tijd voor overleg met andere zorgverleners om samenwerking te verbeteren en zorg beter af te stemmen. Die onderdelen zijn wat ActiZ betreft essentieel voor een goed functionerende wijkverpleging, maar worden niet vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet.

Toekomstbestendige wijkverpleging vraagt een gezamenlijk aanpak, die van alle betrokken partijen inzet vraagt. We willen daarom graag samen met het Zorginstituut en de overige veldpartijen het gesprek aan om te komen tot de juiste formuleringen in aanspraak, beroepsrichtlijnen en polissen van verzekeraars.

Graag lichten we dan ook deze reactie op het rapport toe in een bestuurlijk overleg bij voorkeur gezamenlijk met overige veldpartijen. In de bijlage vindt u een uitgebreide reactie uitgeschreven per hoofdstuk.

Reactie van het Zorginstituut op het commentaar van ActiZ

Geachte,

Bedankt voor uw reactie op ons conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Hierbij onze reactie die uw opzet volgt.

Algemeen

Het Zorginstituut is het met u eens dat ‘zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’ geborgd moet zijn om de toegankelijkheid van wijkverpleging te behouden. Voor deze borging is echter geen aanpassing van de aanspraak nodig. Volgens de huidige wet- en regelgeving is er alleen aanspraak op zorg waarvan de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling heeft vastgesteld dat een individuele cliënt daar op aangewezen is.

De wijkverpleegkundige maakt bij de indicatiestelling altijd een inhoudelijke afweging tussen:

- wat de verzekerde en zijn omgeving zelf kan
- wat hulpmiddelen of zorgtechnologie kunnen betekenen
- wanneer formele zorg nodig is van een verpleegkundige of een andere zorgverlener

Een wijkverpleegkundige zal bij de invulling van de zorgbehoefte eerst bekijken of iemand is geholpen met digitale zorg. Digitale zorg kan bestaan uit zorgtechnologische hulpmiddelen, beeldbellen of sensorische alarmeringsmiddelen. Als de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling van de individuele cliënt vaststelt dat de zorgverlening in een digitale vorm geboden kan worden, dan is er niet tegelijkertijd voor dezelfde zorgbehoefte aanspraak op een fysieke vorm van zorg. Als de digitale vorm niet volledig voldoet aan de zorgbehoefte, dan kan een combinatie van digitale en fysieke zorg aangeboden worden. Een cliënt kan dus fysieke zorg, digitale zorg of een combinatie krijgen, afhankelijk van zijn situatie.

Zorg waar een cliënt volgens de wijkverpleegkundige niet op aangewezen is, is per definitie geen verzekerde zorg voor die cliënt. Bijvoorbeeld: als de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling bij een individuele cliënt vaststelt dat de zorg voor een specifiek probleem met een hulpmiddel zonder fysieke hulp van de wijkverpleging gegeven kan worden, valt fysieke zorg voor dit specifieke probleem niet onder de aanspraak.

Met de huidige aanspraak is het dus mogelijk om op het niveau van de individuele cliënt in te zetten op ‘zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’. De wijkverpleegkundige bepaalt via de indicatiestelling welke zorg passend is bij de individuele cliënt (op welke zorg de cliënt aangewezen is) en alleen die zorg valt voor die specifieke cliënt onder de aanspraak.

Reactie op de drie aspecten:

1. Het Zorginstituut heeft in het advies hoofdstuk 4 aangepast en concreter benoemd wat en hoe we passende inzet van wijkverpleging willen monitoren en wanneer we een beperking van de aanspraak zullen heroverwegen.
2. Het Zorginstituut onderschrijft de *gezamenlijke* verantwoordelijkheid, dus niet alle verantwoordelijkheid voor het verdelen van de schaarste ligt bij de wijkverpleegkundige. Wij benadrukken dit meer in de definitieve versie van het adviesrapport. Wat betreft de inzet van hulpmiddelen geldt hetzelfde als voor de inzet van digitale zorg, we zullen dit ook aanscherpen op onze website onder het Zvw kompas. De professionele richtlijnen schrijven voor dat de wijkverpleegkundige het gesprek voert welke zorg het netwerk kan en wil verlenen, de wijkverpleegkundige kan de inzet van het netwerk niet afdwingen. Dit beschrijven we ook in onze notitie *Zorg door het cliëntnetwerk en PGB*.⁴³
3. Wij zijn van mening dat we met dit advies juist invulling geven aan het IZA. Zoals hierboven onder algemeen beschreven staat. En zoals het in het IZA staat: *Om de groeiende zorgvraag te kunnen opvangen, moet deze passen binnen de beschikbare mensen en middelen. Passende zorg is daarmee ook arbeidsbesparende zorg. Partijen streven daarmee te voorkomen dat het nodig is om ‘harde’ pakketmaatregelen te nemen, zoals het niet meer uit de basisverzekering vergoeden van bepaalde vormen van zorg, ongeacht de indicatie of mate van effectiviteit van zorg. (Integraal Zorgakkoord 2022 pagina 9)*

⁴³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2021/11/17/zorg-door-het-clientnetwerk->

Specifieke reacties op het rapport

Een aantal reacties hebben tot verduidelijking geleid op ons rapport. Onderstaande hebben we niet meegenomen in het rapport;

Samenvatting:

De opmerking over de markttoegang voor partijen nemen we niet mee, dit is de verantwoordelijkheid van VWS om hier verder op te acteren.

We delen de mening van Actiz dat een toekomstbestendige wijkverpleging vraagt om een gezamenlijke aanpak, we zijn dan ook blij dat Actiz het gesprek wil blijven aangaan en mee wil werken om dit te bewerkstelligen.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,

Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

Zorgthuisnl

Hierbij de reactie van branchevereniging Zorgthuisnl op conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Op 14 augustus ontvingen wij van u het conceptadvies “Schaarste in de wijkverpleging verdelen”, met als bijlage het onderzoek van Gupta Strategists ter onderbouwing van dit advies. U heeft ons verzocht om een reactie te sturen en om daarin aan te geven of wij ons kunnen vinden in het advies en welke voorstellen voor aanvullingen of aanscherpingen wij daarbij hebben.

Wij kunnen ons vinden in de conclusie van het Zorginstituut om eerst maximaal in te zetten op passende zorg maatregelen, voordat pakketmaatregelen in aanmerking komen. De argumentatie die het Zorginstituut daarbij geeft ondersteunen wij.

Daarbij merken wij op dat in het onderzoek van Gupta Strategists de term passende zorg nogal eens gelijk lijkt te staan met het leveren van minder uren zorg per cliënt. In het advies van het Zorginstituut wordt naar onze tevredenheid de bredere definitie van passende zorg gehanteerd, welke aansluit bij het kader passende zorg.

In het conceptadvies wordt voornamelijk ingezet op twee maatregelen om tot meer inzet van passende zorg te komen binnen de wijkverpleging, namelijk 1) maximaal inzetten op betere indicatiestelling, en 2) taakherschikking van ADL-taken naar helpenden of informele zorg. Per maatregel volgt hieronder een reactie met enkele opmerkingen vanuit Zorgthuisnl.

Maximaal inzetten op betere indicatiestelling

- Het Zorginstituut adviseert dat intercollegiale toetsing een bruikbare methodiek is. Om dit te toetsen kan de beroepsgroep een kwaliteitsregister inzetten en er zou gekozen kunnen worden om een keurmerk in te voeren. Alleen wijkverpleegkundigen met het keurmerk mogen indiceren. Zo’n keurmerk moet ontwikkelt, getoetst en toegekend worden. Vanuit Zorgthuisnl kunnen wij ons niet vinden in zowel het voorstel voor het kwaliteitsregister als voor het keurmerk, vanwege het negatieve effect op de arbeidsmarktpositie van medewerkers en aanvullende negatieve effect op de administratieve lastendruk. Uit eerdere ervaring, met de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet, weten we dat medewerkers de zorg hebben verlaten toen de indicatiestelling enkel uitgevoerd mocht worden vanaf niveau 5, met een overgangsregeling voor scholing. Wij zijn bang voor een vergelijkbaar effect op de professionele autonomie wanneer er een keurmerk en register worden ingevoerd. Ons advies is daarom om veel meer in te zetten op intercollegiale toetsing via een netwerk met peer-reviews, verbinden van medewerkers aan elkaar en meer aandacht geven aan leren en ontwikkelen. We zijn veel meer geholpen met een betere netwerkstructuur waarin professionals die indiceren van elkaar leren en ontwikkelen dan met een keurmerk of register.
- Het Zorginstituut concludeert dat het bestaan van meerdere zorgaanbieders belemmerd werkt. Meerdere aanbieders bemoeilijkt de afstemming en samenwerking met huisartsen en het sociale domein. Deze samenwerking en afstemming is essentieel voor goede indicatiestelling, aldus Zorginstituut. Wij kunnen ons hier niet in vinden en zijn van mening dat met de implementatie van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging wordt ingezet op meer samenwerking en coördinatie tussen aanbieders van wijkverpleging en tussen de wijkverpleging en andere professionals. Ook de eerstelijnsvisie zet hier op in. Dus de wijkverpleging is al bezig om zich beter te formeren, waardoor het bestaan van meerdere zorgaanbieders geen belemmering is maar juist een toevoeging kan zijn voor het leveren van passende zorg.
- In het advies benoemt het Zorginstituut dat aanwezigheid van zorgaanbieders zonder contract een belemmering kan zijn omdat het voor zorgverzekeraars moeilijk is om ze aan te zetten tot passende zorg. Deze passage wekt de suggestie dat niet-gecontracteerde aanbieders geen passende zorg leveren en ondoelmatig zijn. Sinds 2019 is er in de wijkverpleging echter sprake van een machtigenbeleid. Dit betekent dat bij niet-gecontracteerde zorg de indicatie van de wijkverpleegkundige goedgekeurd moet worden door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar geeft dus voorafgaand aan de zorgverlening zijn goedkeuring op welke en de hoeveelheid zorg die de cliënt van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder geleverd krijgt en dus ook op de doelmatigheid en mate van passende zorg. In aanvulling daarop zijn wij als Zorgthuisnl (net als onze leden) voorstander van het zoveel mogelijk gecontracteerd werken door zorgaanbieders. In de sector wijkverpleging, spant het merendeel van de niet-gecontracteerde aanbieders zich in voor een contract met de verzekeraar. De bereidheid en inspanning

bij zorgverzekeraars om zoveel mogelijk zorg te contracteren, is in onze ogen echter onvoldoende. Dit blijkt uit de standaard en niet inhoudelijk gemotiveerde afwijzingsbrieven die zorgaanbieders ontvangen op hun contractaanvraag en de vermelding van zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid dat zij terughoudend zijn met het contracteren van nieuwe zorgaanbieders omdat zij de versnippering in het zorglandschap willen tegengaan. Echter het meer sturen op samenwerking en samenhang is juist mogelijk via de contractering. Onze oproep aan zorgverzekeraars is dan ook om verantwoordelijkheid te nemen en meer te gaan contracteren.

- Het Zorginstituut adviseert om, vanuit het oogpunt van passende inzet van wijkverpleging, voor de groep van mensen die wijkverpleging via de Wlz krijgt de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige volgens het Normenkader te laten doen. Vanuit Zorgthuisnl zien wij hierbij zowel voor- als nadelen en daarom achten wij een zorgvuldige afweging noodzakelijk. We zien daarom graag een verduidelijking in het advies van het Zorginstituut over welke doelen binnen passende inzet van wijkverpleging hiermee bereikt worden, welke problemen het oplost en welke afbakening het Zorginstituut hierbij precies voor ogen heeft, alvorens er een goede afweging gemaakt kan worden.
- Volgens het Gupta onderzoek moet maximaal inzetten op betere indicatiestelling leiden tot 3- 5% reductie aan zorguren. Zij baseren zich hier onder andere op het feit dat na de introductie van de handreiking indicatieproces kindzorg, het aantal geïndiceerde uren bij kinderen fors omlaag is gegaan. Deze vergelijking is ons inziens onjuist. Het Zorginstituut benoemt in het advies dat zij niet zeker weten of de besparing vergelijkbaar is, omdat er bij de kinderverpleging ook andere ontwikkelingen mogelijk hebben bijgedragen aan een besparing.

Taakherschikking van ADL-taken naar helpenden of informele zorg

- Het Zorginstituut adviseert om deze taakherschikking vooral in te zetten bij cliënten die langdurig in zorg zijn en laag intensieve zorg ontvangen. Gezien de al aanwezige belasting op mantelzorgers, geeft het Zorginstituut aan dat zij bij de voorgestelde taakherschikking als eerste een rol weggelegd zien voor helpenden en vervolgens voor de informele zorgverleners. Vanuit Zorgthuisnl zijn wij voorstander van de maatregel om lagere niveaus meer te gaan inzetten, dus wij sluiten ons aan bij dit advies. Waarbij het wel van belang blijft een goede afweging te maken wat mogelijk is, en dit niet simpelweg de drempel tot toegang tot zorg moet verhogen.
- Het Zorginstituut geeft aan dat in het geval van taakherschikking de wijkverpleegkundige ook betrokken blijft bij de zorg, om toe te zien dat zorgtaken goed uitgevoerd worden, om te controleren hoe het met de cliënt gaat en om zelfredzaamheid te blijven stimuleren. Vanuit Zorgthuisnl zijn wij het er mee eens dat de wijkverpleegkundige deze cliëntengroep periodiek zelf moet zien, maar een deel van de taken die het Zorginstituut nu toewijst aan de wijkverpleegkundige kan mogelijk ook door verzorgende niveau 3 IG of verpleegkundige niveau 4 worden uitgevoerd. We moeten de competenties en capaciteit van deze professionals niet vergeten. Zeker niveau 4 verpleegkundigen ervaren nogal eens te weinig uitdaging in hun werk binnen de wijkverpleging.
- Vanuit Zorgthuisnl kijken wij kritisch naar het geschatte effect van taakherschikking in het onderzoek van Gupta. In de berekeningen wordt er vanuit gegaan dat teams in de wijkverpleging bestaan uit zorgprofessionals van niveau 3 t/m 6. Dit is een verkeerde aanname. Volgens het expertisegebied wijkverpleging (2019) zijn helpenden een onderdeel van het team wijkverpleging. In de praktijk zien we ook dat zowel in de Zvw en zeker in de Wlz helpenden al met regelmaat worden ingezet. Gupta geeft aan dat taakherschikking leidt tot 10-13% minder zorguren bij Zvw wijkverpleging. Met bovenstaande toelichting verwachten wij dat hiermee wordt bedoeld 10-13% minder zorguren bij zorgprofessionals vanaf niveau 3.

Palliatieve zorg

- In het rapport staat dat het verplaatsen van alle palliatieve terminale zorg naar een hospice reductie kan geven aan het totaal aantal uren wijkverpleging. Wij vragen ons af in hoeverre dit in de praktijk realistisch is omdat je hiermee ook veel hospices moet realiseren.
- Het wordt in het advies voor ons onvoldoende duidelijk of het Zorginstituut nu adviseert om de wens van de cliënt om thuis te sterven voorop te blijven zetten. Als de cliënt thuis wil sterven, maar wel intensieve zorg nodig heeft, is het dan de bedoeling dat de wijkverpleegkundige toch het gesprek aangaat met de cliënt over een hospice of bijna-thuis-huis? Vanuit Zorgthuisnl vinden wij het belangrijk om hier duidelijkheid over te realiseren, omdat hier in de praktijk veel discussie over is tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Wij vinden het belangrijk dat er vertrouwen wordt uitgesproken naar de professional. Wij zijn daarom van mening dat hier een maatschappelijk debat over gevoerd moet worden, zodat er uiteindelijk voor alle partijen duidelijkheid over is.

Reactie van het Zorginstituut op het commentaar van Zorgthuisnl

Geachte,

Bedankt voor uw reactie op ons conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”. We zijn blij dat Zorgthuisnl zich kan vinden in de grote lijn van het advies om eerst in te zetten op passende zorg en daarna een pakketmaatregel te overwegen. Hieronder volgt onze reactie die de opzet volgt van de consultatiereactie van Zorgthuisnl.

Maximaal inzetten op bredere indicatiestelling

- Hoe een betere indicatiestelling tot stand komt is aan de beroepsgroep zelf. Wij zijn ervan overtuigd dat een wijkverpleegkundige aantoonbaar bevoegd en bekwaam zou moeten zijn om zorg te indiceren. Of dit tot stand komt via scholing/intervisie en intercollegiale toetsing of gevangen wordt in een keurmerk/kwaliteitsregister is voor ons niet ter zake doende. Dit hebben we, samen met uw opmerkingen over de HIK, verder aangescherpt in ons advies.
- ZIN blijft van mening dat minder aanbieders in de wijk, de samenwerking met andere hulpverleners en zorgverleners in de wijk ten goede komt. Bij hoeveel aanbieders in een wijk precies de grens ligt om de samenwerking goed te laten verlopen en er dus sprake is van geen concurrentie is afhankelijk van de grootte van de wijk, de populatie binnen de wijk etc.
- Het is niet onze bedoeling om de suggestie te wekken dat ongecontracteerde aanbieders ondoelmatige en niet passende zorg leveren. Het is echter wel zo dat hierop sturen door een zorgverzekeraar via de contractering niet mogelijk is. Het klopt dat er een machtigingenbeleid is en dat een zorgverzekeraar op voorhand de geïndiceerde zorg kan toetsen en hier ook de check op inzet hulpmiddelen kan doen, maar in de praktijk blijkt dit niet altijd haalbaar te zijn. Het Zorginstituut is ook van mening dat gecontracteerd werken de voorkeur verdient, maar ook hierbij geldt dat de grote hoeveelheid aan aanbieders dit bemoeilijkt.
- In het WOZO-programma wordt geadviseerd om deze scheiding tussen Zvw en Wlz te maken. Wij zien als voordeel dat alle verpleging en verzorging thuis op dezelfde manier wordt vormgegeven omdat de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling betrokken is. Daarnaast wordt deze zorg geleverd door hetzelfde wijkverpleegkundig team.

Taakherschikking van ADL-taken naar helpenden of informele zorgverleners

- Wij zijn blij dat Zorgthuisnl onze mening deelt dat het mogelijk moet zijn om helpenden en informele zorgverleners in te zetten. Wij delen daarnaast ook de mening dat het van belang is om hier altijd een goede afweging te maken waar het wel en niet mogelijk is om deze taakherschikking te laten plaatsvinden. Dit oordeel is aan de wijkverpleegkundige. Hetzelfde geldt voor wie er betrokken blijft bij de zorgverlening naast de helpende. Dit zou afhankelijk van de situatie zeker ook een niveau 3 IG of verpleegkundige niveau 4 kunnen zijn.
- De effecten die Gupta heeft berekend blijven een inschatting met bijbehorende aannames. Echter zien wij in de polissen van diverse zorgverzekeraars dat de inzet van helpenden niet vergoed wordt en begrijpen ook uit het veld dat helpenden niet standaard onderdeel zijn van het team wijkverpleging. Wij denken daarom dat extra aandacht voor de inzet van helpenden een positief effect heeft op de druk op de wijkverpleging.

Palliatieve zorg

- Wij delen de mening dat het niet haalbaar is om alle palliatieve terminale zorg thuis te verplaatsen naar het hospice. Met de toenemende tekorten aan wijkverpleging kan het lastig zijn om specialistische handelingen en intensieve terminale zorg thuis aan te bieden. Met name als het eigen netwerk van de cliënt niet in staat is om een deel van de nodige zorgtaken en/of ondersteuning op zich te nemen. In die gevallen zal de zorg dan toch elders, bijvoorbeeld in een dialysecentrum, hospice of bijna thuis huis geleverd moeten worden.
- Daarnaast adviseren we om de wijkverpleegkundige via de indicatiestelling te laten bepalen welke zorg en ondersteuning, hoe en waar het meest passend geleverd kan worden. Passend in de zin van aansluitend bij de zorgvraag van de cliënt, de mogelijkheden van de cliënt en zijn netwerk om zorgtaken en ondersteuning op zich te nemen en de personele beschikbaarheid van wijkverpleging in de wijk op dat moment.

Wat betreft de wens om thuis te sterven hebben we het volgende opgenomen in ons advies en delen dus de mening dat dit vraagt om een maatschappelijk debat;

Dit is een vraagstuk met conflicterende waarden: tegemoetkomen aan de wens van de cliënt vergeleken met het streven naar goede en passende zorgverlening. Dit wordt bekeken vanuit het perspectief van de wijkverpleging, niet vanuit het perspectief van het zorgsysteem. Welke waarde het zwaarst weegt vraagt om een maatschappelijk debat. De regie voor een maatschappelijk debat en de uiteindelijke beleidskeuze ligt bij de politiek.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,

Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

SoloPartners

Hierbij de reactie van SoloPartner op conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Ik heb het advies en het onderzoek bestudeerd. Ik heb daar geen verdere op- en/of aanmerkingen bij.

Reactie van het Zorginstituut op het commentaar van SoloPartners

Geachte,

Dank voor uw feedback op ons adviesrapport.

Wij zijn blij dat u ons advies onderschrijft.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,

Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

Zorgverzekeraars Nederland

Hierbij de reactie van ZN op het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Wij hebben het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de Wijkverpleging” gelezen en zijn het met het Zorginstituut eens dat we vol moeten inzetten op passende inzet van wijkverpleging. We zijn het ook eens met de bevinding dat het grote aantal aanbieders niet bijdraagt aan passende zorg en de mogelijkheden om effectief samen te werken (herkenbaar en aanspreekbaar). Echter zien wij in de inzet op passende zorg in de praktijk geen tegenstelling met pakketbeheer gericht op passende zorg, beide hebben hun eigen plek en functie. Niet voor niets is ook de verbetering en verbreding van het pakketbeheer en de rol van de overheid in het algemeen een prominent thema in het IZA, evenals het kader Passende Zorg. Wij zien dat op onderdelen verduidelijking van de aanspraak door het Zorginstituut nodig is. Mocht dat onvoldoende helpen, dan zijn genuanceerde pakketmaatregelen nodig om de schaarse capaciteit beter te verdelen en te voorkomen dat patiënten en zorgverleners de dupe worden.

Wat opvalt, is dat het Zorginstituut enerzijds inzet op het verlagen van de zorgvraag door betere indicatiestelling en anderzijds op het vergroten van het zorgaanbod door de inzet van (digitale) hulpmiddelen en taakherschikking naar helpenden en het netwerk van cliënten. Maar er is nog weinig aandacht voor anders werken, anders dan het voorkomen dat er pakketmaatregelen moeten worden genomen.

De uitdaging zit erin hoe we ervoor zorgen dat alle aanbieders passende zorg gaan aanbieden c.q. stoppen met niet passende zorg. Daarvoor is het nodig dat er een level playing field is voor de aanbieders. Zorgverzekeraars horen van zorgaanbieders die vol inzetten op (digitale) hulpmiddelen en dat de instroom van nieuwe cliënten achterblijft. Op zich een zeer positief signaal, want dat betekent dus dat de personeelstekorten afnemen. Tegelijkertijd horen we ook van deze zorgaanbieders dat andere zorgaanbieders in de regio nog wel gewoon niet-passende zorg blijven leveren. Als aanbieder A geen steunkousen aantrekt, gaat de cliënt wel naar aanbieder B. De koplopers steken hun nek uit om zorg toegankelijk te houden, maar de achterblijvers zijn een te grote groep, waarop verzekeraars te weinig sturingsmiddelen voor hebben. Daarom denken wij dat het verduidelijken van de aanspraak op een aantal onderdelen zou helpen. Nu is het normenkader wijkverpleging bepalend voor de vraag of de zorg Zvw-zorg betreft. Het Zorginstituut zou ook kunnen aangeven dat steunkousen aantrekken niet meer tot het verzekerde pakket behoort en douchen met water ook nog maar 1x per week mag en dat de rest met verzorgend wassen moet.

Ook wordt niet duidelijk wat het tijdpad is. Het Zorginstituut wil jaarlijks evalueren, maar waarop? Wat is de norm waaraan getoetst wordt dat initiatieven voor passende zorg onvoldoende van de grond komen of dat deze onvoldoende blijken om de schaarste in de wijkverpleging goed te verdelen? Hoe wordt dat gemonitord, en is die monitor ook bruikbaar als stuurinformatie voor aanbieders en verzekeraars? Wanneer kunnen we opgelucht ademhalen dat lastige keuzes toch niet gemaakt hoeven worden?

Hieronder gaan wij nader in op de potentiële oplossingen in het advies.

Indicatiestelling als instrument voor passende inzet van schaarse wijkverpleging

Inzet op vergroten van het zorgaanbod zonder helderheid over kaders voor het verlagen van de zorgvraag, draagt niet bij aan het IZA doel om medicaliseren af te remmen. Mogelijk is doorontwikkeling nodig van de bestaande kaders door de beroepsgroep. Immers, als wijkverpleegkundigen schaarste in hun afweging moeten meenemen, kan dat betekenen dat ze geneeskundige risico's anders moeten afwegen. Nu is de aanspraak zo breed omschreven, dat elke hulpvraag toegeschreven kan worden naar een geneeskundig risico en daarmee een zorgvraag wordt. De verantwoordelijkheid om de zorgvraag te verlagen ligt bij de wijkverpleegkundige, zonder dat zij op dit moment de daarbij benodigde tools tot haar beschikking heeft. Zeker in het kader van taakherschikking is dit voorwaardelijk. De vraag is ook of het reëel is om van de wijkverpleegkundige zelf te verlangen dit soort dilemma's af te wegen? Zij wordt opgezaagd met het probleem van onduidelijke regelgeving/aanspraak in combinatie met de toenemende zorgvraag. Hiermee wentelen we de maatschappelijke problemen af op de werkvloer. Als het enigszins kan moeten we dat voorkomen.

De voorstellen om de indicatiestelling te verbeteren onderschrijven wij (extra scholing/intercollegiale toetsing, kwaliteitsregister, keurmerk). Zorgverzekeraars willen bij voorkeur indicatiestelling selectief inkopen om de

ongewenste praktijkvariatie in de indicatiestelling drastisch te verminderen, met name binnen de niet-gecontracteerde wijkverpleging. Dit zou wat ons betreft zo spoedig mogelijk in moeten gaan. Dit is enkel mogelijk door opstellen van criteria waaraan een ieder zou moeten voldoen. Het zou inderdaad ook helpend zijn als er een landelijk keurmerk komt wat als eis gesteld kan worden om indicaties te mogen stellen. Wij zijn benieuwd hoe het Zorginstituut dit keurmerk voor zich ziet; wij zijn in ieder geval van mening dat enkel een inschrijving van de wijkverpleegkundige bij de branchevereniging niet het keurmerk is waar we hier naar op zoek zijn. Dit betreft een onderwerp waar wij graag het gesprek over aangaan.

Mogelijkheden taakherschikking

We kunnen ons vinden in de denkrichting van taakherschikking, voor zover de betreffende zorg binnen de aanspraak valt. Echter, we vinden ook dat zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid hebben in de regionale context om zorg doelmatig in te zetten. We zien dit dus niet als losse interventie, maar als onderdeel van een regioaanpak, waarbij onderscheid tussen aanbieders gemaakt kan worden (er is immers nog veel praktijkvariatie in de indicatiestelling, aanbieders die al veel inzetten op passende zorg kunnen eerder inzetten op taakherschikking).

We vragen ons af in hoeverre taakherschikking echt de oplossing is die wordt voorzien. Mantelzorg is mogelijk maar heel beperkt en ook het aantal helpenden is beperkt. Los van dat vinden we het niet wenselijk om de richting in te slaan van 1:4 werkenden in de zorg. De zorg wordt hiermee overigens niet doelmatiger, in de zin dat er minder uren worden ingezet. Dezelfde hoeveelheid zorg wordt ingezet.

Bij de groep 'langdurig laag-intensieve zorg', waarbij de zorg langer dan een jaar minder dan 4 uur per week zorg krijgt, zou eerst de discussie gevoerd kunnen worden wat het geneeskundig risico is bij deze groep en in hoeverre de verantwoordelijkheid voor het tijdig aan de bel trekken bij een wijziging in de situatie bij de wijkverpleegkundige moet blijven liggen, maar bijvoorbeeld doorverwezen kan worden naar de Wmo. Anders is er eigenlijk geen sprake van taakherschikking, maar sprake van een uitbreiding van het zorgaanbod door geen opleidingseis meer te stellen aan de uitvoering. Blijf dus waakzaam dat ieder domein zijn eigen kosten draagt. Als er niveau 2 ingezet kan worden in de Zvw i.v.m. lage complexiteit, kun je je ook afvragen of er überhaupt wel sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of dat het wellicht helemaal geen wijkverpleging betreft.

Zorgverzekeraars bieden nu al de ruimte om niveau 2 helpenden in te zetten in de wijkverpleging (in de Wlz is dit vanaf de start al mogelijk). Hierbij is het wel goed om rekening te houden met het volgende:

- Er wordt door Gupta gesteld dat 80% van de zorglevering overgenomen kan worden door informele zorg. Wij vragen ons af hoe we deze 80% moeten interpreteren; indien dit ook de zorg betreft die door de naasten/mantelzorger geleverd kan worden dan zou dit wellicht kunnen. Indien het de geïndiceerde zorg betreft dan houden we wel graag grip op de kwaliteit van de zorg. VGZ stelt bijvoorbeeld als voorwaarde voor inzet niveau 2 niet voor niets dat er maximaal voor 20% niveau 2 ingezet mag worden en dat minimaal 1x in de 2 weken de zorg overgenomen moet worden door iemand van niveau 3 of hoger.
- Zorg ervoor dat de (ervaren) druk op de mantelzorger(s) niet te groot wordt, deze is nu in veel gevallen vaak al hoog. Dus, laten we ons niet blindstaren op wat mantelzorgers kunnen doen. Vele staan al ontzettend onder druk en het aantal mantelzorgers per verzekerde/burger neemt de komende jaren alleen maar af.

Inzet digitale hulpmiddelen

Wij zijn het hier uiteraard mee eens, hier zetten we al zo veel mogelijk op in. Wij denken wel dat dit nog aangescherpt kan worden in het advies.

- Wijkverpleegkundigen kunnen niet alleen aanraden dat een hulpmiddel wordt aangeschaft, maar kunnen helder communiceren dat er geen wijkverpleging langs komt voor deze zorg. Ook niet als de cliënt besluit het hulpmiddel niet aan te schaffen, en ook niet als de reden voor dat niet aanschaffen ligt in de aanschafprijs.
- Zorg dat huisarts, apotheek en ziekenhuis hierin meegenomen worden (denk bv aan apotheek die de medicijn dispenser vult en de oogdruppelbril die de cliënt bij een cataractoperatie in het ziekenhuis al krijgt incl. korte training).
- Rapport van Gupta geeft aan dat impact van verwachtingsmanagement lastig te meten is en stelt deze op laag. Wij begrijpen dat het lastig te kwantificeren is, maar verwachtingsmanagement zorgt in onze ogen voor hogere acceptatiegraad van hulpmiddelen en minder familie/naasten die zaken eisen bij de zorgverlener/organisatie

- Wij begrijpen dat er eerst ingezet wordt op passende zorg incl. JZOJP, echter willen wij het zorginstituut en de rest van het veld blijven oproepen om de voorliggendheid van (technologische) hulpmiddelen extra te benadrukken en daar waar nodig pakketuitspraken aan te verbinden zodat het level playing field voor de aanbieders geborgd is en we als zorgverzekeraar ook maximaal ondersteund worden om achterblijvende zorgaanbieders tot passende zorg te bewegen. Dit rapport inclusief de vervolgstappen uit paragraaf 4.4 zijn daar een goed voorbeeld van. Hiervoor zijn al diverse tools ontwikkeld, zie: Schijf van vijf | De Zorgboog
- Ook zou het kunnen helpen als er meer hulpmiddelen onder de Zvw vergoed kunnen worden dan nu het geval is, omdat het onder Wmo of nergens onder valt (oogdruppelbril, aangepast bestek).
- Op sheet 23 van het Gupta-onderzoek is de impact van thuiszorgtechnologie op aantal uren weergegeven. Beeldschermzorg staat op een impact van 0 uur. Maar uit eerdere onderzoeken was toch gebleken dat dit wel impact heeft?

Verpleegkundige zorg op de juiste plek

Dialyse niet thuis, maar in dialysecentrum

Wij begrijpen niet waarom het Zorginstituut zich enkel focust op dialysezorg. Wij delen de bevindingen dat dit zo'n kleine groep is, dat dit nauwelijks impact heeft. Dit onderwerp zou breder getrokken moeten worden, het aantal medische behandelingen die vanuit het ziekenhuis thuis kunnen plaatsvinden wordt steeds groter. Uitgangspunt voor verplaatsing naar huis zou kunnen zijn, dat er geen of nauwelijks professionele ondersteuning nodig is. Zeker in tijden van schaarste kan enkel het feit dat het fijn is voor de cliënt geen uitgangspunt zijn voor overheveling van behandelingen naar de thuissituatie. Het criterium 'meest doelmatig' zou van toepassing kunnen zijn, waarbij als criterium inzet FTE meegenomen kan worden.

Palliatieve terminale zorg niet thuis, maar in een hospice

Tegemoet komen aan de wens van de patiënt kan ook betekenen dat patiënten kunnen kiezen, niet alleen uit waar zij wensen te sterven, maar ook uit de gevolgen die uit die keuzes voortkomen (op basis van kwaliteit én doelmatigheid). Bijvoorbeeld door een maximum te stellen aan het aantal uren professionele zorg die beschikbaar is, onafhankelijk van de plek waar je voor kiest. Of in ieder geval uitspreken dat de zorg thuis niet duurder kan zijn dan het alternatief.

Wij zijn het niet eens met de uitspraak op pagina 8 ("Met wijkverpleging kunnen deze groepen goed en veilig thuis wonen en, kunnen mensen die terminaal ziek zijn thuis overlijden, als zij dat willen"). Wij zijn van mening dat dit niet altijd mogelijk is. Een terminaal zieke cliënt heeft een minimaal netwerk nodig om thuis met de nodige informele zorg te kunnen sterven. Het is, gezien de schaarste, onmogelijk om voor langere tijd intensieve zorg (voorheen 24 uurszorg) in te zetten. We verschuilen ons nu achter de opmerking in het verleden van de minister dat "iedereen recht heeft om te sterven op de plek van voorkeur". Wellicht zou het Zorginstituut hier duidelijker stelling in kunnen nemen, nu de schaarste deze wens niet meer altijd mogelijk maakt.

Verschuiven van complexe zorg thuis naar een Wlz-instelling

Eerdere opname intramuraal wordt als oplossing aangedragen. Dit zien wij niet als realistisch, de lijn van scheiden wonen/zorg is al lang en breed ingezet en zien we niet teruggedraaid worden. Bovendien, schaarste speelt niet alleen in de wijkverpleging, maar ook bij Wlz-instellingen. De schaarste moet over de hele ouderenzorg verdeeld worden, dus ook vanuit deze breedte bekeken worden.

Wat is de onderbouwing van de stelling dat intramuraal 2 tot 3,5 x zoveel maatschappelijke kosten met zich meebrengt? Zoals het stelsel nu werkt zijn inderdaad de maatschappelijke kosten intramuraal hoger, maar ergens anders worden die kosten wel gemaakt. Zie voorbeeld onderstaand fictief rekensommetje - zijn natuurlijk allemaal aannames - maar dan zijn de kosten niet meer 2 tot 3,5x zo hoog, alleen de betaler is wel anders. Als we blijven denken in het huidige systeem van betalende, komen er we niet uit. Kan het Zorginstituut hier ook nog iets over zeggen?

Per maand					
Kosten zzp 4 intramuraal	5400	Kosten vpt 4	4350	Kosten wijvp	2520
Hoge eigen bijdrage	1000	Lage eigen bijdrage	500	Eten en drinken	450
		Huur + servicekosten	700	Huur + servicekosten	700
		evt: huursubsidie/wmo kosten		evt: huursubsidie/wmo kosten	
Vergelijkbare kosten	4400		4550		3670
De lage eigen bijdrage 2023 is minimaal € 184,- per maand en maximaal € 966,60 per maand					
De hoge eigen bijdrage 2023 is minimaal € 0,- per maand en maximaal € 2.652,40 per maand					

Het lijkt ons realistischer dat de intramurale capaciteit deels ingezet gaat worden voor de benodigde hospice capaciteit en dat we daarnaast vol inzetten op het realiseren van geclusterde woonvoorzieningen in MPT/VPT.

Beperken van de aanspraak

De pakketmaatregelen die in het rapport van Gupta worden aangehaald (max 3 maanden wijkverpleging en max 4u per week zorg) zien wij niet als passende maatregelen. Waar baseert Gupta op dat dit de meest voor de hand liggende beperkingen van het basispakket zijn? De voorbeelden zijn alle drie nogal rigoureuus en in deze vorm kun je alleen maar tegen zijn. Bij pakketmaatregel van een maximum aantal uren zouden we ons wel moeten afvragen wat voor risico's dit dan met zich meebrengt als cliënt wel meer zorg nodig heeft en deze niet krijgt. Dan belandt de cliënt elders mogelijk in ELV/MSZ.

Wel zou het goed zijn als duidelijker wordt wat van de cliënt en het netwerk zelf verwacht mag worden, zodat er minder of helemaal geen aanspraak meer gemaakt wordt op wijkverpleging. Dit gesprek vindt nu tussen iedere wijkverpleegkundige en cliënt thuis plaats en daardoor krijg je verschillen.

Tot slot

Graag willen wij nog enkele punten meegeven:

In het onderzoek van Gupta staat dat wijkverpleging is afgenomen en verschuift naar VPT/MPT, maar wij denken niet dat je dit zo kunt stellen. Er is juist een beweging om de intramurale setting af te bouwen en te verplaatsen naar VPT/MPT. Daar wordt volop ingezet. Dus een stijging van MPT/VPT is dus niet gek, dat willen we juist.

Wij zien gelukkig wel dat het Zorginstituut deze conclusie niet heeft overgenomen. Het lijkt ons goed dat het Zorginstituut de beweging naar zorg thuis in de Wlz nog extra benadrukt om te voorkomen dat er verkeerde conclusies worden getrokken door derden, zoals ook Gupta heeft gedaan.

In de potentiële oplossingen missen wij de rol van de cliënt. Alleen helpende en mantelzorger worden aangewezen als personen die kunnen helpen. Daarnaast missen we de rol van inzet preventie. We kunnen wijkverpleegkundige zorgvragen voorkomen door diverse preventieve maatregelen, zoals valpreventie en ergotherapie.

In het rapport wordt enkel gesproken over de wijkverpleegkundigen, er wordt hierbij voorbijgegaan aan het werk van de verzorgenden niveau 3 en ook 4 die een groot deel van de zorglevering op zich nemen. Het zou de beroepsgroep van verzorgenden recht doen om ze ook te benoemen in dit rapport.

Julie schrijven expliciet op pagina 11: "Iedereen die redelijkerwijs is aangewezen op wijkverpleging heeft hier recht op". Wij adviseren om het 'recht op zorg' minder stellig of anders te formuleren omdat in de dagelijkse praktijk de zorgprofessionals hier heel veel last van hebben. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden, hetgeen inhoudt dat niet altijd aan het recht kan worden voldaan. Dat het macrokader niet 'opgemaakt' wordt, betekent niet dat er ergens geld op de plank ligt, maar dat geld niet is opgehaald bij de premiebetaler.

Reactie van het Zorginstituut op het commentaar van Zorgverzekeraars Nederland

Geachte,

Bedankt voor uw reactie op ons conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”. We geven graag een antwoord op uw reactie. We volgen hierbij de opzet van uw reactie.

Algemeen

De afspraken in het IZA; ‘zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’ zijn geborgd binnen de aanspraak wijkverpleging. De wijkverpleegkundige maakt bij de indicatiestelling altijd een inhoudelijke afweging tussen:

- wat de verzekerde en zijn omgeving zelf kan
- wat hulpmiddelen of zorgtechnologie kunnen betekenen
- wanneer formele zorg nodig is van een verpleegkundige of een andere zorgverlener

Een wijkverpleegkundige zal bij de invulling van de zorgbehoefte eerst bekijken of iemand is geholpen met digitale zorg. Digitale zorg kan bestaan uit zorgtechnologische hulpmiddelen, beeldbellen of sensorische alarmeringsmiddelen. Als de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling van de individuele cliënt vaststelt dat de zorgverlening in een digitale vorm geboden kan worden, dan is er niet tegelijkertijd voor dezelfde zorgbehoefte aanspraak op een fysieke vorm van zorg. Als de digitale vorm niet volledig voldoet aan de zorgbehoefte, dan kan een combinatie van digitale en fysieke zorg aangeboden worden. Een cliënt kan dus fysieke zorg, digitale zorg of een combinatie krijgen, afhankelijk van zijn situatie.

Deze manier van werken geldt voor iedere wijkverpleegkundige. We zetten in op het professionele oordeel van de wijkverpleegkundige, het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om dit professionele oordeel te toetsen. Wij delen niet de mening dat wij de aanspraak moeten verduidelijken, onzes inziens is de aanspraak helder. Binnen de aanspraak heeft de wijkverpleegkundige de ruimte gekregen om via de indicatiestelling vast te stellen op welke zorg iemand redelijkerwijs is aangewezen en wie deze zorg het beste kan leveren. Voor alle beroepsbeoefenaren binnen het domein van de Zvw geldt dat het ‘indiceren’ van zorg een onlosmakelijk onderdeel vormt van hun professionele handelen.

In hoofdstuk 4 hebben we het vervolgetraject van dit advies verduidelijkt naar aanleiding van uw vragen.

Indicatiestelling als instrument voor passende inzet van schaarse wijkverpleging

Het doel van de passende inzet van wijkverpleging is niet per se het verlagen van de zorgvraag, maar het passender beantwoorden van de zorgvraag om zo om te gaan met schaarste in de wijkverpleging. Mocht de beroepsgroep vinden dat zij niet beschikt over de juiste competenties om een indicatie te kunnen stellen, dan is er een ander gesprek aan de orde. Momenteel geeft de beroepsgroep echter aan dit met erkenning en de juiste ondersteuning van de overige partijen te kunnen.

Hoe een betere indicatiestelling tot stand komt is aan de beroepsgroep zelf. Wij zijn van mening dat een wijkverpleegkundige aantoonbaar bekwaam zou moeten zijn om zorg te indiceren. Of dit tot stand komt via scholing/intervisie en intercollegiale toetsing of door een keurmerk/kwaliteitsregister is voor ons niet relevant. Dit benoemen we in ons advies.

Het selectief inkopen van indicatiestellingen is in onze ogen niet wenselijk aangezien de indicatiestelling, zoals wij ook beschrijven in ons advies, onlosmakelijk verbonden zou moeten zijn met de zorgverlening.

Mogelijkheden taakherschikking

U vraagt of er sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg bij de groep die langdurig laag-intensieve zorg ontvangt. Aangezien de wijkverpleegkundige zorg heeft geïndiceerd voor deze cliënten is er sprake van een geneeskundige context. Als er geen sprake is van een geneeskundige context, is de inzet en de indicatie van de wijkverpleegkundige niet aan de orde.

Betreffende de inzet van helpenden en de kwaliteit van zorg gaan wij ervan uit dat de wijkverpleegkundige betrokken blijft bij de zorg en toezicht houdt op de zorg die de helpende biedt (dat hebben we meegenomen in de inschattingen van de uren arbeidsbesparing). Hoe de betrokkenheid vorm krijgt bij de individuele cliënt, is aan de wijkverpleegkundige om te beoordelen.

We delen de mening dat de druk op de mantelzorgers nu al groot is en daarom hebben we vooral de focus op de helpenden gelegd in ons advies.

Inzet digitale hulpmiddelen

De inzet van digitale hulpmiddelen en de communicatie en verwachtingen hierover naar de cliënt is niet alleen de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige. We zijn het er mee eens dat ook de huisarts, apotheker en het ziekenhuis hier een rol in moeten spelen.

Bij de beoordeling of een relatief goedkoop hulpmiddel in het basispakket wordt opgenomen is het criterium 'noodzakelijk te verzekeren' bij uitstek van belang. Hierbij wordt gekeken of het een algemeen gebruikelijk (hulp)middel is en wat de (meer)kosten zijn, maar ook of het substitueert voor andere zorgkosten. Zo kan het voorkomen dat een relatief goedkoop hulpmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, zoals bijvoorbeeld de aan- en uittrekhulp voor elastische kousen. De toets aan dit criterium kan er ook toe leiden dat een hulpmiddel niet in het basispakket wordt opgenomen en voor eigen rekening van de cliënt komt.

Betreffende de inzet van beeldschermzorg is uit de berekeningen van Gupta gebleken dat de impact op de arbeidsbesparing minimaal is, daarom is dit aangegeven met 0% besparing. Het feit is dat het een gericht aantal cliënten raakt (17.000) en weinig uren inzet bespaart, we zullen voor de volledigheid de besparing aangeven als <1%.

Verpleegkundige zorg op de juiste plek

Dialyse niet thuis, maar in dialysecentrum

We hebben de focus op dialysezorg gelegd, omdat dit onderwerp meerdere malen terugkwam tijdens de gesprekken over de onderwerpen voor de pakketagenda. Dialysezorg werd steeds als voorbeeld genoemd van medisch specialistische verpleging thuis door uw leden. Daarnaast was dialysezorg goed te destilleren uit de data en konden we hier een reële inschatting van maken en zo ook een inschatting van de impact besparing van uren zorg.

Palliatieve zorg

Wij zijn er ons van bewust dat met de toenemende tekorten aan wijkverpleging het lastig kan zijn om specialistische handelingen en intensieve terminale zorg thuis aan te bieden. Met name als het eigen netwerk van de cliënt niet in staat is om een deel van de nodige zorgtaken en/of ondersteuning op zich te nemen. In die gevallen zal de zorg dan toch elders, bijvoorbeeld in een hospice of bijna thuis huis geleverd moeten worden. We adviseren daarom ook om de wijkverpleegkundige via de indicatiestelling te laten bepalen welke zorg en ondersteuning, hoe en waar het meest passend geleverd kan worden. Passend in de zin van aansluitend bij de zorgvraag van de cliënt, de mogelijkheden van de cliënt en zijn netwerk om zorgtaken en ondersteuning op zich te nemen en de personele beschikbaarheid van wijkverpleging in de wijk op dat moment. Dit sluit aan bij de norm uit het Kader Passende zorg: Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel.

Wat betreft de wens om thuis te sterven hebben we het volgende opgenomen in ons advies en zijn van mening dat dit vraagt om een maatschappelijk debat;

Dit is een vraagstuk met conflicterende waarden: tegemoetkomen aan de wens van de cliënt vergeleken met het streven naar goede en passende zorgverlening. Dit wordt bekeken vanuit het perspectief van de wijkverpleging, niet vanuit het perspectief van het zorgsysteem. Welke waarde het zwaarst weegt vraagt om een maatschappelijk debat. De regie voor een maatschappelijk debat en de uiteindelijke beleidskeuze ligt bij de politiek. Verschuiven van complexe zorg thuis naar een Wlz-instelling

We hebben gekeken of dit een oplossing zou zijn om de druk op de wijkverpleging te verlagen, zoals u ook aangeeft lost dit het probleem van schaarste niet op. We hebben dit ook nog duidelijker neergezet in ons advies. Op basis van de data hebben we gezien dat de kosten per cliënt hoger zijn als deze intramuraal Wlz zorg ontvangt dan Zwv zorg thuis. Wij vermoeden dat het aannemelijk is dat dit ook leidt tot hogere maatschappelijke kosten. Wat betreft het vol inzetten op geclusterde woonvoorzieningen (MPT/VPT) is dit inderdaad een gewenste ontwikkeling omdat de schaarse zorg dan efficiënter kan worden ingezet. Omdat de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige een instrument is om verpleging en verzorging thuis meer passend in te zetten en te bieden, zijn wij er een voorstander van als alle verpleging en verzorging thuis geïndiceerd wordt door de wijkverpleegkundige.

Beperken van de aanspraak

De voorbeelden van pakketmaatregelen zijn voorbeelden die onder andere geopperd zijn door Actiz. Actiz heeft aan ons gevraagd om te aanspraak te beperken. We delen uw mening dat deze pakketmaatregelen risico's met zich meebrengen voor cliënten die zorg nodig hebben, maar deze niet meer ontvangen. Wat er verwacht kan worden van de cliënt en het netwerk zelf, is afhankelijk per situatie. Een blauwdruk is in onze ogen dan ook niet wenselijk.

Tot slot

Wat betreft verplaatsing van zorg naar VPT/MPT, gaat het om een relatieve toename van verpleging en verzorging (thuis) uit de Wlz ten opzichte van wijkverpleging uit de Zvw. Dit betekent dat voor een relatief grotere groep de indicatiestelling niet door de wijkverpleegkundige wordt gedaan. Dit is zorgelijk gezien het feit dat de indicatiestelling een instrument is voor meer passende zorg. Wij zien daarom de overheveling van MPT/VPT naar de Zvw als een ontwikkeling die bij kan dragen om de beschikbare wijkverpleging passend te verdelen.

We zijn er ons van bewust dat preventie, leefstijl en inzet van paramedici ervoor kunnen zorgen dat mensen minder/geen zorg nodig hebben. We hebben dit slechts deels meegenomen in ons advies.

Dit neemt niet weg dat dit samen met ons advies een rol kan spelen bij het verminderen of uitstellen van. De reikwijdte van ons advies betreft cliënten die reeds in zorg zijn en hoe voor deze cliënten de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg waar ze redelijkerwijs op zijn aangewezen behouden kan worden. Uiteraard hoort hier ook de inzet op zelfredzaamheid en reablement door de wijkverpleging toe. Deze zaken zijn indirect meegenomen in het onderzoek naar het gebruik van arbeidsbesparende hulpmiddelen. In het definitieve advies hebben we de scope verhelderd.

We zijn het met u eens dat de beroepsgroep van verzorgenden (IG) en de verpleegkundige in de wijk een belangrijk onderdeel zijn van het team wijkverpleging. We hebben dit op bepaalde punten aangepast in de tekst in ons advies.

We hebben uw laatste aandachtspunt over het 'recht op zorg' nog een keer bekeken en anders geformuleerd in ons advies.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,
Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

LHV en NHG

Hierbij de reactie van LHV en NHG op het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Uiteraard steunen huisartsen de wijkverpleegkundigen in hun indicatiestelling, als het nodig is om daar aandacht aan te besteden, dan is dat misschien wel iets om over na te denken. Wel vragen we ons af of de verantwoordelijkheid over het beperken van zorg helemaal bij de individuele zorgprofessional kan en mag liggen. Uiteraard doe je vanuit je professionele verantwoordelijkheid je best om niet meer zorg te leveren dan noodzakelijk, maar uit jullie reactie lijkt het bijna alsof de verantwoordelijkheid voor langer thuis wonen en beperken van zorg bij de professional wordt gelegd in plaats van bij de overheid (om het gesprek en instanties als het Zorginstituut. Dat vinden we wel een gemiste kans.

Over dit punt indicatiestellen wilde ik nog zeggen dat we de analyse wél delen dat de wijkverpleegkundige een rol zou moeten spelen in de indicatie voor de Wlz, omdat veel patiënten gewoon thuis blijven wonen, meestal/liefst met dezelfde wijkverpleging/aanbieder van thuiszorg, alleen dan via andere financiering. Dat laatste is trouwens wel een punt: we zien nu dat patiënten soms moeten wisselen van hun vertrouwde wijkverpleging naar een andere organisatie als ze een Wlz-indicatie krijgen, omdat de eerste organisatie alleen voor wijkverpleging Zvw is gecontracteerd en niet voor Wlz-zorg (VPT of anderszins). Dat is uiteraard onwenselijk.

In overleg met het NHG:

We steunen de algemene lijn in “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging” over de rol van de wijkverpleging sluit aan bij het RVS-advies “De basis op orde”. Ook de conclusie klopt dat een pakketmaatregel door het Zorginstituut zeker niet zal helpen om de benodigde uitdagingen aan te gaan. Helaas komen jullie niet met andere maatregelen wanneer het met het verdelen van de schaarste niet vanzelf goed komt. Zonder visie houden bijeenkomsten die jullie voorstellen vooral mensen van het werk af en vergroten dus feitelijk het probleem van de schaarste en de werkdruk in de wijkverpleging. Als dat onvoldoende werkt zouden er alsnog een pakketmaatregel kunnen komen. Het hele stuk leest daardoor als ‘uitstel van executie’. We missen de rol van research en development, zowel op wetenschappelijk als organisatorisch terrein. Dat zou het Zorginstituut kunnen en moeten faciliteren en dan niet met arbeidsintensieve bijeenkomsten, maar met gerichte visie en strategie, waaronder zeker ook pragmatisch (academisch en implementatie) onderzoek. Een paar specifieke zaken die met het voorgaande in verband staan:

Op p.28 “Aanleiding hiervoor was de behoefte aan een generalistisch werkende zorgverlener in de wijk, additioneel aan de huisarts.” Het lijkt misschien tekstueel, maar het woord ‘additioneel’ is niet de notie van de RVS in “De basis op orde”. De raad bedoelt dat de rol van de wijkverpleegkundige complementair is aan de huisartsenzorg. Waarbij complementair betekent dat de som van wijkverpleegkunde en huisartsenzorg – mits goed gefaciliteerd – meer kán zijn dan de optelsom van de delen.

Op p. 31 lezen we “Als er wordt geïndiceerd volgens de uitgangspunten van het Normenkader en de zorg overeenkomstig de indicatiestelling geleverd wordt, zal dit vrijwel altijd passende zorg zijn.” Daar zou op zijn minst moeten worden verwezen naar het belang van evidence based richtlijnen en evidence based practice (EBP). Ook in bijlage 2 waar weliswaar goed wordt verwezen naar het belang van richtlijnen, ontbreekt het belang van EBP. EBP staat immers in de (wijk)verpleging pas in de kinderschoenen en juist dat stimuleren kan het ZIN dus wél doen. Op p.31 wordt in stap 4 van het normenkader dan wel verwezen naar ‘wetenschappelijk onderbouwde interventies’, maar dat is onvolledig. Ook indicatiestelling en gezamenlijke besluitvorming moeten volgens EBP geschieden, analoog aan evidence based medicine (m.n. diagnose, therapie, prognose). EBP moet op het geheel van de zorg van toepassing zijn, anders kan er nooit echt sprake zijn van ‘stand van de wetenschap en praktijk’ voor wijkverpleegkunde. Opvallend is dan ook dat wetenschappelijk bewijs (een van de kernpunten van passende zorg) en ‘stand van de wetenschap en praktijk’ (cruciaal voor de pakketbesluiten van het Zorginstituut) in het geheel niet worden genoemd.

Reactie van het Zorginstituut op het commentaar van LHV en NHG

Geachte,

Hartelijk dank voor uw feedback op ons advies. Wij geven eerst onze reactie op uw opmerkingen en geven daarna hoe we deze verwerkt hebben in de definitieve versie van het advies.

Het Zorginstituut is van mening dat niet alleen de individuele wijkverpleegkundige een rol heeft in de verdeling van schaarse wijkverpleging. Andere partijen hebben ook een rol. In hoofdstuk 4 geven we aan wat we verwachten van partijen. Deze verwachtingen betreffen deels randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om de individuele wijkverpleegkundige in staat te stellen om de indicatiestelling goed te doen, met aandacht voor de beschikbaarheid van zorg in de wijk. Hierbij benoemen we ook VWS: we vragen aan VWS om te bewerkstelligen dat het aantal zorgaanbieders van wijkverpleging beperkt blijft zodat de wijkverpleegkundige gemakkelijker kan samenwerken met andere zorgverleners en het sociale domein in de wijk en dat cliënten niet direct overstappen naar een andere aanbieder als de wijkverpleegkundige bijvoorbeeld zegt dat een hulpmiddel ingezet gaat worden en dat daarmee de fysieke inzet van wijkverpleging minder wordt.

Anderzijds verwachten we van partijen dat ze wijkverpleegkundigen ondersteunen in hun rol om zorg te verdelen. Zo vragen we van VWS om hier aandacht aan te besteden in een publiekscampagne. Als Zorginstituut leveren wij ook een bijdrage: we zullen met partijen in gesprek blijven en afspraken maken, zodat de randvoorwaarden gerealiseerd worden. We zullen de voortgang in het realiseren van randvoorwaarden monitoren. Bijvoorbeeld: we zullen nagaan of hulpmiddelen meer worden gebruikt, of zorgverzekeraars de mogelijkheid van zorg door helpenden opnemen in hun polissen, of wijkverpleegkundigen de benodigde nascholingen hebbe doorlopen, of het aantal zorgaanbieders in een wijk beperkt wordt. Daarnaast gaan we ook na hoe het tekort aan wijkverpleging zich ontwikkelt. Afhankelijk van de bevindingen, zullen we met partijen nieuwe afspraken maken. Als uiteindelijk toch zal blijken dat ook als alle randvoorwaarden gerealiseerd worden en als meer hulpmiddelen worden ingezet en helpenden meer worden ingezet, wijkverpleging niet voldoende beschikbaar is, zullen we opnieuw pakketmaatregelen in overweging nemen.

Aanpassingen in het adviesrapport

In hoofdstuk 4 geven we duidelijker aan dat de wijkverpleegkundige niet de enige is die aan zet is, en wat de rol van andere partijen is. Ook geven we aan hoe we van plan zijn te gaan monitoren en dat dit niet alleen in tijdrovende bijeenkomsten zal gebeuren, maar ook in gesprekken met afzonderlijke partijen.

We benadrukken meer de wetenschappelijke onderbouwing van de zorg wijkverpleging biedt, en de richtlijnen die zij gebruiken. We benoemen dat wijkverpleging complementair is aan huisartsenzorg in generalistische zorg in de eerste lijn.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,

Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

Verenso

Hierbij de reactie van Verenso op het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om te reageren op het bijgevoegd rapport. De wijkverpleging maakt een belangrijk deel uit van de zorg en behandeling aan kwetsbare personen in de samenleving.

Wij kunnen ons als Verenso – en vanuit onze deelname aan het visietraject eerste lijn- vinden in de keuze om het pakket niet aan te passen, maar meer in te zetten op doelmatige inzet van de wijkverpleegkundige zorg vanuit de huidige aanspraak en bekostiging. Daarbij wordt ons inziens ook goed de link gelegd met de samenwerking met andere disciplines, zoals de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn.

Er worden drie belangrijke thema’s benoemd om zorg meer doelmatig in te zetten. Dit zijn taakherschikking, de inzet van digitale hulpmiddelen en indicatiestelling.

- Wat betreft taakherschikking kunnen we ons vinden in het standpunt dat de beroepsgroep hier zelf vorm aan geeft en hier zelf afspraken over maakt. Daarbij is het inderdaad belangrijk dat zorgverzekeraars deze inzet van andere professionals dan ook inkopen, maar belangrijker is nog dat professionals met elkaar de gewenste deskundigheid kunnen inzetten waar nodig, ook op basis van competenties en bevoegdheden die behoren bij een opleiding. Deze keuzes kunnen niet alleen worden gemaakt op basis van schaarste.
- Wat betreft de inzet van digitale hulpmiddelen, zien wij zeker mogelijkheden om op deze wijze bij te dragen aan een meer doelmatige inzet van zorg en behandeling. Tegelijkertijd is over digitalisering -en de toegevoegde waarde in de praktijk- nog veel onduidelijk. Het zondermeer uitsluiten van fysieke inzet van de wijkverpleegkundige bij het inzetten van digitale middelen is naar onze mening nog te vroeg. Hiervoor zal technologie en de inzet van digitale middelen meer uitgekristalliseerd moeten zijn in relatie tot professioneel handelen.
- Wat betreft de indicatiestelling kunnen we ons vinden in het verbreden van de taken van de wijkverpleegkundige. Echter, daarbij dient wel expliciet te worden gemaakt dat het hier gaat over de (wijk)verpleegkundige inzet in de WLZ en dat de wijkverpleegkundige niet indiceert op het gebied van medische behandeling of eventuele opname. Deze laatste twee indicaties vragen aanvullende expertise, waarbij naar onze mening altijd een arts betrokken moet zijn.

Reactie Zorginstituut op het commentaar van Verenso

Geachte,

Hartelijk dank voor uw feedback op het advies. Wij zijn het eens met de punten die u noemt.

Aanpassing in het adviesrapport

In Hoofdstuk 2 voegen we toe dat het gebruik van een hulpmiddel niet altijd betekent dat fysieke zorg niet nodig is. In Hoofdstuk 2 voegen we toe dat de indicatiestelling bij vpt en mpt alleen verpleging en verzorging betreft en niet de medische behandeling. Wat de taakherschikking betreft zonder schaarste: we zijn het eens met Verenso, maar dit punt valt buiten de scope van dit advies. We passen het advies daarom op dit punt niet aan.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,

Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

Nederlandse Zorgautoriteit

Hierbij de reactie van NZA op het conceptadvies “Verdelen van schaarste in de wijkverpleging”.

Document	Pagina	Reactie
Onderzoek Gupta Strategists - Advies wijkverpleging in het kader van passende zorg	Sheet 3	Wat is de motivatie om sheet 3 buiten het advies te houden? Zie de oplossingen benoemd bij overige tijd en mogelijkheden om daar capaciteit vrij te spelen.
Onderzoek Gupta Strategists - Advies wijkverpleging in het kader van passende zorg	Sheet 3 en 5	In sheet 3 wordt er gesproken over de uren zorg die de Wijkverpleging levert. Hieruit komt niet naar voren of dit ook zorg betreft in kader van de Wlz (VPT en MPT). Uit sheet 5, volgt de overgang Zvw - VPT/MPT (Wlz) - Wlz (intramuraal) wel. We missen aandacht voor de ruimte om de geleverde uren vpt en mpt terug te brengen naar het niveau van 2018.
Onderzoek Gupta Strategists - Advies wijkverpleging in het kader van passende zorg	Sheet 7	Er wordt hier uitgegaan van 80.000 wijkverpleegkundigen. Zijn dit 80.000 wijkverpleegkundigen of zijn dit alle medewerkers (helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen) die er nodig zijn binnen de Wijkverpleging?
Onderzoek Gupta Strategists - Advies wijkverpleging in het kader van passende zorg	Sheet 10	Ongecontracteerde zorg wordt wel genoemd in het onderzoek van Gupta, maar niet in het concept advies. Wat is hier de reden van?
Onderzoek Gupta Strategists - Advies wijkverpleging in het kader van passende zorg	Sheet 10	Bij ongecontracteerde zorg wordt uitgelicht 7% van de uren en 6% van de kosten. Hier zitten alleen niet 7% van de cliënten. Dat is zorgelijk, maar blijft nu buiten beschouwing. Welke aanbevelingen zijn er specifiek voor deze groep ongecontracteerde zorgaanbieders. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de indicatie in alle gevallen laten uitvoeren door wijkverpleegkundigen van gecontracteerde aanbieders.
Onderzoek Gupta Strategists - Advies wijkverpleging in het kader van passende zorg	Sheet 12	Indicatiestelling - is standaardisering rondom het normenkader mogelijk nog een alternatieve oplossing?
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	Algemeen	De genoemde maatregelen zijn allen ontleend aan data. Cultuuraspecten zijn hierin niet meegenomen.
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	Algemeen	In het gehele advies wordt niet gesproken over de (mogelijke) beleidsmaatregel om MPT en VPT over te hevelen. Zie hiervoor ook het advies van de Nza, m.b.t. Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging (4 juli 2023) en dan specifiek het gedeelte van de samenvatting op pagina 7 'Zorg voor thuiswonende Wlz-cliënten overhevelen naar de Zvw'.
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	Algemeen	Het lijkt erop dat niet alle aanbevelingen uit het eerdere rapport van Gupta: https://gupta-strategists.nl/studies/uitweg-uit-de-schaarste , in het advies van Gupta: Wijkverpleging in het kader van passende zorg, terecht gekomen zijn. Nu erg eenzijdig focus op oogdruppelbril en medicijndispenser. Waarom is dat?
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	1.1 Wijkverpleging anno 2023: een essentiële spil in de eerstelijnszorg - Pagina 8 - 'Mensen met een indicatie voor Wlz-zorg hebben recht op wijkverpleging vanuit de Wlz'.	Is dit recht op wijkverpleging? Of wordt de zorg voor cliënten met een VPT/MPT (Wlz) geleverd door een team dat ook wijkverpleging (Zvw) levert. Is Wijkverpleging wel de juiste term voor zorg die wordt geleverd in de Wlz (MPT en VPT in dit geval).
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	1.2 Verwachte stijging van de zorgvraag - Pagina 9 - 'Dit betekent dat mensen die wijkverpleging uit de Wlz krijgen relatief meer uren wijkverpleging krijgen.'	Wordt hier niet bedoeld dat de zorg voor cliënten met een VPT/MPT (Wlz) geleverd wordt door een team dat ook wijkverpleging (Zvw) levert. Is Wijkverpleging wel de juiste term voor zorg die wordt geleverd in de Wlz (MPT en VPT in dit geval).
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	1.2 Verwachte stijging van de zorgvraag - Pagina 9 - Figuur 1 - 'door team wijkverpleging'.	Door team wijkverpleging' roept de vraag op of zorg die geleverd is door of vanuit intramurale teams/locaties etc. niet is meegenomen in de tabellen in deze figuur.
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	1.4.2 Aanspraak op wijkverpleging vanuit de Wlz - pagina 11	Is dit Aanspraak op Wijkverpleging of Verpleging & Verzorging vanuit de Wlz?
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	1.4.2 Aanspraak op wijkverpleging vanuit de Wlz - pagina 11 - 'Zij kunnen er onder voorwaarden ook voor kiezen om zorg, waaronder wijkverpleging, thuis te ontvangen.'	Wijkverpleging thuis te ontvangen. Wordt hier niet Verpleging & Verzorging bedoeld?

Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	1.4.2 Aanspraak op wijkverpleging vanuit de Wlz - pagina 11 - 'Wijkverpleging als onderdeel van een vpt of mpt kan op dezelfde manier worden ingevuld als bij wijkverpleging vanuit het basispakket van de zorgverzekering'	Wijkverpleging als onderdeel van een vpt of mpt. Wordt hier niet Verpleging & Verzorging bedoeld?
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	1.4.2 Aanspraak op wijkverpleging vanuit de Wlz - pagina 11 - Bij de Wlz bepaalt het zorgkantoor of er sprake is van een indicatie voor Wlz-zorg, niet specifiek voor wijkverpleging.	Zorgkantoor moet vervangen worden door het CIZ. Het CIZ stelt de indicatie.
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	2.1 Indiciestelling volgens het normenkader.	Het is van belang dat de gestelde eisen rondom indicatiestelling volgens het normenkader ook gaan gelden voor ongecontracteerde zorg. Hoe dat afdwingen?
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	2.1.2 Intercollegiale toetsing en scholing - pagina 14 - 'Invoering van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK 2020)19 bij de kinderverpleegkundigen bespaarde zorguren. Als we een dergelijk keurmerk invoeren voor de indicatiestelling voor het totaal aantal volwassenen dat een beroep op wijkverpleging doet in de Zvw (584.000 in 2021) kunnen we 3 tot 5 procent van het totaal aantal uren wijkverpleging besparen.'	We vinden de kwantificering van het effect van het werken volgens het normenkader (door relateren aan invoering HIK) creatief, maar het roept ook vragen op. De invoering van de HIK zou geleid hebben tot 5% minder uur zorg per client. Tegelijkertijd zijn er zowel bij kinderen als volwassenen sterke dalingen zichtbaar in de hele periode van het aantal per client. Is het wel verstandig om de Gupta conclusie linea recta over te nemen in jullie rapport?
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	2.2 Taakherschikking van ADL-taken naar helpenden of informele zorg.	Wat betekent de taakherschikking voor niveau 3 & niveau 4? Dit wordt niet beschreven. Moeten de competentieprofielen aangepast worden n.a.v. de taakherschikking.
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	2.2 Taakherschikking van ADL-taken naar helpenden of informele zorg.	Is het mogelijk om de aanspraak op DISW hulpmiddelen vanuit de wijkverpleegkundige te regelen? Dat is nu een enorm stroperig proces vanuit huisarts en apothekers wat in acute situaties tot ongewenste risico's op kwaliteit van zorg geeft. Wat adviseren jullie omtrent de DISW hulpmiddelen om de wijkverpleegkundige mee te ontlasten?
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	2.2.1 Wijkverpleegkundige zorgt voor balans in de wijk - pagina 14 - 'De wijkverpleegkundige heeft de verantwoordelijkheid om de schaarse beschikbaarheid van zorg in de wijk - vanwege de personeelstekorten - daar in te zetten waar het noodzakelijk is'.	Deze tekst lijkt te impliceren dat er één wijkverpleegkundige per wijk hiervoor verantwoordelijk is. Terwijl in de praktijk er meerdere zorgaanbieders (en ook wijkverpleegkundigen) in de wijk werkzaam kunnen zijn.
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	2.3 Inzet van digitale zorg en hulpmiddelen - pagina 17	We vroegen ons af hoe de selectie van de arbeidsbesparende maatregelen is gegaan. Is van de 10 onderzochte arbeidsbesparende maatregelen ook inzichtelijk in hoeverre deze al zijn geïmplementeerd bij de zorgaanbieders?
Concept Verdelen van schaarste in de wijkverpleging	2.4.3. Verschuiving van complexe zorg thuis naar een Wlz-instelling - pagina 19 - 'Als er geen plek is in een Wlz-instelling, komen cliënten op een wachtlijst en blijven zij gedurende die periode zorg ontvangen van het team wijkverpleging.'	Wordt hiermee bedoeld dat de best passende plek voor de cliënt wonen op een intramurale locatie is? De cliënt heeft dan als overbruggingszorg een MPT/VPT (Wlz). Deze Wlz-zorg zou geleverd kunnen worden door een team van de Wijkverpleging (Zvw).

Reactie medisch adviseur NZa op ZINL advies:

1. Onvoldoende is gekeken naar de onvermijdelijke vervolgzorg verpleging en verzorging door/na medisch specialistische zorg. Al vaker heb ik aangekaart, dat nazorg onderdeel moet zijn van msz. Ik zou niet weten waarom voor periode X qua termijn verpleging en verzorging niet gezien kan worden als onderdeel/ uitkomst van de msz, alwaar de msz zaken voor moet regelen. Dat geldt zowel voor instructie van een druppelbril na cataract operatie, als bijvoorbeeld regelen/instrueren mantelzorg van wondverzorging na borstamputatie, enz. Mensen worden in toenemende mate 'snel' ontslagen. Door het gebrek aan duidelijkheid over a. wat nazorg omvat bij msz en b. tot wanneer dat aanspraak technisch zo uitgelegd moet worden, krijgen en houden we het verschuiven van zorg naar de eerste lijn. Zonder goede afspraken.
2. De druppelbril kwam al langs. In hoeverre kan nog in dit advies uitgewerkt worden, dat dit type **hulpmiddelen** wel/niet onderdeel zijn van een msz interventie, en wel/niet daarmee vallen onder de **aanspraak**.

Namelijk druppelen na oogoperatie moet (essentieel onderdeel van) en welke gevolgen heeft dit dan? Zorginstituut moet wat mij betreft echt een meer integrale uitleg geven over interventies qua aanspraak. net als de zeer duidelijke uitleg over infuuspompen en andere voorzieningen voor de toediening van medicatie: als het geneesmiddel msz is, dan volgt daar automatisch uit, dat ook infuustoebehoren hieronder valt qua aanspraak. Idem ten aanzien van de arbeidsbesparende technologieën. Als een medisch-specialist of in richtlijnen duidelijk op te maken is, dat bepaald een type zorg X onlosmakelijk gevolgd moet worden door zorg Y, dan is dát goede en passende zorg, en dus moet men vanuit de ziekenhuizen meer doen om dit te organiseren. We weten allemaal, dat de organisatiekracht van de eerste lijn door omstandigheden minder is dan in een ziekenhuis.

3. Waarop is er niet gekozen om uit te werken in het advies de **beperving van de aanspraak** door de eerste zoveel aantallen zorglevering van verpleging en verzorging door mensen zelf te laten betalen? Naar analogie van fysiotherapie? Dat geeft een duidelijke rem. Ook weer problemen maar hierdoor kan men ook maatschappelijk in gesprek met verzekeraars of dit eventueel verzekeraar is in een aanvullende verzekering. In dat typen verzekeringen is het veel makkelijker om zorg door helpenden op te nemen in aanvullende polisvoorwaarden. Dat brengt mij tot een vierde punt.
4. Hoe had Zorginstituut gedacht, dat in **de polisvoorwaarden helpenden** opgenomen kunnen worden? Dat kan namelijk niet, en verzekeraars moeten dit doen in inkoopcontracten. Dat levert dus gedoe op bij restitutiepolissen en bij zorglevering door ongecontracteerden.

Reactie Zorginstituut op het commentaar van de Nederlandse Zorgautoriteit

Geachte,

Hartelijk dank voor uw feedback op ons advies. Hieronder reageren wij eerst op uw opmerkingen. Vervolgens geven we aan hoe we uw punten verwerkt hebben in de definitieve versie van het advies.

Het punt over nazorg na MSZ sluit aan bij wat wij zeggen over juiste zorg op de juiste plek: in sommige gevallen kan de zorg mogelijk meer doelmatig geleverd worden in het ziekenhuis dan thuis. Hierbij tekenen wij echter aan dat hiermee uren wijkverpleging bespaard kunnen worden, maar dat dit dan weer uren verpleging in het ziekenhuis kost. Wij zijn het eens met de NZa dat het belangrijk is om hier afspraken over te maken. Wij denken echter dat deze afspraken meer regionaal of lokaal gemaakt moeten worden (of in de richtlijnen van betreffende beroepsgroep opgenomen moet worden, zoals oogartsen?).

Wat de opmerking over hulpmiddelen betreft hebben we het team Hulpmiddelen van het Zorginstituut geraadpleegd. Onze collega's uit dit team geven aan dat de pakketcriteria voor vergoeding van een hulp middel gelijk zijn voor hulpmiddelen die gestart worden vanuit de eerste lijn en die vanuit de MSZ worden gestart. Wij hebben inderdaad de pakketmaatregel optie om de eerste x uren wijkverpleging niet te vergoeden niet onderzocht. Dit zal ook zeker een besparing van uren wijkverpleging opleveren. Echter, daar staat tegenover dat er dan ook mensen zullen zijn die vanwege de kosten voor deze uren wijkverpleging, besluiten geen gebruik te maken van wijkverpleging. Dit geeft bij wijkverpleging na een opname in het ziekenhuis een hoger risico op complicaties en heropnames. Daarbij denken we dat het over het algemeen nog onwenselijker is om drempels op te werpen voor mensen aan het begin van een zorgtraject in de wijkverpleging dan voor de voortzetting van een (langdurig) zorgtraject. De zorg aan het begin van het zorgtraject is in veel gevallen intensiever en complexer dan verderop in het zorgtraject. Dit geldt natuurlijk niet voor de palliatief terminale zorg.

Wij vinden ook dat de te verwachten overheveling van mpt en vpt naar de Zvw meegenomen moet worden in dit advies.

Ook delen wij de mening dat we de schattingen van de impact van het werken volgens het normenkader meer moeten nuanceren. Ook onderschrijven wij dat het normenkader en het begrippenkader voor de indicatiestelling en de richtlijnen die de beroepsgroep heeft opgesteld gehanteerd moeten worden door alle wijkverpleegkundigen, ongeacht of ze nu via een wel of niet gecontracteerde aanbieder werken. De professionele normen gelden voor alle wijkverpleegkundigen.

Aanpassingen in het adviesrapport

Het punt over definiëren van nazorg en de afspraken die hierover gemaakt zouden moeten worden zullen we bespreken met V&VN. We nemen dit punt nu niet verder mee in het adviesrapport. We zullen in Hoofdstuk 2 meer uitleg geven over de pakketcriteria voor hulpmiddelen. We zullen bij V&VN navragen of het regelen van hulpmiddelen voor diabetes, incontinentie, stoma- en wondzorg direct door de wijkverpleegkundige zonder tussenkomst van de huisarts, inderdaad gewenst is vanuit het perspectief van arbeidsbesparing van wijkverpleging. We nemen dit punt ook niet mee in het adviesrapport.

We gaan de mogelijkheid om de eerste x uren wijkverpleging niet te vergoeden niet uitwerken in het adviesrapport. Onze argumentatie zal er niet door veranderen. We blijven erbij dat het nu niet nodig is om de aanspraak te beperken, maar dat we eerst inzetten op passend gebruik van wijkverpleging. Mochten we te zijner tijd toch weer beperking van de aanspraak moeten overwegen, dan zullen we deze optie ook meenemen. We zullen waar relevant toevoegen in de tekst dat we ervan uitgaan dat de professionele normen door alle wijkverpleegkundigen worden gehanteerd.

Waar relevant zullen we in de tekst benoemen dat vpt en mpt (mogelijk?) overgeheveld zullen worden naar de Zvw. We zullen alle opmerkingen over het onderzoek van Gupta Strategists verwerken in de tekst van het adviesrapport, in de figuren en in bijlage 1.

Hopende u zo voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet,

Marjolein Dijns-van der Hoek, Manager team eerstelijnszorg en preventie

Colofon

Volnummer	2023030474
Contactpersoon	mw. M. Oonk +31620641664
Auteur(s)	Martine Oonk, Tjitske Vreugdenhil, Aster de Lange, Lianne Dennesen
Afdeling	Zorg
Team	Eerstelijnszorg en Preventie
Uitgebracht aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport