

 NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 br utrecht
telefoon: 030 819946

NIV 13

137385

THUISVERPLEGING IN NEDERLAND EN BELGIË

Thuisverpleging (Nederland / België / i.v.o.)
organisatiestructuur / thuiszorg /
opleiding / bekwaamheid / huisartsen /
geruisverpleging / samenwerking elgz /
overheidsbeleid / financieering

Onderzoek
scripties

Afstudeerscriptie
Gezondheidswetenschappen
A.H.M. Voskuilen
A87101
Verplegingswetenschap
Beleid en Beheer
Rijksuniversiteit Limburg
Beoordelaars: prof. dr. J.A.M. Maarse en dr. R. Halfens
Externe begeleidster: dr. A. Kerkstra

Nederlands instituut voor onderzoek
van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Utrecht, 15 februari 1991

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

1. INLEIDING	4
1.1 Achtergronden van het onderzoek	5
1.2 Vraagstelling van het onderzoek	8
1.3 Methoden van onderzoek	9
1.4 Indeling van de scriptie	10
2. OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN IN DE ORGANISATIE VAN DE THUISVERPLEGING IN NEDERLAND EN BELGIË	11
2.1 De organisatie van thuisverpleging in Nederland en België	11
2.2 Opleiding, specialisaties, taken en bevoegdheden van de extramurale verpleegkundigen in Nederland en België	19
2.3 Samenwerking met de huisarts en de gezinsverzorging binnen de thuiszorg in Nederland en België	23
2.4 Samenvatting van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen	28
3. OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN IN DE FINANCIERING VAN DE THUISVERPLEGING IN NEDERLAND EN BELGIË	30
3.1 Het overheidsbeleid met betrekking tot gezondheidszorg	30
3.2 De financieringsbronnen van de gezondheidszorg	38
3.3 De financiering van de thuisverpleging	48
3.4 Samenvatting van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen	52
4. DE INVLOED VAN DE VERSCHILLEN IN ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN DE THUISVERPLEGING IN NEDERLAND EN BELGIË OP DE AARD EN OMVANG VAN DE ZORGVERLENING	56
4.1 Inleiding	56
4.2 Methoden	56
4.3 Resultaten	61
4.3.1 Kenmerken van patiënten die thuisverpleging ontvangen	61
4.3.2 Omvang en aard van de verleende extramurale verpleging	63
4.4 Samenvatting	66

5. DISCUSSIE	69
SAMENVATTING	76
SUMMARY	79
LITERATUUROPGAVE	81

BIJLAGE

1. De kosten van de gezondheidszorg in Nederland en België in 1980.	93
2. Formulier B: huisbezoek voor alle leeftijdscategorieën	94
3. Registratieformulier: frequentie verpleegkundige zorgen	95
4. Onderzoek naar het patiëntenprofiel	97
5. Rangorde, absoluut en relatief aantal zorgen	99
6. Indeling van verpleegkundige handelingen in de taakgroep 'Zorg voor zieken en gehandicapten' in de taakindeling volgens Appelman e.a., 1989.	101

VOORWOORD

Deze afstudeerscriptie over de organisatie en financiering van de thuisverpleging en de invloed ervan op de aard en omvang van de zorgverlening in Nederland en België is tot stand gekomen tijdens mijn onderzoekstage bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), in de periode van 19 november 1990 tot en met 15 februari 1991.

Marc Wauters van het Wit-Gele Kruis in België en Jan de Maeseneer van de Universiteit te Gent bedank ik voor de waardevolle aanwijzingen en informatie.

Ada Kerkstra, mijn stagebegeleidster, bedank ik voor haar begeleiding en kritische kanttekeningen gedurende het onderzoek.

De heer Maarse bedank ik voor zijn inhoudelijke en methodische begeleiding. Mevrouw van de Meulen dank ik voor het typen van de tabellen en de figuren.

Utrecht, 15 februari 1991.

Agnes Voskuilen

1. INLEIDING

Eén van de belangrijkste doelen van internationaal vergelijkend onderzoek in de gezondheidszorg is het verwerven van informatie en inzicht (van der Ven, 1988). Dit onderzoekstype kan dan nieuwe alternatieven aandragen om problemen aan te pakken, bijvoorbeeld onderzoek naar de mogelijkheden voor substitutie, waarmee in het buitenland al is geëxperimenteerd.

De informatieverwerving als zodanig kan een tweede doel dienen: beleidsontwikkeling. Onderzoek naar vergelijkbare situaties in het buitenland kunnen een basis vormen voor beleidsbeslissingen.

Als derde doelstelling geldt het geven van verklaringen voor gebeurtenissen in de gezondheidszorg ter ondersteuning van het beleid.

In studies van Abel-Smith (1984) en Schneider, Sommer, Kececi, Scholtes en Welzer (1989) wordt erop gewezen dat er met betrekking tot internationaal vergelijkend onderzoek nog geen goede methodologie is ontwikkeld en dat de meeste studies blijven bij een beschrijving. De volgende problemen doen zich voor (Hofstede en Spangenberg, 1986):

- een gebrek aan gestandaardiseerde definities;
- een gebrek aan uniforme internationale nomenclatuur;
- een gebrek aan goede data-bestanden, ook op nationaal niveau;
- twijfels over de betrouwbaarheid van informatie door onder andere culturele, sociale en politieke verschillen. Ook de verschillen in taalgebruik kunnen een rol spelen. Ethnocentrisme - de overdreven tendens te denken dat de karakteristieken van een bepaalde groep, natie of systeem superieur is (Drever, 1952) - kan voorkomen als de onderzoeker veronderstelt dat het Nederlandse systeem bijvoorbeeld de voorkeur geniet boven het Belgische. Objectiveren is in deze een noodzakelijke eigenschap. Verder is aandacht voor bias bij analyse van belang.

Veelal is de informatie bij internationaal onderzoek niet gebaseerd op dezelfde uitgangspunten: verschillende definities en analyses worden gebruikt voor de te vergelijken onderwerpen. Ook de taal is geen neutraal instrument: 'Observers are not led by the same picture of the universe, unless their linguistic backgrounds are similar or can on some way be calibrated'. De vergelijking van verschillende landen impliceert een vergelijking van culturen, hetgeen veronderstelt dat er iets te vergelijken is; een cultuur is niet zo uniek dat er geen grote gemene delers zijn (Hofstede en Spangenberg, 1986).

In dit onderzoek vindt een vergelijking plaats van de thuisverpleging in Nederland en België. België telt een veel groter aantal ouderen dan Nederland, zelfs zoveel, dat het percentage dat voor Nederland wordt genoemd, 15%, (middenvariant, CBS, 1990) in het jaar 2010, nu - in het jaar 1991- reeds in België werkelijkheid is (Nationaal Instituut van de Statistiek, 1989). Aangezien in Nederland het met name de ouderen zijn die hulp krijgen van de wijkverpleging, is het interessant om in Nederland en België de thuisverpleging te vergelijken.

Een tweede reden voor deze vergelijking is dat de extramurale verpleging in Nederland in een aantal opzichten sterk in beweging is. Dit betreft zowel de organisatie van de extramurale verpleging, de samenwerking van met name de gezinsverzorging en de huisarts binnen de thuiszorg als

de horizontale- en verticale functiedifferentiatie binnen de extramuraal verpleging en de financiering van de gezondheidszorg.

De vergelijking van de thuisverpleging in Nederland en België zal voornamelijk beschrijvend van aard zijn. In termen van Van der Ven (1988) is het doel van het onderzoek informatie en inzicht te verwerven omtrent de overeenkomsten en verschillen in de organisatie en de financiering van de thuisverpleging in Nederland en de invloed hiervan op de aard en omvang van de zorgverlening. Bij het trekken van conclusies zal terdege rekening gehouden moeten worden met voornoemde bezwaren die kleven aan deze vorm van onderzoek.

1.1 Achtergronden van het onderzoek

Binnen de thuiszorg speelt de thuisverpleging in Nederland een belangrijke rol.

Om te beginnen volgt hier eerst een toelichting op het begrip thuiszorg/thuisverpleging, waarvoor in de literatuur vele verschillende omschrijvingen worden gebruikt:

- Door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wordt in 1985 thuiszorg (gesproken wordt van thuisverpleging) als volgt gedefinieerd: 'Het geheel van verzorging, verpleging, behandeling van de patiënt in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en professionele zorg vanuit de eerstelijns, daarbij ondersteunt door de tweedelijns en dat er op gericht is de patiënt in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie';
- Een andere omschrijving wordt gegeven door Schrijvers en van Londen (1988):
'Thuiszorg gaat uit van de vraag naar en de behoefte aan zorg van de patiënt en diens naaste omgeving. Zij is op die behoefte toegesneden, vormt een bundeling van zorgfuncties voor de patiënt thuis of is van diens huis uit bereikbaar. Patiënt, gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening kiezen samen voor die bundeling, die de grootste kans oplevert voor een hulpverlening, die èn effectief èn efficiënt is en satisfactie geeft voor de patiënt'.

De aanduiding 'thuissituatie' wordt door Philipsen (1988) gelijkgesteld aan leefwereld: 'dat aspect van de wereld om ons heen waarin het gaat om het communicatieve gehalte van het handelen, om de directe beleving van de kwaliteit van het bestaan, om zinvolheid, levensstijl, erbij horen, kortom waar het gaat om thuis zijn en je thuis voelen. Kenmerkend voor een verblijf in een intramuraal instituut is de overheersende gerichtheid op een specifiek doel. Door de afwezigheid van dit specifieke doel vervagen binnen een leefwereld waarden als doelstelling, efficiëntie en effectiviteit en treden andere substantiële waarden op de voorgrond zoals zingeving, geborgenheid, beleving en intimiteit'. Het kenmerkende verschil tussen thuiszorg en 24-uurs institutionele zorg is dat de thuiszorg de leefwereld van de zorgvrager intact laat, daarop aansluit ('zorg op maat') en van daaruit bereikbaar is (van Londen, 1987; Schrijvers, 1987).

Naar de aard van de thuiszorg wordt in veel definities - onder andere ook door Duyn (1989) die verderop aan de orde komt - een onderscheid gemaakt tussen algemene en intensieve/aanvullende thuiszorg. Uit de definiëringen blijkt dat het begrip thuiszorg een ruim begrip is, dat geken-

merkt wordt door:

- het centraal stellen en handhaven van de patiënt in zijn eigen omgeving/thuissituatie;
- een aanbod vanuit een functiegerichte benadering bestaande uit meerdere disciplines;
- een breed object: de thuiszorg is gericht op lichamelijke en geestelijke gezondheid en op zelfstandigheid en kwaliteit van het bestaan.

In deze scriptie wordt uitgegaan van voornoemde definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1985), omdat deze door alle geledingen wordt onderschreven.

De thuiszorg als geheel krijgt een steeds belangrijker plaats in het stelsel van voorzieningen. Het aanbod van de thuiszorg zal zich moeten kenmerken door een grotere flexibiliteit en afgestemd moeten zijn op de behoefte van de bevolking (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989).

Verwacht wordt dat op grond van demografische ontwikkelingen (meer ouderen) en de daarmee samenhangende verschuivingen in ziektepatronen (meer chronische aandoeningen) de omvang van de zorgbehoefte en daardoor de zorgverlening in de thuissituatie zal toenemen (Bos, 1989; Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1985; Schellekens, Hoogen en Vries, 1985). Daarnaast zal de aard van de behoefte aan thuiszorg veranderen door het overheidsbeleid dat gericht is op het verkorten van de opnameduur in het ziekenhuis en het zo lang mogelijk uitstellen dat patiënten in de tweedelij terech t komen. De zorgbehoefte zal zich bewegen in de richting van meer complexe zorgsituaties en ingewikkelde verpleegtechnische handelingen (Enckevort en Lapré, 1987).

Naast deze demografische ontwikkelingen en het substitutiebeleid, die van invloed zijn op het werk van de thuisverpleging, zijn nog een aantal ontwikkelingen van belang:

- Met betrekking tot de **organisatie van de thuisverpleging** in Nederland is er de integratie en doelmatigheidsbevordering van Kruiswerk en gezinsverzorging (Heroverwegingsnota 'Van Samenwerken naar Samengaan', Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990). In deze nota wordt niet meer uitgegaan van de verticale functiedifferentiatie, de twee deskundigheidsniveau's binnen de verpleging, zoals omschreven in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988), waarbij het niet gaat om het toewijzen van taken, maar om de toewijzing van een verpleegkundig beroepsbeoefenaar aan een patiënt. Voor de verpleging in Nederland betekenen de twee functieniveaus dat wijkverpleegkundigen met het diploma HBO-V of MGZ als beroepsbeoefenaars van het eerste en wijkziekenverzorgenden als beroepsbeoefenaars van het tweede deskundigheidsniveau worden gezien. Dit onderscheid is met name belangrijk bij de indicatiestelling, waarbij de mate van complexiteit van de verpleegsituatie bepalend is voor de toewijzing van een patiënt aan het juiste deskundigheidsniveau. Het begrip 'complexiteit van de verpleegsituatie' wordt in het Verpleegkundig Beroepsprofiel niet gedefinieerd. Wel worden aspecten genoemd die belangrijk zijn bij het vaststellen van de mate van complexiteit, onder andere de emotionele beleving van de patiënt van zijn/haar situatie, de snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand van de patiënt en het al dan niet betrokken zijn van andere disciplines bij de patiënt. Vanuit het oogpunt van doelmatigheid is het van belang dat er algemeen geldende criteria

komen voor patiënten-toewijzing met als doel de juiste deskundigheid aan de juiste verplegings- en verzorgingssituaties te koppelen (Lapré en Van Westering, 1990).

De bevoegdheden van verpleegkundigen ten aanzien van het medisch-technisch handelen in de thuiszorg en de afstemming met de huisarts in Nederland wordt geregeld in de toekomstige Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet-BIG). Het huidige wettelijk kader wordt gevormd door de Wet Uitoefening Geneeskunst uit 1865, die in de praktijk niet meer voldoet (Slingerland, 1988; Buiting en Veen, 1989). Door de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging (1990) is recentelijk een modelovereenkomst gesloten over het medisch handelen van wijkverpleegkundigen, waarin taken en verantwoordelijkheden geregeld worden.

Ook speelt momenteel de discussie over de horizontale functiedifferentiatie: zo werken wijkverpleegkundigen in Nederland - in tegenstelling tot de thuisverpleegkundigen in België - generalistisch, dat wil zeggen dat ze zowel preventieve als curatieve zorg verlenen en dat ze gericht zijn op alle leeftijdsgroepen alsmede op specifieke zorgdoelgroepen zoals bijvoorbeeld chronisch zieken en gehandicapten (Kerkstra, 1990).

Ook binnen het Verpleegkundig Beroepsprofiel, uitgegeven door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988), wordt een generalistisch takenpakket voor de verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau gepresenteerd: preventieve en voorlichtende taken, verzorgende en begeleidende taken, diagnostische en therapeutische taken, coördinerende taken rapportage, registratie en administratieve taken, en huishoudelijke taken. Het is de vraag of in de toekomst all-round werken van de wijkverpleging nog wel haalbaar is, 'of erger nog het ziet er naar uit dat wijkverpleegkundigen misschien opgelegd krijgen een deel van hun takenpakket te laten vallen' (Kerkstra, 1990).

Verder is een optimale multi-disciplinaire **samenwerking** tussen de kerndisciplines in de eerstelijnszorg: huisartsen, algemeen maatschappelijk werk, gezinsverzorging en verpleging van cruciaal belang voor de thuiszorg (Boerma en ten Cate, 1985; Duyn, 1989). Er blijkt volgens Duyn (1989) een geringe samenwerking van algemene thuiszorg en ziekenhuizen; geen afstemming tussen vrijwilligerswerk en formele thuiszorg en geen afstemming van werkgebieden van diverse thuiszorgfuncties. Voorts wordt een gebrek aan informatie over zorgmogelijkheden van andere zorgfuncties, geen coördinatie bij intake en uitvoering van de thuiszorg aangegeven. Grote samenwerkingsproblemen tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen worden gesignaleerd door Plagge en Boomkamp (1989) en van Tiel (1989). Post, Elberse en Schrijvers (1989) laten de huisarts voorlopig buiten het te creëren centrum voor thuiszorg binnen de gemeente Den Haag vanwege dit samenwerkingsvraagstuk en het vraagstuk of de huisarts wijkgericht of de verpleegkundige (huisartsen) praktijkgericht gaat werken.

In 1990 is door de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging de Nota 'Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie' uitgekomen, waarin een kader wordt aangegeven waarbinnen deze medische handelingen mogen verrichten.

Met betrekking tot de **financiering van de thuisverpleging** in Nederland is het onderscheid

in algemene en bijzondere thuiszorg van belang (Duyn, 1989) :

algemene thuiszorg (synoniem voor eerstelijnszorg: het gezamenlijke hulpaanbod van de vier kerndisciplines als (wijkverpleging, gezinsverzorging, huisartsenzorg en algemeen maatschappelijk werk), aangevuld met andere disciplines als fysiotherapie, ergotherapie, verloskundige- en tandheeskundige zorg. De term formele/reguliere thuiszorg wordt hieraan gelijkgesteld;

bijzondere thuiszorg (categoriale thuiszorg) oftewel de intensieve en/of aanvullende thuiszorg; deze is veelal gericht op een specifieke bevolkingsgroep, meer gespecialiseerd van aard en tijdsintensiever per dag, vaak gedurende een langere periode verleend. Veelal is de inzet nodig van verschillende disciplines, kostbare verpleegmiddelen en woningaanpassingen. Bij intensieve thuiszorg is vaak sprake van zorgverlening die opname in een intramuraal instituut vervangt.

Momenteel wordt de algemene thuiszorg gefinancierd hetzij vanuit de Ziekenfondswet hetzij uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De aanvullende thuiszorg wordt niet uit de AWBZ gefinancierd. De kosten kunnen worden vergoed door verschillende financieringsbronnen.

Het Kruiswerk, dat door de AWBZ wordt gefinancierd, is gebonden aan een budget en neemt als regel alleen patiënten 'regulier' aan wanneer zij gemiddeld niet meer dan 2,5 uur begeleiding of 3 contacten met de wijkverpleging per dag nodig hebben.

De komst van één zorgverzekering voor iedereen is een belangrijke ontwikkeling: een sociale verzekering ten behoeve van de solidariteit en toegankelijkheid en een marktconforme verzekering ten behoeve van de doelmatigheid en kostenbeheersing (Ministerie van WVC, 1990).

Het lijkt zinvol om na te gaan hoe in België de thuisverpleging wordt georganiseerd; of daar ook verpleegkundigen met verschillende deskundigheidsniveau's werkzaam zijn, hoe de indicatiestelling plaatsvindt en in hoeverre er afstemming plaatsvindt met de huisarts en de gezinsverzorging. Met betrekking tot de financiering zal onderzocht worden in hoeverre de thuisverpleging door de overheid wordt bekostigd; of de consument een eigen bijdrage moet betalen en of dit afhankelijk is van de wijze waarop deze verzekerd is; en of er binnen een bepaalde wijze van financiering sprake is van differentiatie, dat wil zeggen dat voor bepaalde zorgen geen eigen bijdrage gevraagd wordt en voor andere wel.

1.2 Vraagstelling van het onderzoek

Op basis van voornoemde achtergronden van het probleem volgt hieronder de vertaling in een vraagstelling:

'Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er ten aanzien van de organisatie en financiering van de thuisverpleging in Nederland en België en wat is de invloed hiervan op de aard en omvang van de zorgverlening?'

Deze vraag wordt uitgesplitst in de volgende deelvragen:

1. Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er ten aanzien van de organisatie van de thuisverpleging in Nederland en België ?
 - 1.1 Welke opleidingen, specialisaties en bevoegdheden hebben verpleegkundigen in Nederland en België ?
 - 1.2 Op welke wijze vindt afstemming en samenwerking plaats met de huisarts en gezinsverzorging binnen de thuiszorg in Nederland en België ?
2. Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er ten aanzien van de financiering van de thuisverpleging in Nederland en België ?
3. Wat is de invloed van de overeenkomsten en verschillen in organisatie en financiering van de thuisverpleging in Nederland en België op de aard en omvang van de zorgverlening ?

1.3 Methode van onderzoek

De onderzoeksvragen naar de overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de organisatie en de financiering van de thuisverpleging in Nederland en België (deelvragen 1 en 2) zullen beantwoord worden door middel van literatuuronderzoek. Een literatuuronderzoek wordt door Vorst (1982) omschreven als: 'een reeks van op elkaar afgestemde activiteiten die het mogelijk maakt betrouwbaar en zuiver vast te stellen wat er in de vakliteratuur gezegd of bekend is over een bepaald onderwerp of verschijnsel. De gevolgde methode van het verzamelen en weergeven van de literatuur is bepalend voor de geloofwaardigheid en de kwaliteit van het eindresultaat'.

De gekozen definitie van thuiszorg vormde het kader waarbinnen de literatuur verzameld is. Bij het verzamelen van literatuur is gebruik gemaakt van de Maastrichtse Universiteitsbibliotheek, de Leuvense Universiteitsbibliotheek, de bibliotheek van het NIVEL, de internationale Medlin-catalogus en van het Documentatie Centrum van het Wit-Gele Kruis in Brussel. Aanvullende informatie is verkregen via literatuurverwijzingen. Gezocht is op een aantal trefwoorden: thuiszorg, thuisverpleging en de Belgische equivalenten van deze begrippen in combinatie met organisatie (opleiding en samenwerking) en financiering.

De onderzoeksvraag betreffende de invloed van de overeenkomsten en verschillen in organisatie en financiering van de thuisverpleging in Nederland en België op de aard en omvang van de zorgverlening (deelvraag 3) zal beantwoord worden door middel van een secundaire analyse, die toegepast wordt op de gegevens die door het Nederlands Instituut voor Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en de Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen in België uit onderzoek verkregen zijn. Onder een secundaire analyse wordt verstaan: 'A form of research in which the data collected by one researcher are reanalysed by another investigator, usually to test new research hypotheses' (Polit en Hungler, 1987, p. 536).

1.4 Indeling van de scriptie

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de organisatiestructuur van de belangrijkste organisaties in de thuisverpleging. Aan de orde komen de opleiding, specialisaties, taken en bevoegdheden van de extramurale verpleegkundigen. Ook wordt ingegaan op de samenwerking met de huisarts en de gezinsverzorging binnen de thuiszorg. De belangrijkste overeenkomsten en verschillen worden samengevat.

In hoofdstuk 3 komen achtereenvolgens het overheidsbeleid en de financiering van de gezondheidszorgsector in zijn algemeenheid en van de thuisverpleging in het bijzonder in respectievelijk Nederland en België aan de orde. Dan volgt een samenvatting van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen.

De invloed van de verschillen in organisatie en financiering van de thuisverpleging in Nederland en België op de aard en omvang van de zorgverlening wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4.

Tot slot volgt in hoofdstuk 5 de discussie.

2. OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN IN DE ORGANISATIE VAN DE THUISVERPLEGING IN NEDERLAND EN BELGIË

In dit hoofdstuk wordt eerst kort ingegaan op de organisatiestructuur van de belangrijkste organisaties in de thuisverpleging: het Kruiswerk in Nederland en het Wit-Gele Kruis in België. Dan komen de opleiding, specialisaties, taken en bevoegdheden van de extramurale verpleegkundigen aan de orde. Vervolgens wordt ingegaan op de samenwerking van deze verpleegkundigen met de huisarts en de gezinsverzorging binnen de thuiszorg. Tot slot worden de belangrijkste overeenkomsten en verschillen samengevat.

2.1 De organisatie van de thuisverpleging in Nederland en België

1. Historie. De basis van het huidige kruiswerk in Nederland werd gelegd in de 19e eeuw met de oprichting van de eerste kruisvereniging ter bevordering van de volksgezondheid en het weren van epidemieën in 1885 (Boot en Knapen, 1988). Na de oprichting van een opleiding voor verpleegsters, dijde rond 1900 het kruiswerk uit en vormde vanaf 1911 landelijke koepelorganisaties. De drie op levensbeschouwelijke grondslag georganiseerde kruisverenigingen het Algemene Groene Kruis (1911), het Wit-Gele Kruis (1923) en het Oranje-Groene Kruis (1938) gaan in de jaren zestig steeds hechter samenwerken, hetgeen uiteindelijk resulteert in volledige fusie in de Nationale Kruisvereniging (NK) in 1977. De samenwerking wordt nog versneld door schaalvergroting, de vorming van Erkende Kruisorganisaties (EKO's) en de financiering van het kruiswerk krachtens de AWBZ per januari 1980.

Momenteel is een tweede proces van schaalvergroting gaande, waarbij de lidinstellingen het aantal onder hen ressorterende EKO's terugbrengen tot ongeveer 60 (super-) regionale werkverbanden (gestart in 1988); waarbij het gemiddelde werkgebied circa 230.000 inwoners zal omvatten. Het doel van deze operatie in het kader van de Herstructurering Landelijke Organisaties is te komen tot een oplossing van de problematiek van de zware bestuurlijk-organisatorische structuur van het kruiswerk en het ontbreken van krachtige EKO's met een doelmatige schaalgrootte op districtsniveau (FOZ, 1989, p. 109).

Op 2 april 1990 is de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg opgericht (LVT): het samengaan van de Nationale Kruisvereniging (de overkoepelende organisatie van kruisverenigingen) en de Centrale Raad voor Gezinsverzorging (de overkoepelende organisatie van kruisverenigingen) werd hiermee een feit.

In België werden vanaf 1937 de eerste diensten voor verzorging aan huis opgericht. De eerste reeks ontstond uit kloostergemeenschappen (Caritas Catholica), een tweede door de ziekenfondsen en een derde was gegroepeerd rond het Wit-Gele Kruis van België. In 1939 kwam de Nationale Federatie van het Wit-Gele Kruis (koepelvereniging) tot stand om de werking van de bestaande afdelingen te coördineren en een impuls te geven aan deze vorm van hulpverlening. De invoering van een verplichte verzekering in 1944, waarbij voor het eerst een vergoeding voor

verpleegkundige prestaties wettelijk werd toegestaan, werkte een stijgende vraag naar thuisverpleegkunde in de hand (Seutin, 1985). In 1949 werd het Wit-Gele Kruis officieel erkend door het Ministerie van Volksgezondheid en Gezin als georganiseerde en gespecialiseerde dienst voor thuisverpleging. In 1950 worden de diensten voor verzorging aan huis erkend (Koninklijk Besluit, 1950). Als belangrijke mijlpaal in de thuisverpleging wordt de Wet op de Ziekteverzekering van 1963 gezien, waardoor er bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een nationale overeenkomstencommissie opgericht werd, waarin verpleegkundigen enerzijds en ziekenfondsen anderzijds zetelen. Over de vergoedingen voor de verpleegkundige prestaties wordt daar onderhandeld. De eerste financiële regeling kwam in 1964 tot stand. Deze is van groot belang geweest op de organisatie en werking van de thuisverpleging. Op te merken valt dat nergens sprake is van 'diensten' voor thuisverpleging, de honorering is enkel gebaseerd op de prestaties van de individueel werkende verpleegkundige (Seutin, 1985).

In 1963 werd het Nationaal Protocol afgesloten met het Wit-Gele Kruis, de Landsbond van Christelijke Mutualiteiten en Caritas Catholica, hetgeen van ingrijpende betekenis was door het feit dat beide laatstgenoemde organisaties de exclusiviteit van de thuisverpleging aan het Wit-Gele Kruis toevertrouwden en verklaarden systematisch te zullen samenwerken (Wit-Gele Kruis, 1987). Sindsdien gaan de diensten voor verzorging aan huis zich voor hun financiering meer en meer richten op de Ziekte- en Invaliditeitsverzekeringsinstanties en zich ontpoppen als diensten voor thuisverpleging (Wauters, 1990).

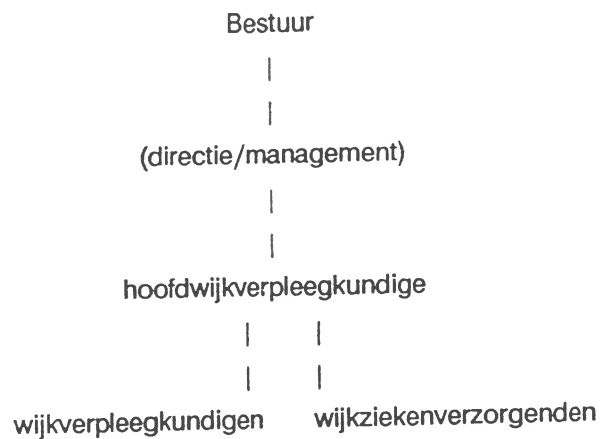
2. De belangrijkste organisaties en hun structuren. De thuisverpleging in Nederland wordt georganiseerd door het kruiswerk en door particuliere-verpleegbureaus.

Het huidige Kruiswerk kent twee vormen van organisatie : de ledenorganisatie en de werk-(=professionele)organisatie. Elke kruisorganisatie heeft een bestuur, dat leiding geeft aan de organisatie voor zover het de ledenorganisatie betreft.

Voorheen berustte het lidmaatschap van de Nationale Kruisvereniging bij de 13 provinciale en 2 grootstedelijke kruisorganisatie, bij wie de EKO's en kraamcentra waren aangesloten. Sinds de nieuwe statuten (1989) is er een tweelagenstructuur ontstaan. De kruisorganisaties kunnen nu rechtstreeks lid worden. De verschillende niveau's in het Kruiswerk (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1990):

- De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. De landelijke koepel van de kruisorganisatie is de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg die belangen van haar leden behartigt in de volgende functies: werkgeversfunctie, financieel en sociaal beleid, inhoudelijke ondersteuning van de belangenbehartiging, public relations en algemene functies. De kosten van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg worden gedragen door haar leden: EKO's en kraamcentra.
- De circa 60 Erkende Regionale Kruisorganisaties/plaatselijke kruisverenigingen. De organisatiestructuur van een EKO ziet er in principe uit zoals in figuur 1 wordt weergegeven.

Figuur 1: De organisatiestructuur van een EKO, 1989.
 (Bron: Nationale Kruisvereniging, 1989)



Een EKO is samengesteld uit één of meer basiseenheden: dit zijn de uitvoerende eenheden. Deze variëren al naar gelang de grootte van een EKO. De 499 basiseenheden bestaan doorgaans uit een team van een hoofdwijkverpleegkundige, circa 12 wijkverpleegkundigen en vier wijkziekenverzorgenden (Nationale Kruisvereniging, 1987a).

Medewerkers van de kruisorganisatie zijn in dienst bij de werkorganisatie. In totaal zijn dat er zo'n 18.000 mensen (inclusief part-timers). Voorbeelden zijn: kraamverzorgenden, (hoofd)wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, districtsverpleegkundigen, consultatiebureau artsen, diëtisten, GVO-functionarissen, administratief personeel, automatiseringsdeskundigen en public relation functionarissen.

Het aanbod van een kruisorganisatie omvat tenminste (Besluit Erkenningnormen Kruisorganisatie, 1981):

- de noodzakelijke verpleging, verzorging, begeleiding en voorlichting in het huiselijke milieu in verband met ziekte, herstel, invaliditeit, ouderdom en overlijden;
- moederschapzorg en kinderhygiëne omvattende begeleiding, voorlichting en andere zorg tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind, met inbegrip van periodiek systematisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van het kind, met uitzondering van de kraamzorg;
- het in bruikleen verstrekken van de noodzakelijke verpleegartikelen;
- het geven van voorlichting en het verrichten van andere activiteiten gericht op preventie van ziekte en bevordering van gezonde leefgewoonten.

Het Kruiswerk groeide met 4,7% per jaar; er waren 11.388 arbeidsplaatsen in 1988 (Tjadens en Woldringh, 1989). Op dit moment is de minimumnorm één wijkverpleegkundige per 3450 inwoners en één wijkverpleegkundige per basiseenheid voor de avondzorg (Besluit Erkenningnormen, 1981). Tabel 1 laat het aantal inwoners per wijkverpleegkundige respectievelijk per wijkziekenverzorgende zien.

Tabel 1: Het aantal inwoners per wijkverpleegkundige respectievelijk per wijkzakenverzorgende in voltijd-equivalenten
(Bron: CBS, 1984, 1985, 1986, 1987 en 1988):

jaar	wijkverpleegkundigen	wijkzakenverzorgenden
1982	3.219	15.015
1983	3.156	13.814
1984	3.098	12.690
1985	3.025	12.220
1986	2.951	11.655
1987	2.903	11.327

De curatieve wijkverpleging wordt intensiever: het aantal contacten per patiënt is toegenomen van 8,9 in 1985 tot 11,2 in 1987. Het aantal preventieve zorgcontacten van de wijkverpleging neemt in omvang af: omvatten deze 15% van alle contacten in 1985, in 1987 bedroeg dit percentage 9.1%. De gezondheidsvoorlichting groeide van 242 cursussen in 1986 tot 345 in 1987, waaraan 180.000 personen deelnamen. In 1987 waren bijna 10 miljoen Nederlanders lid van een kruisvereniging (Nationale Kruisvereniging, 1988). Een relatief kleine groep (15%) hiervan ontvangt een groot deel (54%) van de zorg. Het totaal aantal personen dat lid is van de kruisorganisatie in Nederland bedroeg in 1989 ongeveer 8,2 miljoen (Nationale Kruisvereniging, 1989).

Tabel 2: Samenstelling personeel Kruisorganisaties in de jaren 1986, 1987, 1988 en 1989 in voltijd-equivalenten en percentages
(Bron: Maandberichten Gezondheid Statistiek, CBS, 1988, 1989, 1990 en 1991)

	1986		1987		1988		1989	
		%		%		%		%
Hoofdverpleegkundigen	443	6	462	6	453	6	469	6
Verpleegkundig personeel	5.942	79	6.073	78	6.253	79	6.377	79
Administratief personeel	1.056	14	1.093	14	1.070	14	1.045	13
Directie en staf	106	1	129	2	140	2	149	2
Totaal	7.547	100	7.757	100	7.916	101	8.040	100

Uit tabel 2 blijkt dat er (nog) geen sprake is van een uitbreiding van verpleegkundig personeel en inkrimping van de top. In de nota 'Van Samenwerken naar Samengaan' (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990) wordt hiervoor opnieuw gepleit. Wel blijkt er voor het eerst in 1989 een afname van 0.5% van administratief personeel.

Tabel 3: Aantal en percentages bezette arbeidsplaatsen van verpleegkundig personeel van kruisorganisaties in Nederland

(Bron: Maandberichten Gezondheid Statistiek, CBS, 1988, 1989, 1990 en 1991)

	wijkverpleeg-		wijkziekenver-		verpleegkundigen	
	kundigen	%	zorgenden	%	in de wijk	%
1986	4.452	72	1.254	20	501	8
1987	4.572	72	1.299	20	497	8
1988	4.715	72	1.360	21	465	7
1989	4.771	71	1.473	22	445	7

Het aantal bezette arbeidsplaatsen van verpleegkundig personeel weergegeven in tabel 3 laat een toename zien van het aantal verpleegkundigen in de opeenvolgende jaren, ongeacht het opleidingsniveau; ook blijkt de verhouding van het aantal wijkziekenverzorgenden (MBO-niveau) op wijkverpleegkundigen (HBO-niveau) in 1989 ongeveer 1 op 3 te zijn.

Aan de aanbodzijde doen zich veel veranderingen voor: particuliere verpleegbureaus verlenen groeiende activiteiten. De meeste van de 31 bureaus zijn na 1986 opgericht. Voor het merendeel wordt verpleegkundige zorg (28 van de 31) en kraamzorg (17) verleend. Een klein aantal (6) verleent ook gezinsverzorging. Bij de bureaus stonden 2.231 hulpverleners ingeschreven (Verheesen, 1989).

De manier waarop de aanvullende thuiszorg wordt georganiseerd is enigszins chaotisch. Zo werken drie verschillende netwerken naast elkaar: de Nationale Kruisvereniging, de Stichting Aanvullende Thuiszorg in Zoetermeer en het Netwerk voor Thuisverpleging van particuliere bureaus. Binnen een netwerk is (nog) niet sprake van volledige uniformiteit: doelgroep, werkwijze, tarieven en organisatie bijvoorbeeld verschillen per bureau. Door sommige Kruisverenigingen is een speciale stichting voor aanvullende zorg in het leven geroepen (STAT), door andere niet. Van de STAT's werken enkele samen met de STAT Nederland in Zoetermeer. Kortom het is een onoverzichtelijk geheel van zelfstandige, samenwerkende en elkaar beconcurrerende organisaties (Visser, 1990).

In België is er een scheiding tussen de preventieve en curatieve zorg die door extramurale verpleegkundigen wordt verleend. De beide soorten verpleegkundigen werken bij verschillende organisaties:

- bij de Dienst 'Kind en Gezin' zijn sociaal verpleegkundigen werkzaam binnen de jeugdgezondheidszorg voor 0-6 jarigen, die samen met een arts consultatiebureau houden en huisbezoeken afleggen ter begeleiding van moeder en kind. Verder heeft de dienst 'Kind en Gezin' controle over instellingen voor kinderopvang en verzorgt deze plaatsing van kinderen in pleeggezinnen.
- wat de curatieve zorg betreft wordt de thuisverpleging overwegend georganiseerd door de Gemeentelijke Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, de ziekenfondsen en vooral de Kruisverenigingen, waarvan het Wit-Gele Kruis (WGK) de belangrijkste is op dit vlak.

Thuisverpleegkundigen in België mogen zich vrij vestigen. Er bestaat dan ook geen norm voor het aantal thuisverpleegkundigen per aantal inwoners. Het aantal thuisverpleegkundigen dat in home-teams/gezondheidscentra werkt valt te verwaarlozen (J. de Maeseneer, persoonlijke mededeling, 24 januari 1991).

Het Wit-Gele Kruis verstaat onder thuiszorg: 'alle gezondheidszorg aan huis geboden; thuisgezondheidszorg (of geïntegreerde thuiszorg) is de zorgverlening die de verschillende hulpverleners of diensten gezamenlijk aan de patiënt thuis bieden'. Als basisdisciplines worden de huisarts, thuisverpleegkundige, gezins- en bejaardenhelpster en de maatschappelijk werk(st)er onderscheiden (Schoofs, 1990).

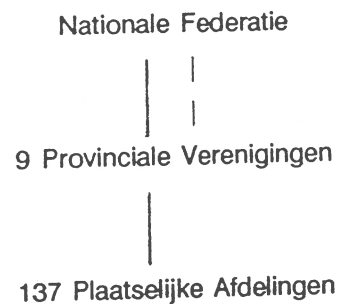
In het Koninklijk Besluit van 1950 krijgen erkende diensten voor verzorging aan huis (thuisverpleging) toelagen als aan de volgende voorwaarden voldaan is:

- het groeperen van ten minste twintig diensten en er toezicht op houden;
- het werkzaam zijn in ten minste drie provincies;
- aandacht hebben voor de vorming van het personeel zowel op het gebied van gezinszorg als op sociaal en geneeskundig gebied. Het bedrag van deze jaarlijkse toelage bedraagt sinds 1986 3.000 F per voltijds personeelslid, maatschappelijke assistent, verpleegkundige en 1.200 F voor iedere deeltijd-kracht. Ook is er een speciale tegemoetkoming van 1.600 F voor de kosten van beheer en coördinatie.

Om erkend te worden en om hogere toelagen te verkrijgen moet aan meerdere voorwaarden worden voldaan, zoals een voor het publiek toegankelijk vast bureau, een beperking van de prestaties van de verpleegkundigen tot een maximum van twintig dagelijkse zorgen en beschikken over voldoende en bevoegd personeel (Seutin, 1985, p. 156).

Het Wit-Gele Kruis kent een driedelige structuur: een nationaal, provinciaal en plaatselijk niveau (zie figuur 2).

Figuur 2: De organisatiestructuur van het Wit-Gele Kruis in België
 (Bron: Infobrochure van Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen, 1987)



nb. - - = lidmaatschap
 ——— = dienstverlening

De thuisverpleging wordt door de plaatselijke afdelingen verleend. Een afdeling bestaat uit een zogenaamde 'equipe' van gemiddeld 20 tot 40 thuisverpleegkundigen die werken onder leiding van een hoofdverpleegkundige (Wit-Gele Kruis, 1987). Elke afdeling verleent zorg in een bepaald geografisch gebied waarbinnen elke thuisverpleegkundige haar eigen sector heeft.

Medisch-verpleegkundige hulp wordt alleen op voorschrift van de behandelende arts verkregen (Seutin, 1985). In de nieuwe nationale overeenkomst tussen verpleegkundigen en verzekeringsinstellingen, die geldt vanaf 1 januari 1991, worden de honoraria alleen vergoed als de verzorging door een geneesheer is voorgeschreven, met uitzondering van het geven van een 'toilet'.

In het Wit-Gele Kruis zijn de plaatselijke afdelingen gegroepeerd in een provinciale vereniging, die op haar beurt aangesloten is bij de nationale federatie. Een Nationale Raad van Bestuur en een Algemene Vergadering vormen de hoogste beheersorganen. De Nationale Federatie realiseert haar doelstelling door dienstverlening aan de provinciale verenigingen, beleidsontwikkeling in overleg met de provinciale directies en externe vertegenwoordiging van het Wit-Gele Kruis.

Op provinciaal niveau wordt leiding uitgeoefend over een secretariaat, dat de plaatselijke afdelingen begeleid, ondersteunt en controleert.

Ten gevolge van het afremmen van de ziekenhuisopname en de veroudering van de bevolking wordt het aantal zwaardere ziektegevallen steeds groter (MGZ-Actueel, 1985). De thuisverpleging kent een jaarlijkse groei van ongeveer 3% (van Loon, 1990). De samenstelling van het personeel laat ook een toename in arbeidsplaatsen zien (tabel 4).

Tabel 4: Samenstelling personeel Wit-Gele Kruis in de jaren 1985, 1986 en 1989 in voltijdequivalenten en percentages
(Bron: Jaarverslag Wit-Gele Kruis, 1985, 1986 en 1987)

	1985		1986		1989	
		%		%		%
Hoofdverpleegkundigen en verantwoordelijken	175	5	186	5	219.9	5
Verpleegkundig personeel	2.900	86	3.428	88	3.538	86
Administratief personeel	271	8	259	7	280.5	7
Directie en diensthoofden	24	1	36	1	60.4	1
Totaal	3.370	100	3.909	101	4.099	99

Uit tabel 5 blijkt dat het aantal gebrevetteerde (MBO-)verpleegkundigen ruim 1,5 keer zoveel bedraagt als het aantal gegradueerde (HBO-)verpleegkundigen.

Uit tabel 2 en 4 blijkt het relatieve aandeel van het administratief personeel bij de kruisorganisaties in Nederland (14%) verhoudingsgewijs lager te liggen dan bij het WGK in België (8%); ook het percentage 'Directie en diensthoofden' en 'Hoofdverpleegkundigen en verantwoordelijken' ligt in België 1% lager, terwijl België 86% 'Verpleegkundig personeel' in dienst heeft en Nederland 79%.

Tabel 5: Aantal en percentages bezette arbeidsplaatsen van verpleegkundig personeel van het Wit-Gele Kruis in België in 1989*
(Bron: Jaarverslag Wit-Gele Kruis 1989)

	gegradueerde verpleegkundigen		gebrevetteerde verpleegkundigen		ziekenhuis-assistenten	
		%		%		%
1989	1.690	36	2.739	58	281	6

* De gegevens van de provincie West-Vlaanderen zijn geschat (door M. Wauters, persoonlijke mededeling, 8 februari 1991)

2.2 Opleiding, specialisaties, taken en bevoegdheden van de extramurale verpleegkundigen in Nederland en België

1. Opleidingen. Momenteel werken er in de extramurale verpleging in de basiseenheden in Nederland op uitvoerend niveau wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden met de volgende opleidingen (Adriaansen en van der Laan, 1989):

- verpleegkundigen met een 2-jarige MGZ-opleiding richting Algemene Gezondheidszorg: een dag- opleiding op HBO-niveau, die voorafgegaan is door een 3.5 jaar durende inservice A-opleiding of het diploma M.B.O.V.;
- verpleegkundigen met een 4-jarige dagopleiding HBO-V;
- verpleegkundigen met een 3.5-jarige inservice A-opleiding;
- ziekenverzorgenden met een 2-jarige inservice-opleiding, meestal in een verpleeghuis behaald, voorafgegaan door enkele jaren intramurale ervaring. Na minstens een half jaar in de wijk werkzaam te zijn geweest, wordt een applicatiecursus van 6 maanden gevolgd;
- verpleegkundigen met een 3-jarige dagopleiding MDGO-VP.

Voor de thuisverpleging is het onderscheid in twee functieniveau's van belang:

- wijkverpleegkundigen met het diploma HBO-V of MGZ worden als beroepsbeoefenaars van het eerste deskundigheidsniveau gezien;
- alle andere verplegenden of verzorgenden zoals wijkziekenverzorgenden met het diploma van de opleiding voor ziekenverzorging en MDGO-VP worden als beroepsbeoefenaar van het tweede deskundigheidsniveau gezien (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988).

Bij dit onderscheid gaat het niet om het toewijzen van taken, maar om de toewijzing van patiënten aan een verpleegkundige beroepsbeoefenaar. Daarom is dit onderscheid met name belangrijk bij de indicatiestelling, waarbij de mate van complexiteit van de verpleegsituatie de toewijzing van een patiënt aan het juiste deskundigheidsniveau bepaalt. Het begrip 'complexiteit van de verpleegsituatie' wordt in het Verpleegkundig Beroepsprofiel niet gedefinieerd. Wel worden aspecten genoemd die belangrijk zijn bij het vaststellen van de mate van complexiteit, o.a. :

- de emotionele beleving van de patiënt van zijn/haar situatie;
- de snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand van de patiënt;
- het al dan niet betrokken zijn van andere disciplines bij de patiënt.

Om de (thuis-)verpleegkunde in België uit te oefenen moet men in het bezit zijn van één van de volgende diploma's of titels (Schepers en Nys, 1985):

- het diploma van gegradueerde verpleger of verpleegster. Dit diploma wordt behaald na een driejarige opleiding, die tot het hoger paramedisch onderwijs van het korte type (A1) behoort. De volgende categorieën worden onderscheiden: gegradueerde ziekenhuis-, psychiatrische-, pediatische- en sociale-verple(e)g(st)ers, waarvan laatstgenoemde de enige 4-jarige opleiding is;

- het brevet van verpleger of verpleegster. Het betreft hier aanvullend middelbaar secundair beroepsonderwijs (A2) waarvan de studie 3 jaar duurt;
- het brevet van ziekenhuisassistent(e), het vroegere brevet van verpleegassistente.
Het brevet van ziekenhuisassistent(e) behaald men na twee jaar aanvullend middelbaar secundair beroepsonderwijs (A2). Een aantal getuigschriften worden met de brevetten van ziekenhuisassistenten gelijkgesteld.

De titel verpleegkundige moet 'gevisieerd' - dit is het aan een visum onderwerpen - worden door de provinciaal geneeskundige commissie (Koninklijk Besluit van 7 oktober 1976 en 2 juni 1977 en de Wet van 20 december 1974).

Er is in België dus geen speciale opleiding voor de thuisverpleegkundige, zoals de MGZ-opleiding in Nederland. Wel is er op HBO-niveau de specialisatie sociaalverpleegkundige.

De twee niveau's in Nederland kenmerken zich door het 'niet bij elkaar aansluiten': er is een duidelijk verschil tussen de ene en de andere opleiding. Een belangrijk verschil met België, waar de twee niveau's direct 'na elkaar liggen'. Voorts gaat het om een relatief laag opleidingsniveau vergeleken met 'Belgische situaties'. In België krijgen middelbaar opgeleiden maar een zeer beperkte verantwoordelijkheid, die niet te vergelijken is met wat de MDGO-VP-ers in het vooruitzicht wordt gesteld, aldus Grijpdonck (1990).

2. Taken en bevoegdheden. Met taak wordt bedoeld het werk dat iemand is opgelegd, de arbeid die hij of zij moet verrichten. Een functie is de vervulling van een taak, ambt of werkkring. Dit begrip wordt in algemene termen uitgedrukt en houdt geen duidelijke concrete activiteiten in. De concrete activiteiten kunnen met de term werkzaamheden worden omschreven (Vorst-Thijssen, Brink-Muinen & Kerkstra, 1990).

De Nederlandse situatie. In de Nota Eerstelijnszorg (Ministerie van WVC, 1983) wordt aanbevolen om goede functie- en taakomschrijvingen voor de verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg te ontwikkelen ter bevordering van de samenwerking.

Voor de wijkverpleegkundige is de taakomschrijving gerealiseerd in het 'Algemeen Profiel van de functie van wijkverpleegkundige' (Nationale Kruisvereniging, 1985) waarin de breedte van de wijkverpleegkundige taken wordt weergegeven. Het takenpakket wordt verdeeld in negen hoofdcategorieën: (1) curatieve taken; (2) verzorgende taken; (3) huishoudelijke taken voor zover deze onderdeel vormen van een integraal wijkverpleegkundig hulpaanbod; (4) begeleidende taken; (5) preventieve taken; (6) voorlichtende, adviserende en instruerende taken; (7) coördinerende taken; (8) administratieve taken; en (9) rapporterende taken.

Voor de wijkziekenverzorgende is naar aanleiding van ontwikkelingen in de zorgvraag, het onderwijs voor wijkziekenverzorgenden en het Advies Verpleegkundig Beroepsprofiel in 1987 door de Nationale Kruisvereniging een profielschets uitgebracht met als doel de functie van wijkziekenverzorgende duidelijker af te bakenen van de functie van wijkverpleegkundige. Het takenpakket is in deze profielschets in drie groepen onderverdeeld: primaire taken, overige taken en afgeleide taken. De taken die niet tot de functie van wijkziekenverzorgende behoren (Nationale Kruisvereni-

ging, 1987b) zijn:

- alle activiteiten in het kader van de jeugdgezondheidszorg, zoals pré- en postnatale huisbezoeken, kleuterhuisbezoeken, consultatiebureau- en screeningsactiviteiten;
- verplegings- en verzorgingstaken welke liggen op het terrein van medisch-verpleegkundige handelingen (met uitzondering van injecteren) zoals onder andere epidurale pijnbestrijding, infuuscontrôle en catheterisatie.

Voor het proces van patiënten toewijzing binnen de verpleging is dus de verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau verantwoordelijk. Duidelijke criteria op grond waarvan een patiënt een verpleegkundige met een bepaald deskundigheidsniveau krijgt toegewezen ontbreken. De bevoegdheden van verpleegkundigen ten aanzien van het medisch-technisch handelen in de thuiszorg en de afstemming met de huisarts in Nederland wordt geregeld in de toekomstige Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet-BIG). Het huidige wettelijke kader wordt gevormd door de Wet Uitoefening Geneeskunst uit 1865, die in de praktijk niet meer voldoet (Slingerland, 1988; Buiting en Veen, 1989). Door de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging is recentelijk een modelovereenkomst gesloten over het medisch handelen van wijkverpleegkundigen, waarin taken en verantwoordelijkheden geregeld worden (Nota 'Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie', 1990).

In de **Belgische** situatie omvat de taak van een thuisverpleegkundige (Smet, 1985):

- het verlenen van verpleegkundige zorgen aan de hulpvrager;
- het observeren van de gezondheidstoestand en mede toezien op het goede verloop van de behandeling van ziekten en handicaps;
- advies verstrekken in gezondheidsopvoeding- en voorlichting;
- samenwerken met de arts bij het verstrekken van geneeskundige zorgen;
- begeleiden van de hulpvrager en zijn familie tijdens een periode van readaptatie;
- coördineren van de zorgen die aan de hulpvrager en zijn familie worden verstrekt en hen de gepaste inlichtingen hierover mededelen;
- overleg plegen met de hulpvrager en zijn familie en met andere zorgenverstrekkers, teneinde de equipewerking tot stand te brengen en te stimuleren;
- een permanente ondersteuning verzekeren aan patiënten, behoeftigen en stervenden.

De verpleegkunde mag alleen uitgeoefend worden door degenen die in het bezit zijn van het diploma of de titel van verpleger of verpleegster, van het brevet of de titel van verpleegassistente en die bovendien zijn titel dus heeft laten viseren. Het Koninklijk Besluit van 10 november 1967 omschrijft de bevoegdheden van de beroepen in de gezondheidszorg. Inmiddels geldt het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990 dat rechtsgrond biedt aan de beoefenaars van de verpleegkunde. Het stelt onder andere een lijst van technisch-verpleegkundige prestaties vast en een lijst van handelingen die door een medicus aan verpleegkundigen kan worden toevertrouwd. Ook staat hierin vermeld dat ziekenhuisassistenten enkel onder **rechtstreeks toezicht** van een gebrevetteerde of gegradueerde verpleegkundige de verpleegkunde mogen beoefenen.

3. **Specialisaties.** In Nederland kunnen wijkverpleegkundigen all-round, specifiek of gedifferentieerd werkzaam zijn.

- Een wijkverpleegkundige werkt all-round wanneer deze de maatschappelijke gezondheidszorg behartigt ten aanzien van alle deelaspecten, dat wil zeggen dat ze de volgende vormen van zorg in hun takenpakket hebben (Besluit Erkenningnormen Kruisorganisatie, 1981):
 - a. de verpleging, verzorging en voorlichting van patiënten thuis
 - b. de moederschapszorg en kinderhygiëne voor 0-4 jarigen, met uitzondering van de kraamzorg
 - c. het in bruikleen verstrekken van de noodzakelijke verpleegartikelen
 - d. het geven van voorlichting en het verrichten van andere activiteiten gericht op preventie van ziekte en bevordering van gezonde leefgewoonten.
- Een wijkverpleegkundige werkt specifiek, wanneer deze de maatschappelijke gezondheidszorg behartigt ten aanzien van één of enkele zorggebieden.
- Gedifferentieerd werken betekent, dat globaal gezien de inhoud van het takenpakket van alle wijkverpleegkundigen in het basisteam gelijk is, maar dat op grond van persoonlijke gemotiveerdheid en/of deskundigheid een teamlid één of enkele specifieke taken behartigt. Zo richt een aantal wijkverpleegkundigen zich bijvoorbeeld op de jeugdgezondheidszorg, terwijl anderen zich met ouderenzorg bezighouden (Nationale Kruisvereniging, 1983a).
Ook binnen het Verpleegkundig Beroepsprofiel, uitgegeven door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988), wordt een generalistisch takenpakket voor de verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau gepresenteerd: preventieve en voorlichtende taken, verzorgende en begeleidende taken, diagnostische en therapeutische taken, coördinerende taken, rapportage, registratie en administratieve taken, en huishoudelijke taken.

Uit een recent landelijk onderzoek dat door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) werd uitgevoerd (Vorst-Thijssen, van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990) blijkt dat 86% van de wijkverpleegkundigen in Nederland all-round werken. Uit een overzicht van de Nationale Kruisvereniging (1990) blijkt dat van 1985-1988 het aantal preventieve huisbezoeken door de wijkverpleging gedaald is ten gunste van de curatieve activiteiten.

Uit het NIVEL-onderzoek (1990) blijkt dat één derde van de wijkverpleegkundigen geen preventieve huisbezoeken aflegt bij kinderen in de kleuterleeftijd en dat wijkverpleegkundigen minder dan 1% van hun werktijd besteden aan preventieve ouderenbezoeken. Om uiteenlopende redenen, onder andere de toename van curatieve werkdruk binnen de thuiszorg, financieel-economische motieven en een voortschrijdende professionalisering van de beroepsgroep is het volgens Kerkstra (1990) de vraag of in de toekomst all-round werken van wijkverpleegkundigen nog wel haalbaar is, of 'erger nog, het ziet er naar uit dat wijkverpleegkundigen misschien opgelegd krijgen een deel van hun takenpakket te laten vallen'. Dit laatste is mede gebaseerd op beleidsvoorstellen die ertoe leiden dat belangrijke preventieve en coördinerende werkzaamheden van wijkverpleegkundigen binnen het takenpakket zullen verdwijnen. Zo blijkt uit de Heroverwegingsnota 'Van Samenwerken naar Samen gaan' (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989) dat niet meer wordt uitgegaan van de twee deskundigheidsniveau's binnen de verpleging en dat de taak van de wijkver-

pleegkundige wordt gereduceerd tot herstelfunctie (Kerkstra, 1990). Afgevraagd wordt of de jeugd-gezondheidszorg voor 0-4 jarigen nog wel bij het Kruiswerk moet blijven.

Een ander recent onderzoek - met overigens slechts een doelgroep van 13 wijkverpleegkundigen en 13 wijkziekenverzorgenden - lijkt erop te wijzen dat er weinig verschil is in de kwaliteit van de zorg die geboden wordt door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Bovendien zou het inschakelen van meer mensen van het tweede deskundigheidsniveau kunnen leiden tot betere ontplooiings- en carrière-mogelijkheden voor wijkverpleegkundigen waardoor de uitstroom uit het vak kan verminderen (Nollen, 1990).

Burgers (1990) wijst erop dat het overlaten van veel verzorgende taken aan het tweede deskundigheidsniveau nog niet goed is ingebouwd in de organisatiestructuur van de wijkverpleging.

In België houden thuisverpleegkundigen zich voornamelijk bezig met curatieve zorg; de preventieve zorg wordt niet gefinancierd. Uit een onderzoek van het Wit-Gele Kruis blijkt dat 18% van de verrichte handelingen, waaronder het begeleiden van mantelzorg niet vergoed wordt (Geys en Van Loon, 1989). Om meer ruimte te krijgen voor preventieve en begeleidende taken pleiten de auteurs er voor om naast de vergoeding per verrichting een vast bedrag per patiënt toe te kennen afhankelijk van de complexiteit en intensiteit van de zorg, omdat in de huidige verpleegkunde 'integraliteit, globaliteit en continuïteit van het verpleegkundig handelen' centraal geplaatst worden. Hiervoor worden momenteel patiëntenprofielen opgesteld waarin gradaties in zelfredzaamheid en psychisch functioneren, woonsituatie en mantelzorg belangrijke variabelen zijn.

2.3 Samenwerking met de huisarts en de gezinsverzorging binnen de thuiszorg in Nederland en België

Aan het begrip samenwerking zijn verschillende dimensies te onderscheiden: het onderscheid in geformaliseerd en niet geformaliseerd, in de tweede plaats de hoeveelheid tijd, die aan een samenwerkingsoverleg wordt besteed, in de derde plaats de deelnemers (disciplines) die bij de samenwerking zijn betrokken en tenslotte de inhoud van de samenwerking. Met geformaliseerde samenwerking wordt bedoeld samenwerking die op de een of andere manier (meestal door middel van een arbeidscontract of een akte) formeel is vastgelegd, hetgeen niet hoeft te betekenen dat ook inhoudelijke samenwerkingsactiviteiten ontplooid worden, alhoewel dat in veel gevallen wel aannemelijk is (Wijkel, 1986). In het navolgende worden de niet geformaliseerde samenwerkingsverbanden buiten beschouwing gelaten.

1. Feitelijke situatie. In Nederland heeft op landelijk niveau de Nationale Kruisvereniging in 1985 met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Joint (Maatschappelijke Dienstverlening) en de Centrale Raad voor Gezinsverzorging, de zogenaamde 'Overeenkomst van de vier' afgesloten. Deze vier landelijke organisaties in de eerstelijns verklaren daarin hun beleid en werkzaamheden, gericht op het tot stand brengen van een doelmatige samenhang en samenwerking tussen de vier kerndisciplines, zoveel mogelijk op elkaar te zullen afstemmen (Nationale Kruisvereniging,

1987a). In 1988 zijn er echter diverse wijzigingen in dit samenwerkingsverband opgetreden. De LHV zegde de samenwerking met de andere kerndisciplines op, omdat de structuur een misvatting bleek te zijn: 'geen enkele koepel kan zich losmaken van de specifieke belangen van de eigen achterban en het met name door gezinszorg en Kruiswerk halsstarrig vasthouden aan termen als gelijkheid en gelijkwaardigheid van de onderscheiden beroepsbeoefenaren heeft tot vele uren van discussies geleid' (Landelijke Huisartsen vereniging, 1990): de bereidheid zich los te maken van de bestaande structuren en instellingen ontbrak. Als gevolg van de Herstructurering Landelijke Organisaties werd de Joint opgeheven.

Vervolgens is in 1989 de gezinsverzorging onder de AWBZ gebracht. In 1990 is er een integratie tot stand gekomen van de landelijke bureaus van het Kruiswerk en de gezinsverzorging. Ondanks deze integratie blijven beide organisaties bestaan. Er zijn afspraken gemaakt over de taakverdeling en samenwerking op uitvoerend niveau als één van de uitwerking van de voorstellen van de nota 'Van Samenwerken naar Samengaan' (Ministerie van WVC, 1990). Onderzocht wordt of er mogelijkheden zijn voor een gecoördineerd aanbod en een gezamenlijke ondersteuning (Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1988). In 1992 zal het Kruiswerk met de gezinsverzorging onder de basisverzekering vallen.

Van cruciaal belang voor de thuiszorg is de optimale multi-disciplinaire samenwerking tussen de kerndisciplines: huisartsen, algemeen maatschappelijk werk, gezinsverzorging en verpleging (Boerma en ten Cate, 1985; Duyn, 1989). Grote samenwerkingsvraagstukken tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen worden gesignaleerd door Plagge en Boomkamp (1989) en van Tiel (1989): werken wijkverpleegkundigen wel of niet als 'verlengde arm' van de huisartsen?

De intensievere samenwerking met de gezinszorg is met name voor de groep ouderen en chronisch zieken van belang, omdat voor deze groepen het zorgaanbod van de beide organisaties overlappingsvormt.

Over de samenwerking tussen Kruiswerk en gezinsverzorging staat geen statistisch materiaal ter beschikking. De indruk is volgens Schrijvers en van Londen (1990) dat de twee disciplines elkaar thans vooral beleidsmatig benaderen over gemeenschappelijke indicatiesystemen en projecten. Huisartsen verwijzen jaarlijks ongeveer 117.000 cliënten door naar het Kruiswerk en hebben over 94% van die cliënten contact. Deze getallen zijn voor de gezinsverzorging 57.000 en 70% (Landelijk Bestuurlijk Overleg, 1987).

De volgende gegevens komen uit de dissertatie van Wijkkel (1986): van de huisartsen werkt 88,6% met vertegenwoordigers van ten minste één andere discipline; waarvan 45% met de wijkverpleegkundige; van de huisartsen werkt 41,6% multidisciplinair - met meer dan één andere beroepsgroep - samen. Per maand voert een huisarts gemiddeld twee uur patiëntgericht overleg in bi- of multidisciplinair verband binnen de eerstelijns.

In 1990 werkten er in totaal 557 wijkverpleegkundigen in gezondheidscentra (Hessels, 1990).

2. Recente ontwikkelingen. In 1990 is door de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging deel 1 uitgebracht van de nota 'Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie'. Hierin wordt een kader aangegeven voor het door ver-

pleegkundig beroepsbeoefenaars binnen het Kruiswerk verrichten van medische handelingen. Ten behoeve van het verrichten van medische handelingen door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is het volgende instrumentarium ontwikkeld:

- a. een Model Raamovereenkomst Medisch Handelen: dit is een door de EKO en de huisarts te ondertekenen formulier, waarin beiden zich bereid verklaren om ten aanzien van een aantal 'medische of discutabele handelingen' een aantal nader omschreven regels in acht nemen. De bereidheid om samen te werken met betrekking tot de uitvoering van deze handelingen wordt door beide partijen uitgesproken;
- b. een Uitvoeringsverzoek: het gaat hierom een door de huisarts in te vullen formulier waarin ten behoeve van een concrete patiënt een met name genoemde verpleegkundig beroepsbeoefenaar verzocht wordt een nader omschreven medische handeling te verrichten;
- c. de Handelingsrapportage: dit is een formulier dat bij de patiënten ligt waarop door de verpleegkundig beroepsbeoefenaar aangegeven wordt wat hij doet, op welk tijdstip en wat zijn bevindingen zijn. Het vormt de schriftelijke verantwoording van de verpleegkundig beroepsbeoefenaar voor wat betreft het verrichten van de medische handeling. Ook de huisarts maakt - indien deze deelneemt aan de uitvoering van deze handeling - gebruik van dit formulier;
- d. de Geprotocolleerde Werkinstructies Medisch Handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars (protocollenboek). Dit - deel 2 - is het resultaat van samenwerking tussen de door de Nationale Kruisvereniging ingestelde Landelijke Werkgroep Medisch Handelen door Verpleegkundigen en een groot aantal binnen de lidinstellingen functionerende referentiegroepen Medisch Handelen door Verpleegkundigen en moet beschouwd worden als een instructieboek voor verpleegkundig beroepsbeoefenaars, die medische handelingen verrichten. Het bevat een groot aantal protocollen van medische handelingen die in principe door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in dienst van de kruisorganisatie uitgevoerd kunnen worden.

In België is de feitelijke situatie als volgt: huisartsen werken overwegend solistisch in individuele praktijken: voor 90% betekent dit een 'privaat kabinet' (Heesters en van Kesenne, 1985). Over groepspraktijken wordt veel geschreven maar deze hebben in België nooit een hoge vlucht genomen, inherent aan het Belgische medische systeem en aan de rol van de overheid. Wel zijn er ontelbare samenwerkingsafspraken tussen huisartsen tot stand gekomen, ook samenwerkingsafspraken tussen huisartsen die de eigen individuele praktijk behouden: de zogenaamde pseudo-groepspraktijken (Lambrechts en Dehaes, 1985).

Een tweede integratievorm in het kader van de huisartsengeneeskunde was de bilaterale samenwerking: huisartsen zetten samenwerkingsverbanden op met hulpverleners die ze frequent nodig hebben: maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, psychologen, diëtisten en kinesisten. Beide samenwerkingsvormen ontwikkelden zich ten slotte in de richting van het multi-disciplinair overleg. Het gaat hierbij om regelmatige contacten of zelfs uitgewerkte overlegstructuren tussen zeer verschillende hulpverleners die in eenzelfde regio werkzaam zijn.

Een tweede trend in de samenwerking in de eerstelijns werd op gang gebracht door maatschappelijk werk, verpleegkundigen en gezins- en bejaardenhulpsters. De gezins- en

bejaardenverzorgsters - die net als de maatschappelijk werk(st)ers onder het Ministerie van Welzijn vallen - zijn in loondienst en worden niet per verrichting betaald. Een kwart tot 30% van hun uitgaven wordt gedekt door enerzijds de patiëntenbijdragen en anderzijds door subsidies van lokale overheden, betaling door ziekenfondsen, Openbare Centra voor Maatschappelijk Werk en anderen (Lemaire, 1990). De stimulans tot samenwerken kwam niet van de basis maar van de top (Lambrechts en Dehaes, 1985). Ofschoon van 1972 tot 1975 een officieel samenwerkingsexperiment tussen de verschillende hulpverleners in de thuiszorg was opgezet duurde het nog tot 1986 voordat de Vlaamse Minister van Volksgezondheid het samenwerkingsinitiatief gaat financieren. Bij de uitvoering van de samenwerkingsinitiatieven bleek dat er voor de zelfstandig gevestigde verpleegkundige geen plaats was voorzien in de door de wet geconstrueerde structuur. Met het Besluit van 6 juli 1988 werd dit rechtgezet: Vlaamse verpleegkundigen krijgen overheidssteun voor de samenwerking (Wauters, 1990).

Benoemenswaardig zijn de initiatieven van de Koning Boudewijnstichting - die onder andere 'een overeenkomst voor thuiszorg' uitwerkte, waarin bepaald wordt welke taken door wie, wanneer en tegen welke vergoeding zullen worden uitgevoerd - en het initiatief van de Minister van Volksgezondheid, die de werking van de erkende samenwerkingsinitiatieven liet doorlichten: van de 47 blijken er slechts 1,1% van de patiëntendossiers uit de diensten besproken te worden in het team, terwijl uit de dossiers blijkt dat in een vijfde van de gevallen een tweede beroepsdiscipline aan huis komt. Als één van de redenen naast gebrek aan multi-disciplinaire vorming wordt een onvoldoende subsidiëring (van maximaal 500.000 F per jaar en per samenwerkingsinitiatief) gezien. Sinds het Koninklijk Besluit van 22 juni 1988 hebben de gezins- en bejaardenhelpsters een specifieke ondersteunende inbreng in de thuiszorg: ze mogen hulp bieden aan gezinnen, bejaarden en gehandicapten.

In de Franse gemeenschap kristalliseerde samenwerking tussen diensten voor gezins- en bejaardenhulp, diensten voor maatschappelijk werk en thuisverpleging zich uit tot in totaal 50 centra (Lemaire, 1990). In Vlaanderen zijn dat er 47; het Wit-Gele Kruis is bij een dertigtal hiervan betrokken (Nationale Federatie Wit-Gele Kruis, 1990).

Recentelijk is op 27 juli 1990 in het Belgisch Staatsblad het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990 verschenen, dat opnieuw rechtsgrond moet bieden aan de beoefenaars van de verpleegkunde. Het stelt een lijst van technisch-verpleegkundige prestaties vast en een lijst van handelingen die door een medicus aan verpleegkundigen kan worden toevertrouwd. Ook de wijze van uitvoering van die prestaties en handelingen en de kwalificatievoorwaarden waaraan de beroepsbeoefenaars moeten voldoen worden hierin geregeld: ziekenhuisassistenten mogen enkel onder **rechtstreeks toezicht** van een gebrevetteerde of gegradueerde verpleegkundige de verpleegkunde beoefenen. 'Deze beperkte maatregel blijkt in de praktijk zeer moeilijk uitvoerbaar, vooral in instellingen voor chronische zieken, waar het grootste deel van het personeelsbestand uit ziekenhuisassistenten bestaat' (Spijker en Roelens, 1990). Verder is het begrip 'op voorschrift van de arts' in het besluit niet omschreven. Verder vragen zij zich af of de arts lijfelijk aanwezig behoort te zijn om een voorschrift op te kunnen maken of dat met telefonische communicatie volstaan kan worden. Voorts zijn alleen de beoefenaars van de verpleegkunde bevoegd om verpleegkundige zorgen uit te voeren. De

zorgen omvatten de planning, uitvoering en evaluatie inclusief de gezondheidsbegeleiding van de patiënt en zijn omgeving. Dat aan deze voorschriften is voldaan moet blijken uit een verpleegkundig dossier dat enkel door beoefenaars van de verpleegkunde mag worden samengesteld en bijgehouden (Koninklijk Besluit van 18 juni 1990).

2.4 Samenvatting van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen

De belangrijkste overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de organisatie van de thuisverpleging in Nederland door het Kruiswerk en in België door het Wit-Gele Kruis (WGK) zijn als volgt samengevat:

NEDERLAND

Historisch perspectief

- De oorspronkelijk op levensbeschouwelijke grondslag georganiseerde kruisverenigingen die de thuisverpleging organiseerden zijn in 1977 gefuseerd in de Nationale Kruisvereniging, die het overgrote deel van de reguliere thuisverpleging organiseert.

Aanbod

- Het aanbod van de wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden wordt gereguleerd door normstelling.

Samenwerking

- Er zijn veel samenwerkingsinitiatieven waarvan de Model Raamovereenkomst Medisch handelen een resultaat is; van gedecentraliseerde geformaliseerde multidisciplinaire samenwerking blijkt nog weinig sprake te zijn.
- In 1990 is de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg opgericht waarin de NK en de Centrale Raad voor Gezinsverzorging samengaan.

Opleiding

- Bij de kruisvereniging werken zowel HBO- als MBO-verpleegkundigen. De MGZ-opleiding leidt specifiek op voor wijkverpleegkundige. Het aantal HBO-ers is 3x zo groot als het aantal MBO-ers.

BELGIË

- De diensten voor thuisverpleging zijn op partijpolitieke en levensbeschouwelijke basis en worden georganiseerd door de mutualiteiten en vooral door privé initiatieven: het Wit-Gele Kruis is momenteel de grootste organisatie.

- Er is geen normstelling: verpleegkundigen mogen zich vrij vestigen.

- Voor België geldt hetzelfde, al lijkt de verzuiling het probleem nog ingewikkelder te maken. In zowel Vlaanderen als Wallonië zijn er samenwerkingsinitiatieven tussen diensten voor gezins- en bejaardenhulp, en de thuisverplegingdiensten voor maatschappelijk werk, die echter nog niet geresulteerd hebben in een samengaan.

- Bij het WGK werken zowel HBO- als MBO-verpleegkundigen. Een inservice- en een MGZ-opleiding is er niet; wel is er een richting sociaal verpleegkundige (in de HBO-opleidingen). Het aantal MBO-ers is 1,5 keer zo groot als het aantal HBO-ers.

Horizontale functiedifferentiatie

- Verpleegkundigen werden all-round: zowel preventieve als curatieve zorg wordt verricht.

Verticale functiedifferentiatie

- Er is sprake van 2 deskundigheidsniveau's: verticale functiedifferentiatie, wijkverpleegkundigen met HBO-V of MGZ worden als beroepsbeoefenaars van het eerste deskundigheidsniveau en wijkziekenverzorgenden (MBO-opgeleiden) als beroepsbeoefenaars van het tweede deskundigheidsniveau gezien.

Bevoegdheden

- Bevoegdheden van verpleegkundigen worden geregeld in de toekomstige Wet-BIG.

Structuur

- Het Kruiswerk wordt - ook al worden de taken van de Provinciale Kruisvereniging overgeheveld naar de EKO's - gekenmerkt door een gelaagde structuur. De structuur is stijler dan die van het WGK en wordt (vooralsnog) gekenmerkt door meer leidinggevende niveaus, terwijl de stafondersteuning in verhouding tot het aantal uitvoerende verpleegkundigen veel groter is. In navolging van het plan van de Commissie Dekker zal een flexibeler structuur moeten ontstaan en zullen de organisaties doelmatiger, efficiënter en klantgerichter moeten gaan werken. Korte beslislijnen zullen snel en adequaat op 'de markt' moeten inspelen. Stafondersteuning zal zich op de primaire functies moeten gaan richten.

- Verpleegkundigen verrichten hoofdzakelijk curatieve zorgtaken.

- Er wordt geen onderscheid gemaakt in deskundigheidsniveau's; wel mogen sinds het KB van 18 juni 1990 ziekenhuisassistenten alleen onder rechtstreeks toezicht van gebrevetteerden of gegradueerden bepaalde handelingen uitvoeren.

- Bevoegdheden worden geregeld in het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990.

- WGK wordt gekenmerkt door een platte operationele kern met een smalle strategische top (weinig leidinggevende niveau's) terwijl de stafondersteuning en de technostructuur (analysten en specialisten die het werk van anderen standaardiseren en hun technieken toepassen om de organisatie aan de omgeving te laten aanpassen) klein is. Het primaire proces (de uitvoerenden die de primaire producten produceren) staat centraal. De onderlinge concurrentie als gevolg van de verzuiling en de taalkwestie werken een sterkere marktgerichtheid in de hand. De organisatiestructuur van het WGK lijkt dan ook meer overeen te komen met de kenmerken van een professionele bureaucratie (Mintzberg, 1983) dan die van het Kruiswerk in Nederland.

3. OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN IN DE FINANCIERING VAN DE THUISVERPLEGING IN NEDERLAND EN BELGIË

In dit hoofdstuk wordt eerst een kort overzicht gegeven van het overheidsbeleid en de financiering van de gezondheidszorgsector in zijn algemeenheid met het accent op de eerstelijnszorg, dan wordt ingegaan op de financiering van de thuisverpleging in het bijzonder in respectievelijk Nederland en België. Daarna worden de belangrijkste overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de financiering van de thuisverpleging samengevat.

3.1 Het overheidsbeleid met betrekking tot gezondheidszorg

Onder 'overheid' wordt verstaan de regering en de besluitvormende organen op lagere overheidsniveau's, plus hun administratieve en bestuurlijke apparaten (Grünwald, 1987).

In het vervolg zal de term overheid kortheidshalve als synoniem voor de centrale of rijksoverheid gebruikt worden. Daaronder vallen de gezagsdragers (afzonderlijk en in hun diverse constellaties zoals regering, kabinet, ministerraad) alsmede het ambtelijk apparaat en zijn onderdelen (departementen, interdepartementale commissies).

Nederland. Van eerste echelon naar thuiszorg; de belangrijkste regeringsnota's:

Sinds het verschijnen van de Structuurnota (1974) heeft de overheid als belangrijkste voornemen de regionalisatie genoemd. Regionalisatie wordt beschouwd als één van de structurele middelen om te komen tot een doelmatig en doeltreffend opgebouwde en functionerende gezondheidszorg. Onder regionalisatie verstaat men de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert. Een tweede beleidsvoornemen is hieraan gekoppeld: het streven naar decentralisatie. De regio's zouden zelf verantwoordelijkheid moeten gaan dragen voor het functioneren en plannen van de gezondheidszorg binnen landelijk gestelde normen. Om regionalisatie en decentralisatie te realiseren is als beleidsinstrument vooral de wetgeving gebruikt. Maar ook de subsidies voor herstructureren van de gezondheidszorg zijn niet onaanzienlijk. Kenmerkend voor de structuur en ordening van de Nederlandse gezondheidszorg is de verdeling van voorzieningen en werksoorten over de verschillende echelons en het accent op de versterking van het eerste echelon. Er heeft een integratie plaatsgevonden van de zorgsector in het eerste echelon, aldus een onderzoek van het NIVEL (1987), uitgevoerd in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem heeft een duidelijke eerstelijns (zeker in vergelijking met ons omringende landen) waar generalistische zorg geleverd wordt en waarlangs de toegang tot meer gespecialiseerde zorg geregeld is. (Wat betreft de decentralisering en regionalisering is dit rapport minder positief).

Sinds de Structuurnota en later de Schets van de Eerstelijns Gezondheidszorg (1980) is het streven van de overheid gericht op het creëren van alternatieven voor de (kostbare) intramurale zorg.

De motieven waren:

- het gezondheidszorgsysteem moet doorzichtiger;
- de kosten moeten beheersbaar zijn;
- zoveel mogelijk burgers moeten in staat worden gesteld een vrij en zelfstandig bestaan te leiden in de eigen leefsituatie.

De nadruk wordt gelegd op zelfzorg en mantelzorg (informele circuit) en maatregelen voor financiële substitutie van de tweede naar de eerstelijns.

In de Nota Volksgezondheid bij Beperkte Middelen (1983) wordt voor het eerst de term thuiszorg geïntroduceerd, hetgeen betekende dat de zorginhoud weer een substantieel onderdeel van het beleid werd: het beheersprincipe wordt veranderd in een zorginhoudelijk principe. Als centrale doelstelling wordt het begrip de bevordering van de zelfstandigheid van de patiënt naar voren gebracht. Dit begrip vindt men ook terug in de benadering die de WHO heeft gekozen (primary health care). Er is sprake van een essentiële beleidswijziging 'het tot voor kort geldende uitgangspunt de eerstelijns als poortwachter voor de tweedelijns verschuift in de richting van de eerstelijns als substituut voor de tweedelijnszorg' (Goudriaan, 1988).

In de Nota Volksgezondheidsbeleid bij Beperkte Middelen wordt nog gesproken van eerstelijnsgezondheidszorg, in de drie maanden later verschenen Nota Eerstelijnszorg (1983) was de term getuige de titel veranderd in eerstelijnszorg. De achtergrond van deze naamsverandering was het willen beklemtonen van de complementariteit van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. In deze nota wordt onder andere aanbevolen goede functie- en taakomschrijvingen voor de verschillende beroepsgroepen te ontwikkelen.

In de Nota 2000 (1986), gevolgd door het Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid (1989) staat de bescherming en bevordering van de volksgezondheid in al zijn facetten centraal, dat wil zeggen beleidsmatig wordt aandacht besteed aan alle factoren die de gezondheidstoestand van een bevolking bepalen. Naast de medische verzorging spelen biologische en erfelijke factoren, de leefstijl en het fysieke en sociale milieu waarin het individu verkeert een rol. Onderscheiden worden preventiebeleid enerzijds en zorgbeleid anderzijds. Hoofddoelstelling van het zorgbeleid is het bevorderen en handhaven van een hoog kwalitatief niveau van voorzieningen en het zo goed mogelijk afstemmen van de voorzieningen op de zorgvraag van de gebruikers binnen de beschikbare financiële kaders.

In het Volksgezondheidsbeleid is de versterking van de thuiszorg een van de hoofddoelstellingen. De deskundigheid van eerstelijns werkers op het gebied van chronische ziekten en veroudering zal worden versterkt en de ondersteuning van thuiszorg door tweedelijns werkers wordt verbeterd. Voorts zullen regionale zorgcircuits ten behoeve van de thuiszorg en gemeenschappelijke werkgebieden voor eerstelijnsvoorzieningen worden ontwikkeld.

Het huidige overheidsbeleid is gebaseerd op voorstellen van de Commissie-Dekker (1987). Het bevorderen van de samenhang, doelmatigheid en flexibiliteit, de verschuiving naar markt- en zelfregulering, een herziening van het financieringsstelsel en het denken in functies in plaats van in voorzieningen staat centraal. Begin 1990 is het heroverwegingsrapport inzake de integratie van Kruiswerk en gezinsverzorging uitgebracht, getiteld: 'Van Samenwerken naar Samengaan', waarin maatregelen worden voorgesteld die op termijn resulteren in integratie van Kruiswerk en gezinsver-

zorging binnen één organisatorisch geheel. Verhoogde doelmatigheid zal tot forse besparingen moeten leiden. Dit geld kan dan gebruikt worden voor uitbreiding van de directe hulpverlening. De Nota Werken aan Zorgvernieuwing (1990) - die in plaats treedt van het eerder toegezegde definitieve Kerndocument - bevat een actieprogramma op basis van gevoerde discussies over beleidsvraagstukken als preventie, zorg, patiënten/consumenten en medisch-ethische kwesties. In deze nota is tevens opgenomen de stelselwijziging zorgsector. Hierbij gaat het om spreiding en capaciteit van voorzieningen, doelmatigheid in beheer en gebruik, om een rechtvaardiger en redelijke verdeling van lasten en om de financiering in de organisatie van voorzieningen. Hoofddoelstelling van de zorgverlening is een zo goed mogelijke afstemming van de voorzieningen op de vraag naar zorg bij ziekte, handicap of chronische aandoening. Gestreefd zal worden naar het vergroten van de deskundigheid van hulpverleners op het gebied van vroegtijdige diagnostisering en adequate behandeling van chronische aandoeningen en van het 'managen' van de thuiszorg. Voorts zijn er voornemens de huisartsenhulp onder de AWBZ te brengen. Met betrekking tot de zorgverzekering staat het kabinet een brede basisverzekering voor iedereen (ook tot uitdrukking komende in premiesolidariteit), afdoende markelementen en overdracht van verantwoordelijkheden aan partijen in de gezondheidszorg voor ogen. Over de verhouding basis-aanvullend pakket wordt een adviesaanvraag aan de Raad van State gestuurd met name voor aandacht voor de internationaal juridische aspecten. Voorts een vereenvoudiging van de aanbodwetgeving en meer vrijheid voor partijen. De definitieve samenstelling van het basispakket zal geregeld worden in de komende Wet op de Zorgverzekering, die in beginsel per 1 januari 1995 kan worden ingevoerd. Ook het streven naar een functionele aanpak en ruimte voor regionale en lokale overeenkomsten worden aangegeven. De overheid zal de randvoorwaarden stellen maar de invulling van de zorg grotendeels in handen leggen van de betrokken partijen. Kwaliteitseisen zullen worden neergelegd in wetten met een voorwaarde scheppend karakter. De overheid beseft 'dat realisatie alleen maar kan slagen als burgers, zorgaanbieders en verzekeraars de doelen van dit beleid vorm willen geven' (Spreeuwenberg, 1990).

Het Ouderenbeleid. Met betrekking tot het ouderenbeleid zijn een aantal ontwikkelingen van belang die raken aan de thuiszorgontwikkeling. Er wordt gestreefd naar een verdere uitbouw van het zogenaamde flankerend beleid, waaronder wordt verstaan vaak tijdelijke dienstverlening vanuit bejaardenoorden aan alleenstaande ouderen bijvoorbeeld in de vorm van nachtopvang en kortdurende opname. Voorts wordt met het oog op het behoud van de zelfstandige leefwijze van ouderen gestreefd naar een grotere beschikbaarheid van een verscheidenheid aan woningen die aangepast kunnen worden voor bewoning door ouderen: complexgewijze huisvesting met een bepaalde mate van serviceverlening. Verder is in 1987 besloten de tot dan toe gescheiden indicering voor het verpleeghuis onder te brengen bij een centrale indicatiecommissie die regionaal of subregionaal functioneert. Een uitgebreid aanbod aan thuiszorgfaciliteiten leidt ook hier tot substitutie-effecten.

België. De rol van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg kan op vier niveau's gestueerd worden: het nationale, regionale (gemeenschaps-), provinciale en gemeentelijke niveau. Tot het nationale beleid behoort de ziekteverzekering, de ziekenhuissector alsook de terreinen van

thuisverpleegkundigen en de huisartspraktijk (Foets en Nuyens, 1983).

Op regionaal niveau zijn de diensten voor thuisverzorging en -verpleging, de rustoorden voor bejaarden, de geestelijke gezondheidszorg, de preventieve gezondheidszorg, de gezondheidsvoorlichting en opvoeding, de gezins- of bejaardenhelpster en de maatschappelijk werk(st)er toevertrouwd aan de gemeenschappen.

De provinciale overheid waakt over gezondheidsbelangen van de provincie, verleent toelagen en richt gezondheidsinstellingen op. In elke provincie is er een provinciale geneeskundige commissie die onder andere tot taak heeft de diploma's van artsen en (para-)medisch personeel te viseren, toezicht houdt op de uitoefening van de geneeskundige en verpleegkundige beroepen.

Op gemeentelijk niveau heeft de overheid verantwoordelijkheid met betrekking tot milieuhygiëne en kan deze overgaan tot de organisatie van gezondheidsvoorzieningen - zoals diensten voor verzorging aan huis en bejaardenzorg - en scholen voor paramedisch personeel (Foets en Nuyens, 1983).

De kern van de zogenaamde staatshervorming (1980) ligt bij de gewesten en de gemeenschappen; **gewesten** zijn territoriale indelingen, terwijl **gemeenschappen** veeleer bevolkingsindelingen zijn. Ten aanzien van de Vlaamse en Franse Gemeenschap en het Vlaamse en Waalse gewest kunnen de grote lijnen van de hervorming als volgt worden samengevat : ze hebben rechtspersoonlijkheid en oefenen elk op hun eigen bevoegdheidssterrein, een eigen wetgevende en uitvoerende macht uit (van Wanseele, 1985).

In een historische analyse van twintig jaar overheidsdocumenten met betrekking tot de gezondheidszorg merkt Nuyens (1985) 'een merkwaardige constante' op, namelijk dat België vooralsnog geen gezondheidsbeleid zou hebben. Intussen discussiëren kamerleden en senatoren jaarlijks over een begroting van volksgezondheid, 'pogen de sociale partners de sociale zekerheidslast vooralsnog drijvend te houden, ontstaat onder meer een wetgeving op de uitoefening van de geneeskunde (1967), op de ziekenhuizen (1973), op de ambulante geestelijke gezondheidszorg (1975) en 'communautariseert' men een nationale volksgezondheidsadministratie'. Op grond hiervan concludeert Nuyens (1985) dat België dus wel degelijk een gezondheidsbeleid kent, waarbij het accent in de zeventiger en tachtiger jaren op de volgende inhoudelijke doelstellingen heeft gelegen: een voorrang voor de curatieve, lichamelijke, gespecialiseerde intramurale gezondheidszorg met accenten op de technologische, individuele en professionele aspecten.

Een structurele analyse van het gezondheidsbeleid levert een beeld op van gewapende vrede tussen zuilnetwerken en geneesheren-organisaties, die elkaar vinden binnen de economie van de ziekteverzekering, waardoor deze partners hun aanwezigheid 'in de input-, conversie- en outputzone gegarandeerd weten'. Uiteindelijk kan van hieruit de link gelegd worden naar het inhoudelijke beleid. De feitelijk gerealiseerde doelstellingen van curatieve, lichamelijke, gespecialiseerde en intramurale gezondheidszorg laten zich inweven binnen dit structureel kader, hetgeen niet noodzakelijk een afwezigheid van belangstelling voor de andere gedeelten in de paradox (preventief, psychosociaal, integraal en ambulant) betekent: 'het bestaan zelf van deze paradoxen wijst trouwens reeds op eerste recuperatiebewegingen' (Nuyens, 1985).

Met betrekking tot de inhoudelijke doelstelling is in dit kader de wettelijke regeling van 1978

belangrijk, waarbij aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en aan erkende rustoorden voor bejaarden een bijzondere erkenning en een tussenkomst van de ziekteverzekering kon worden toegekend 'voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen' (Dehaene, 1983, p.59).

Op het nationale vlak blijkt de belangstelling voor de eerstelijns uit de volgende initiatieven:

- Nationaal is van 1974-1978 intensief gewerkt aan Het Nationaal Onderzoekprogramma over Eerstelijnsgezondheidszorg. Ook het onderzoek naar Nieuwe Initiatieven in de Eerstelijns (1981-1983) getuigt van beleidsvoorbereidend onderzoek;
- Het Nationaal Symposium over Eerstelijnsgezondheidszorg dat in 1982 door de Koning Boudewijnstichting werd georganiseerd, was een eerste nationale confrontatie tussen politieke beleidsmakers, belangengroepen, lokale initiatieven en onderzoek. Tijdens het Symposium Eerstelijnsgezondheidszorg (1983) gaat de Minister in op eerstelijnsgezondheidszorg als beleidsprobleem;
- Op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap werd in 1982 door de Vlaamse Minister van Gezondheidsbeleid een adviescommissie rond eerstelijnsgezondheidszorg geïnstalleerd. In 1983 kan het Vlaamse Gemeenschapsministerie voor Gezondheidsbeleid de beschrijving aanbieden van een aantal ontwikkelingen op het lokale vlak (Smet en Nuyens, 1983). 'Centraal staat de eerstelijns, wegens het belang van de eerste contacten van een individu met de gezondheidszorg en omdat de eerstelijns de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de mensen tracht te brengen' (Smet, 1985, p. 130). Dit is naar haar mening nog hoofdzakelijk theorie; het aanbod van de gezondheidszorg in België is op liberale principes gegrondvest, waarbij zowel voor de hulpverlener als hulpvrager de beperkingen geminimaliseerd worden: vrije vestiging en vrije keuze worden beschouwd als hoge waarden bij de uitbouw van de gezondheidszorg.

Om de toenemende ontevredenheid over onder meer de financiering van de ziektekostenverzekeringen, de tekorten van de mutualiteiten en andere problemen te bespreken werd in de periode 1989-1990 een zogenaamde Ronde Tafel Conferentie (RTC) - op nationaal en op regionaal niveau - georganiseerd met als doel tot consensus te komen over mogelijke oplossingen voor alle belanghebbenden. Het uiteindelijke concrete resultaat is geen pakket maatregelen geworden. De gebruikelijke kabinetsnota's die jaarlijks worden opgesteld gaan door om het tekort van de ziektekostenverzekering op te lossen.

Samenwerking en coördinatie zijn niet structureel ingebouwd, maar zijn het gevolg van spontane keuzen: 'de autonome entiteiten kunnen vrij en naar eigen behoefte interactienetwerken uitbouwen, vaak van strikt persoonlijke, bijna obligaatschappelijke aard' (Vuori, 1984). Gesproken wordt van 'immobilisme van de overheid om samenwerking ook daadwerkelijk te bevorderen' (Faelens, 1986).

Binnen de **Vlaamse Gemeenschap** zijn de volgende wettelijke regelingen inzake thuisgezondheidszorg van belang (Wauters, 1990):

- het Besluit van de Regent van 20 juli 1947 betreffende de erkenning van de verzorgingsinstellingen. Hierbij waren de gezondheidscentra, die over een gezondheidsdienst aan huis

beschikken inbegrepen;

- het Koninklijk Besluit (KB) van 27 december 1950 tot aanmoediging van de gezinsactiviteit der diensten voor verzorging aan huis. Het KB voorziet in een jaarlijks forfaitaire toelage per gekwalificeerd personeelslid en in een jaarlijkse tussenkomst in de kosten voor coördinatie en beheer per dienst. Van 1951 tot de eerste fase van de federalisering werd dit KB driemaal gewijzigd (KB's van 20-05-'58, 27-11-'67 en 13-02-'75). Het ging respectievelijk om de erkenningsprocedure, de 'betoelagingsprocedure' en de aanpassing van de bedragen. De eerstvolgende wijziging, zowel in Vlaanderen (KB van 09-04-'80) als in Wallonië (KB 16-07-'80) had tot doel de subsidiëring aan te passen tot respectievelijk 2.400 F per personeelslid en 1.600 F voor de administratie per dienst;
- de Wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende andere vormen van verzorging. De minister verleent hierbij aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (dat is 'de samenwerking tussen de diensten voor thuisverzorging, de rusthuizen en de ziekenhuisdiensten') en aan erkende rustoorden voor bejaarden een bijzondere erkenning voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in een ziekenhuis te verkorten of te voorkomen. Tot nu toe is aan deze wet nog geen uitvoering gegeven;
- het KB van 30 december 1982 tot wijziging van de Wet van 9 augustus 1963 tot instelling van organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het gaat hierbij om een forfait tot dekking van bepaalde geneeskundige verstrekkingen aan patiënten die geen ziekenhuisverzorging kunnen verantwoorden, maar aangewezen zijn op verzorging;
- de Wet van 1 augustus 1985 houdende sociale bepalingen. Hierbij wordt aan de in artikel 23 van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekeringswet vermelde lijst van terugbetaalbare geneeskundige verstrekkingen een punt toegevoegd: 'de in het kader van thuisverzorging vereiste zorg'. De thuisverzorging wordt hiermee als een terugbetaalbare prestatie beschouwd. De tegemoetkoming komt in beginsel toe aan de patiënt, maar kan ook toegekend worden aan de (dienst van de) zorgverstreker. Voorts wordt bij wijze van experiment een naar tijd en toepassingsgebied beperkte tegemoetkoming van de ziekteverzekering toegekend voor bijzondere modellen van verstrekking en betaling van geneeskundige verzorging;
- het besluit van de Vlaamse Executieve van 19-11-'86, op grond waarvan een toelage van 3.000 F per voltijds personeelslid wordt verleend en een bijzondere regeling voor de coördinatie en beheer wordt getroffen. De erkenning vereist met betrekking tot de samenwerking:
 - a. dat in het samenwerkingsverband minimaal de volgende disciplines samenwerken: de huisartsgeneeskunde, de verpleegkunde, de gezins- en bejaardenzorg en het maatschappelijk werk;
 - b. dat voor de thuisverzorging beroep gedaan kan worden op een uitleendienst voor de nodige materialen;
 - c. dat ingestaan kan worden voor de organisatie van algemene taakafspraken, noodzakelijke teamafspraken, continuïteit in de hulpverlening en bereikbaarheid, overleg met ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen en ondersteuning van gezinsleden en andere niet-professionele hulpverleners;

- d. dat de gezondheidsvoorlichting- en opvoeding en de 'interdisciplinaire navorming' van de basiswerkers maximaal gestimuleerd wordt;
- e. dat de patiënt op alle ogenblikken volledige vrijheid van keuze krijgt in de hulpverlenende persoon of instantie;

Verder kan de Minister bijkomende voorwaarden opleggen met betrekking tot de bescheiden die opgesteld moeten worden tot staving van de activiteiten en de besteding van de toelage en het passen in een programmatie van samenwerkingsinitiatieven;

het Besluit van de Vlaamse Executieve van 6 juli 1988 houdende de coördinatie en wijziging van het KB van 27 december 1950. Hierin wordt een toelage verleend aan erkende diensten en hun groepering. Onder 'groepering van diensten' wordt verstaan : minimum 10 diensten werkzaam in minimaal 3 provincies. Ook scheidt dit besluit onder bepaalde voorwaarden de mogelijkheid tot subsidiëring van samenwerkingsinitiatieven waarin zelfstandige verpleegkundigen betrokken zijn. In een toelichting op Het Besluit wordt uiteengezet dat het voor de thuisverzorging drie organisatieniveaus voorziet: de diensten, de samenwerkingsinitiatieven en de groeperingen. Met betrekking tot de twee eerste niveaus voorziet het besluit en het daarbij aansluitende uitvoeringsbesluit van 14 oktober 1988 in erkennings- en subsidiëringnormen. Voor de groeperingen is dit niet het geval. Het Besluit van 6 juli 1988 stelt wel dat zowel de diensten als de samenwerkingsinitiatieven hun aanvragen tot erkenning of opname in de programmatie bij de gemeenschapsminister moeten indienen via een groepering.

het Ministerieel Besluit (MB) van 14 oktober 1988 houdende uitvoeringsmodaliteiten van het besluit van de Vlaamse Executieve van 6 juli 1988. De voornaamste bepalingen zijn:

1. de minimum normen waaraan de lokalen en de noodzakelijke uitrusting en benodigdheden voor de verzorging aan huis moeten beantwoorden;
2. de kwalificatie van de verantwoordelijken van de dienst, alsmede van de daaraan verbonden verpleegkundigen; de verplichting van het personeel om jaarlijks bijscholing te volgen van minimum 8 uur en de minimum personeelsbezetting van de dienst;
3. de noodzakelijke bescheiden; het patiëntendossier en het verpleegdagboek;
4. de programmatie, werkings- en financieelverslag. Inzake de programmatie bepaalt dit besluit dat een samenwerkingsverband zal worden opgezet in 'functie van een omschreven geografische entiteit' die een aaneengesloten geheel dient te vormen en voldoende groot moet zijn om minimaal 40 verpleegkundigen van erkende diensten voor thuisgezondheidszorg in de samenwerking te kunnen betrekken. Samenwerkingsinitiatieven die worden opgezet zonder aan de bovengenoemde norm te voldoen kunnen worden samengevoegd en zullen dan gezamenlijk als één initiatief worden beschouwd. Voor de gehele Vlaamse Gemeenschap kunnen maximaal 60 samenwerkingsinitiatieven in de programmatie worden opgenomen.

het besluit van de Vlaamse Executieve van 4 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging, waarbij een samenwerkingsinitiatief erkend wordt indien er een schriftelijke overeenkomst bestaat tussen erkende teams voor thuisverpleging uit de regio en één of meerdere vertegenwoordigers van voor de regio representatieve huisartsenkrin-

gen of wachtdiensten, erkende diensten voor gezins- en bejaardenhulp en erkende centra voor maatschappelijk welzijn. 'Daarenboven moeten nog ten minste drie andere voor de regio representatieve vertegenwoordigers van medische of paramedische beroepsverenigingen of van zorg- of hulpverlenende instanties de overeenkomst onderschrijven' (artikel 7). Artikel 6 bepaalt dat samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging erkend en gesubsidieerd kunnen worden binnen een regio die tenminste 25.000 inwoners telt. Aan erkende samenwerkingsinitiatieven wordt een basistoelage verleend van maximum 100.000 F, dit bedrag wordt met 25.000 F verhoogd indien het samenwerkingsinitiatief ten minste een geschreven overeenkomst met twee erkende verzorgings- of verblijfsinstellingen heeft. De basistoelage wordt eveneens verhoogd met 25.000 indien het samenwerkingsinitiatief initiatieven met organisaties van vrijwilligers opzet of stimuleert, zoals bijvoorbeeld dag- of nachtoppas. Het samenwerkingsinitiatief ontvangt bovendien een toelage van 2.000 F per intake voor het opmaken van het zorgenplan en vervolgens 55 F per drie maanden voor het vervolg van het zorgenplan. Alleen de ondersteuning en coördinatie van de zorg- en hulpverlening aan personen die als 'zwaar zorgenbehoevend' gekwalificeerd worden komen in aanmerking voor subsidiëring.

Binnen de **Franse Gemeenschap** zijn de volgende wettelijke regelingen inzake thuisgezondheidszorg van belang (Wauters, 1990):

- het Besluit van de Executieve van 1 juli 1982 houdende wijziging van het KB van 27 december 1950 tot aanmoediging van de gezinsactiviteit van diensten voor thuiszorg. Hierin mag de minister subsidies verlenen aan Openbare Centra voor Maatschappelijk Werk, de verenigingen zonder winstoogmerk en de groeperingen van diensten voor thuiszorg die aan de volgende voorwaarden voldoen:
 1. 'organiseren van een dienst voor thuiszorg op een geografisch territorium dat tenminste 30.000 inwoners telt;
 2. effectief waken over de familiale en medisch-sociale vorming van het personeel verbonden aan deze diensten voor thuiszorg';
- het decreet van 30 maart 1983 houdende organisatie van de diensten voor volledige verzorging ten huize. Hierin wordt onder meer vermeld dat de erkenning kan worden ingetrokken door de minister van de Franse Gemeenschap indien de normen niet meer geëerbiedigd worden. Voorts staat vermeld dat de Executieve onderhandelt over de middelen om een fondsoverdracht van de INAMI - de Franse vertaling voor de afkorting RIZIV - te bekomen om de subsidiëring van de erkende diensten toe te laten overeenkomstig de normen vastgesteld door de Executieve van de Franse Gemeenschap;
- het decreet van de Franse Gemeenschapsexecutieve tot aanmoediging, bij wijze van proef, van acties die worden uitgevoerd op initiatief van huisartsen met het oog op de thuisverzorging van zieke personen. Overeenkomsten, die de duur van een jaar hebben en die hernieuwbaar zijn - houdende toekenning van subsidies - kunnen worden afgesloten met verenigingen zonder winstoogmerk, die tot doel hebben de medewerking en de beschikbaarheid van de behandelende mensen die onontbeerlijk zijn voor de thuisverzorging van zieke

personen te verzekeren;

- het decreet van de Franse Gemeenschap van 19 juni 1989 houdende organisatie van de erkenning en de toekenning van toelagen aan centra voor coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten. Hierin worden publiekrechtelijke personen en verenigingen zonder winstoogmerk, die tot doel hebben het coördineren van de thuisverzorging en thuisdiensten, erkend als 'Centra voor coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten' indien ze hun opdracht op tweeërlei wijzen uitvoeren: ofwel doen ze uitsluitend aan coördinatie, ofwel doen ze aan coördinatie en verlenen ze tegelijk thuisverzorging of thuisdiensten. De coördinatie moet geschieden tussen :
 1. de volgende diensten: de thuisverpleging, een centrum voor gezinshulp, een sociale dienst en
 2. ten minste vier van de volgende diensten: kinesitherapie, telebewaking, uitlenen van materiaal, tandverzorging, inrichting van de lokalen, ergotherapie, logopedie, pedicure, dienst maaltijden aan huis en
 3. de huisarts, naar vrije keuze van de patiënt.
- Het besluit van de Franse Gemeenschapsexecutieve van 26 juni 1989 tot uitvoering van het decreet van 19 juni 1989 houdende organisatie van de erkenning en de toekenning van toelagen aan de centra voor coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten. De erkenningsprocedure wordt hierin beschreven en een erkenningscommissie opgesteld van coördinatiecentra van thuisverzorging en thuisdiensten, met drie vertegenwoordigers van de paramedische sector tegenover twee van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp, twee vertegenwoordigers van het maatschappelijk werk en vier vertegenwoordigers van de huisartsen.

3.2 De financieringsbronnen van de gezondheidszorg

Nederland: In de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving is er een scheiding van ziekenfonds- en ziekengeldverzekering. Als reden hiervoor wordt aangevoerd dat de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de gehele bevolking beneden een bepaalde welstandsgrens van belang is, terwijl de ziekengeldverzekering zich primair richt op het werkende deel van de bevolking, dat bij ziekte inkomsten uit arbeid derft. Mede ten gevolge van deze splitsing heeft de behandelend arts als regel geen controle functie in het kader van de inkomensdervingsverzekering, waardoor deze zijn/haar loyaliteit geheel kan richten op de patiënt. 'De onafhankelijkheid van zijn beslissingen blijft gewaarborgd omdat de controle op de arbeidsongeschiktheid ondergebracht is bij de uitvoerende organen van de sociale verzekering' (Heesters en Kesenne, 1985).

Gescheiden zijn dus de regelgeving voor een vergoeding wegens inkomensderving door ziekte (zoals de ziekwet en arbeidsongeschiktheidswet) en de wetten inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging (zoals de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)).

In de gezondheidszorgsector worden in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ, 1990) vijf grote financieringsbronnen onderscheiden: de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

(AWBZ), subsidies van de overheid, de particuliere ziektekostenverzekeringen en overige betalingen. In de jaren tachtig tekent zich een financieel beeld af waarin een beheerste kostenontwikkeling in de zorgsector naar voren komt. De sterke kostenstijging in de tweede helft van de jaren zeventig is in het begin van de jaren tachtig omgeslagen naar een groeitempo dat in het algemeen overeenkomt met de ontwikkeling van het bruto nationaal produkt. Het aandeel van de gezondheidszorg in het bruto nationaal produkt is in de jaren tachtig gemiddeld genomen stabiel gebleven. In tabel 6 zijn voor de jaren 1975, 1980 en voor de periode 1983-1990 de kosten van de zorgsector als percentage van het bruto nationaal produkt weergegeven.

Tabel 6: Kosten zorgsector als percentage van het bruto nationaal produkt
(Bron: Financieel overzicht zorg, 1990)

	1975	1980	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
kosten zorgsector (x ald)	20,0	32,9	38,8	39,7	40,8	42,2	43,2	44,3	45,4	46,8
BNP (x ald)	219,9	336,1	381,5	399,7	418,9	427,6	430,5	449,3	474,7	499,1
kosten zorg als % van het BNP	9,1	9,8	10,2	9,9	9,7	9,9	10,0	9,9	9,6	9,4

Voor een nadere vergelijking van de kosten van de gezondheidszorg in Nederland en België in 1980 gemeten in guldens in totaal respectievelijk per hoofd van de bevolking, tevens uitgedrukt in percentage van het netto nationaal inkomen, respectievelijk bruto nationaal inkomen wordt naar bijlage 1 verwezen.

De afgelopen jaren is een belangrijke wijziging in de financiering opgetreden. De bejaarden- en de vrijwillige ziekenfondsverzekering is per 1 april 1986 opgeheven. Als gevolg hiervan zijn ongeveer 750.000 ziekenfondsverzekerden overgegaan naar de particuliere markt (FOZ 1990).

De komende jaren staan in het teken van de overgang naar een nieuw verzekeringsstelsel, die op 1 januari 1989 in gang gezet is met de uitbreiding van de AWBZ. Deze uitbreiding bestaat enerzijds uit de overheveling vanuit de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering van de psychiatrische hulp en de hulpmiddelen; anderzijds is sinds 1 januari 1989 een aantal voorzieningen in de AWBZ opgenomen, die daarvoor uit de begroting werden gefinancierd, met name de gezinsverzorging.

1. De ziekenfondsverzekering.

Sinds 1976 zijn de overkoepelende ziekenfondsorganisaties verenigd in de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). De VNZ heeft naast een representatieve taak als hoofdfuncties het sluiten van overeenkomsten met groepen zorgverleners en zorgverlenende instellingen, het onderhouden van contacten met de overheid en andere koepels en het Landelijk Informatiesysteem

Ziekenfondsen.

De zorgverleners (en inrichtingen) die hulp voor rekening van het ziekenfonds verstrekken hebben zich daartoe aan de ziekenfondsen verbonden door middel van overeenkomsten, die de goedkeuring van de Ziekenfondsraad nodig hebben. De Ziekenfondsraad heeft als belangrijkste taak het toezicht houden op beheer en administratie door de ziekenfondsen, het adviseren van de overheid en het beheren van de Algemene Kas. In de regel sluiten de ziekenfondsen overeenkomsten af naar en door de organisaties van beide partijen opgestelde en door de Ziekenfondsraad goedgekeurde en bekrachtigde modelovereenkomst. De in de overeenkomst vastgestelde tarieven of honoraria betaalt het ziekenfonds direct aan de medewerker/inrichting (Heesters en Kesenne, 1985).

Opmerkelijk in dit verband en onderwerp van kritiek is de wijze waarop huisarts en vrijgevestigd medisch specialist voor hun prestaties betaald worden. De huisarts krijgt een abonnementshonorarium - daar waar het ziekenfondspatiënten betreft - en 'wordt voor doorverwijzing naar de (duurdere) tweedelijns beloond met vrije tijd'. De vrij gevestigde medisch specialist daarentegen wordt door middel van de op hem van toepassing zijnde betaling per verrichting, beloond met extra inkomsten (Bruine en Lapré, p. 13. 1988). Overheidsvoornemens zijn de huisartsgeneeskundige zorg ook onder de AWBZ te brengen (Verandering Verzekerd, 1989).

In principe was dit voor 1 januari 1990 gepland. Het heeft uitstel geleden als gevolg van de veranderde samenstelling van de regeringscoalitie van CDA en PvdA.

Verzekerden hebben een vrije keuze uit in de omgeving werkzame en bij het ziekenfonds aangesloten medewerkers en instellingen. Ziekenfondsen mogen alleen overeenkomsten afsluiten met erkende inrichtingen, die aan bepaalde normen voldoen.

De verstrekkingen van het ziekenfonds zijn in natura: de medewerker - de bij het ziekenfonds aangesloten zorgverlener - en inrichting verlenen de hulp voor rekening van het ziekenfonds en worden geheel of grotendeels (in geval van een eigen bijdrage) door het ziekenfonds betaald.

De ziekenfondsverzekering omvat de volgende verstrekkingen: huisartsenhulp, farmaceutische hulp, specialistische hulp, tandheelkundige hulp, verloskundige hulp, ziekenhuisverpleging tot en met de 365e dag, paramedische hulp en logopedie, kunstmiddelen, ziekenvervoer, dag- en nachtbehandeling, sanatoriumverpleging en kraamzorg (Heesters en Kesenne, 1985).

De helft van de premie van de Ziekenfondsverzekering wordt verhaald op de werknemer, mits er sprake is van een loon dat lager is dan de zogenaamde loongrens. De loongrens voor de wettelijke ziekenfondsverzekering wordt per 1 januari 1991 opgetrokken van fl. 50.900,- naar fl. 52.300,-. De werkgever draagt de volle premie af aan de bedrijfsvereniging (het orgaan dat belast is met de uitvoering van allerlei sociale verzekeringswetten) en die stort het in de Algemene Kas van de Verplichte Verzekering, die door de Ziekenfondsraad beheerd wordt. Aan premiegeld komt er 16,5 miljard gulden binnen (FOZ, 1990). De ziekenfondspremies zijn uniform en loonafhankelijk: de werknemer betaalt 3.5% en de werkgever 4.85% (totaal 7.9%). Hierbovenop betaalt elke werknemer een nominale premie van fl. 18,80; indien deze gehuwd is moet een dubbele (en voor een kind een halve) nominale premie extra betaald worden. Voorts bestaat de mogelijkheid om voor fl. 2,25 per maand een aanvullende verzekering af te sluiten voor onder andere extra tand-

heelkundige zorg.

Onder de verplichte verzekering vallen ook degenen die een werkloosheidsuitkering, ziekengeld of een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen, mits ze bij aanvang van die uitkering verplicht verzekerd waren. De rest van het gezin is - als de verzekerde kostwinner is - kosteloos medeverzekerd.

Per 1 januari 1990 zijn de eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden voor specialistische hulp en medicijnen vervangen door een verhoging van de nominale ziekenfondspremie met fl. 30,- tot fl. 186,- per jaar per volwassen verzekerde (FOZ, 1990).

Het aantal personen dat geen (sociale of particuliere) ziektekostenverzekering heeft en zelf de kosten van de gezondheidszorg draagt wordt in Nederland erg laag geschat. Eigen bijdragen (remgelden) en eigen risico komen in de sociale maar vooral in de particuliere ziektekostenverzekering veelvuldig voor (Heesters en Kesenne, 1985).

2. Particuliere ziektekostenverzekeringen.

Tot de particuliere ziektekosten verzekering kan dat deel van de bevolking behoren, dat niet via de wettelijke verzekering bij de ziekenfondsen aangesloten is. Zo kunnen personen met een inkomen boven de loongrens zich vrijwillig particulier verzekeren. Tot de particulier verzekerden horen ook de ambtenaren en de 750.000 vrijwillige- en bejaardenverzekerden, die in 1986 naar deze markt zijn overgegaan (FOZ, 1990). Sinds 1986 is de speelruimte van de particuliere markt in Nederland beperkt door de Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen die zorgde voor een acceptatieplicht, voor degenen die door de stelselwijziging - opheffing vrijwilligers- en bejaardenverzekering - zich particulier moesten gaan verzekeren (de Klein en Collaris, 1987).

De verhouding ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden is ongeveer 6 tot 4. Het bedrag aan premies is 7,8 miljard gulden (FOZ, 1990).

De particuliere ziektekostenverzekeringspremies zijn vaste, leeftijdsafhankelijke premies, die variëren afhankelijk van het eigen risico. De particuliere ziektekostenverzekering kent naast de individuele verzekering de collectieve variant. De particuliere ziektekosten verzekering uitgevoerd door de publiekrechtelijke verzekeraars (voor gemeente-, provincie- en politie-ambtenaren) is een collectieve vorm met een verplicht karakter.

De mogelijkheid zich voor een hogere klasse dan de ziekenfonds- of derde klasse te verzekeren wordt door Heesters en Kesenne (1985) als een curiositeit van de particuliere ziektekostenverzekering gezien.

De particuliere maatschappijen, die verenigd zijn in vier overkoepelende organisaties werken samen in de Kontaktcommissie Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ). Haar functies lopen parallel aan die van de VNZ met als verschil dat de KLOZ geen overeenkomsten met zorgverleners of instellingen afsluit. In dit systeem wordt het restitutesysteem gevolgd: de verzekerde betaalt de zorgverlener en krijgt vervolgens dit bedrag, al dan niet volledig van zijn ziektekostenverzekeraar terug, dit in tegenstelling tot het ziekenfondsstelsel waardoor de verstrekkingen in natura de zorgverlener het honorarium direct van het ziekenfonds terugkrijgt.

Bij de Verzekeringskamer berust het toezicht op de verzekeringsmaatschappijen, die zowel op

basis van non-profit als for-profit opereren. Deze toetst voornamelijk de solvabiliteit van de verzekeraars en controleert of de richtlijnen met betrekking tot de aan te houden reserves, die samenhangen met het kapitaaldekkingstelsel - dat tegenover het omslagstelsel staat dat bij ziekenfondsen wordt toegepast - opgevolgd worden. De laatste tijd is er een sterke afname van de solidariteitsgedachte, die zich uit in een strengere selectie, leeftijdsgebonden polissen budgetpolissen en grote eigen risico's (Heesters en Kesenne, 1985).

3. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De ziekenfondsen samen met de daartoe toegelaten particuliere ziektekostenverzekeraars zijn belast met de uitvoering van de AWBZ. Deze wet regelt een volksverzekering, die in principe de kosten van geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging in geval van ernstige of langdurige ziekte of gebrek omvat. 'De werking van de wet strekt zich uit tot alle ingezetenen van het koninkrijk plus de werknemers - niet ingezetenen die onder de Nederlandse loonbelasting vallen min de werknemers - ingezetenen die onder buitenlandse loonbelasting vallen' (Heesters en Kesenne, 1985).

Het verstrekkingenpakket van de AWBZ omvat in de tweedelij: verblijf in een ziekenhuis na de 365e dag, verblijf in een verpleeginrichting vanaf de eerste dag, verblijf in een zwakzinnigeninrichting vanaf de eerste dag, medische kindertehuizen, medische kleuterdagverblijven, inrichtingen voor zintuiglijk gehandicapten en 'Het Dorp' te Arnhem. In de eerstelij omvat het de financiering van het Kruiswerk (sinds 1980), de gezinsverzorging (sinds 1989) en als eerste stap in het zogenaamde Dekker-traject de overheveling van psychiatrische zorg en hulpmiddelen (gerealiseerd in 1990). Zo wordt door de AWBZ het Kruiswerk op plaatselijk, provinciaal en landelijk niveau gefinancierd, alsook de regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGGs) en de consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CADs). Ook de vaccinatieprogramma's en dagverpleging in inrichtingen behoren ertoe.

Om in aanmerking te komen voor een verstrekking moet men zich aanmelden bij een van de uitvoeringsorganen. Honorering van de aanspraak volgt nadat een 'AWBZ-indicatie' gesteld is door het uitvoeringsorgaan waarna plaatsing volgt in een krachtens de AWBZ-erkende instelling: er is dus een overeenkomst tussen instelling en uitvoeringsorgaan. De instellingen onderhouden de contacten met de uitvoeringsorganen via een verbindingskantoor (in concreto een ziekenfonds) dat tevens de medische controle regelt.

Het toezicht op de uitvoering van de AWBZ berust bij de Ziekenfondsraad, die ook het Fonds Bijzondere Ziektekosten beheert. In dit fonds stort de centrale overheid de sterk in omvang afgenomen rijksbijdrage (Heesters en Kesenne, 1985).

Sinds 1990 komt de AWBZ-premie mede voor rekening van de werknemer. Hiervoor werd de rekening alleen door de werkgever betaald. Ter compensatie van de overgenomen premielast ontvangt de werknemer een (overhevelings-)vergoeding van de werkgever. De wet kent de mogelijkheid van het heffen van inkomensafhankelijke bijdrage (contributieregeling) bij het Kruiswerk en een inkomensafhankelijk eigen bijdrage per zorgduur bij de gezinsverzorging (Van Samenwerken naar Samen gaan, 1990). Het streven van het kabinet is zo spoedig mogelijk tot een harmonisatie van de

eigen bijdrage-regelingen te komen.

De AWBZ premies worden door de fiscus geïnd en leveren 14 miljard gulden op. De kosten van het Kruiswerk waren in 1989 - inclusief vaccinatieprogramma's - ruim 900 miljoen gulden en van de gezinsverzorging 1,7 miljard gulden (FOZ, 1990).

4. Overheid.

De overheidsfinanciering vindt plaats in de vorm van subsidiëring van het rijk, provincies en gemeenten. Het gaat om bijna 5 miljard gulden (FOZ, 1990)

In 1989 is de verdeling naar financieringsbron voor de extramurale gezondheidszorg gewijzigd: de gezinsverzorging ontvangt de middelen van de AWBZ en niet meer van overheid. Het algemeen maatschappelijk werk wordt vanaf 1 januari 1989 betaald vanuit het gemeentefonds en niet meer door de overheid (Verandering Verzekerd, 1989). De financiering door de overheid bedraagt 200 miljoen gulden voor de extramurale gezondheidszorg of Kruiswerk (FOZ, 1990). Deze verandering houdt in dat de overheidsfinanciering vrijwel geheel uit de eerstelijnszorg verdwenen is. Overheidsvoornemens zijn om de huisartsengeneeskundige zorg ook onder de AWBZ te brengen (Bereidheid tot Verandering, 1987).

5. Overige betalingen.

Over de post overige betalingen is relatief weinig bekend. Het gaat voor een belangrijk deel om uitgaven die de bevolking maakt voor het krijgen van diensten van de gezondheidszorg die door geen enkele verzekering worden vergoed, omdat deze niet of slecht gedeeltelijk in het verstrekkingspakket van de ziektekostenverzekering zijn opgenomen. Het gaat om een bedrag van bijna 5 miljard gulden. Hieronder kunnen de contributies aan de kruisvereniging en de betalingen in het kader van de eigen risico's genoemd worden. De eigen bijdragen op specialistische hulp en medicijnen zijn in 1990 afgeschaft. Ongeveer 400 miljoen gulden wordt door burgers meebetaald aan de gezinsverzorging en het Kruiswerk (FOZ, 1990).

Om een overzicht te geven van het kostenverloop van de zorgsector wordt de zorgsector uitgesplitst in een aantal sectoren. In tabel 7 worden de kosten weergegeven van deze sectoren in de periode 1985-1989.

Tabel 7: Uitgaven van de zorgsector 1985 - 1989
(Bron: FOZ, 1989)

	1985	1986	1987	1988	1989	gemiddelde jaarlijkse groei in %
	mln gld.					
ziekenhuizen	11.548	11.709	11.743	11.960	12.238	1,5
specialisten	2.079	2.147	2.169	2.208	2.265	2,2
ziekenvervoer	378	373	384	394	404	1,7
voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg	2.748	2.824	2.910	2.991	3.058	2,7
voorzieningen voor gehandicapten	3.326	3.438	3.523	3.645	3.773	3,2
voorzieningen voor ouderen	7.850	8.072	8.150	8.288	8.449	1,9
extramurale voorzieningen	6.940	7.187	7.529	7.742	8.029	3,7
farmaceutische hulp en hulpmiddelen	3.057	3.360	3.684	3.899	4.089	7,5
collectieve preventieve zorg	773	772	794	819	843	2,2
beheer en diversen	2.011	2.173	2.171	2.238	2.401	4,5
	40.170	42.055	43.057	44.184	45.549	2,8

De gemiddelde jaarlijkse groei van de totale kosten van zorg bedroeg in deze periode 2,8%. Uit bovenstaande tabel blijkt dat met name de ziekenhuizen en de voorzieningen voor ouderen een relatief lage groei hebben doorgemaakt. De relatief lage groei van de ziekenhuissector past in het door de overheid voorgestane substitutiebeleid van de tweede naar de eerstelijns. Hiertegenover kan een hoger dan gemiddelde groei van de sector extramuraal worden onderscheiden. De invoering van de budgettering, korting van de budgetten in 1985 en 1986 en de capaciteitsreductie zijn hier debet aan. Het percentage in de extramurale voorzieningen is hierbij wel iets vertekend omdat hierin een autonoom optredende daling in de tandheelkundige hulp in de latere jaren verwerkt is (FOZ, 1990).

België:

Een interdepartementale werkgroep over gezondheidsbeleid noteerde in 1976: 'Om historische en politieke redenen is het gezondheidsbeleid op gang gebracht en hoofdzakelijk tot ontwikkeling gekomen binnen het stelsel van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Hoe langer hoe meer bestaat een strekking om de ziekteverzekering te laten instaan voor de doeleinden van het gezondheidsbeleid' (Delperee, 1976).

In het Belgische stelsel van sociale verzekeringen is er in tegenstelling tot het Nederlandse systeem geen scheiding van ziekenfonds- en ziekengeldverzekering. In België laat de verplichte sociale ziektekostenverzekering weinig ruimte over voor particuliere maatschappijen. Praktisch de gehele bevolking is wettelijk verplicht verzekerd. De enige ruimte betreft aanvullende verzekeringen van kleine risico's voor zelfstandigen en verzekering van de remgelden. Deze ruimte wordt voorna-

melijk opgevuld door activiteiten van de mutualiteiten (ziekenfondsen) en niet zozeer door commerciële verzekeringsmaatschappijen. Voor zelfstandigen voorzien zij in een Vrije Verzekering voor de kleine gezondheidsrisico's op vrijwillige basis. De verzekering omvat onder meer consulten van huisartsen en verpleegkundige hulp. De financiering hiervan geschiedt door bijdragen van verzekerden en overheidssubsidies (Heesters en Kesenne, 1985).

Het budget thuisverpleging werd in 1990 vastgesteld op 8.625 miljoen F; zeer waarschijnlijk zullen de uitgaven voor thuisverpleging dit budget met ongeveer 600 miljoen F overstijgen. Deze overstijging is deels te wijten aan een 'onderschat' budget (stijging zwaar zorgbehoevenden) en deels aan de verhoogde honorering van verpleegkundigen zoals in de huidige conventie. De Minister van Sociale Zaken kondigt voor 1991 een besparing aan in de thuiszorg van 400 miljoen F, hetgeen betekenen zou dat het budget 8.997 miljoen bedraagt voor 1991 (van Loon, 1990).

In het navolgende over de ziekenfondsen en aanvullende vrije ziektekostenverzekeringen is tenzij anders vermeld gebruik gemaakt van gegevens van Heesters en Kesenne (1985).

1. De ziekenfondsen.

Op nationaal niveau is in 1963 de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bij wet geregeld en wordt beheerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het orgaan is samengesteld uit artsen en afgevaardigden van de mutualiteiten.

Op regionaal niveau worden de ziektekostenverzekeringen uitgevoerd door de ziekenfondsen, die op nationaal niveau gegroepeerd zijn in vijf verenigingen naar confessionele en politieke overtuigingen: de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, de Landsbond der Neutrale Mutualiteitsverbonden, het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten, de Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatieën en de Landsbond van de Verbonden der Beroepsziekenfondsen. Naast de landsbonden bestaat er een door de overheid ingestelde Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bestemd voor mensen die zich niet bij een ziekenfonds willen aansluiten (de Klein en Colaris, 1986).

Zij vertegenwoordigen 99% van de verzekerden. De 5 mutualiteiten zijn privaatrechtelijke organisaties met een autonoom financieel en administratief beheer. Naast de wettelijke ziekteverzekering beheren deze ook uitkeringen wegens inkomensderving door ziekte, ongeval of invaliditeit, pensioenverzekeringen, ongevallen en beroepsziekteverzekeringen en sterfte-uitkeringen: hun takenpakket is dus samengesteld uit meerdere verzekeringen in het kader van de sociale zekerheid.

Momenteel wordt nog hoofdzakelijk onderscheid gemaakt tussen twee stelsels, namelijk het Algemeen Stelsel en het Stelsel der zelfstandigen, met daarin de volgende categorieën van verzekerden:

Algemeen Stelsel

- werknemers uit de privé-sector
- werknemers der openbare diensten
- minder-validen
- bezoldigde geestelijken
- dienstboden
- studenten
- nog niet beschermde personen

Stelsel der Zelfstandigen

- zelfstandigen
- leden van kloostergemeenschappen

Werklozen, invaliden en gepensioneerden blijven in het stelsel en de categorie van hun actieve periode verzekerd. Het verzekerde pakket verzorging in het algemeen stelsel is vollediger dan in het stelsel van de zelfstandigen. Bij deze laatsten zijn alleen de grote risico's verzekerd, zoals 'hospitalisatie', heelkunde en speciale verzorging (specialistisch geneeskundige hulp). In het algemene stelsel worden daarnaast ook gewone geneeskundige hulp (bezoeken en consulten van huisartsen en specialisten, individuele hulp van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, fysiotherapeutische en tandheelkundige hulp) en geneesmiddelen verzekerd.

Beide stelsels werken met een systeem van gedeeltelijke terugbetaling (de verzekerde voldoet eerst de rekening, waarvan een deel wordt gerestitueerd). De hoogte van het remgeld is echter verschillend voor de primaire uitkeringsgerechtigden enerzijds en bepaalde risicogroepen anderzijds. Zo betalen de weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (WIGW's) een lagere of zelfs geen remgeld en worden er ook - net als in Nederland - meer diensten gebruikt door de groepen die het minst moeten betalen (Peeters, Stevens en van der Zee, 1985). Bij geneeskundige hulp in de ziekteverzekering worden de gewone en de specialistische geneeskundige hulp onderscheiden. Bij de gewone geneeskundige hulp kan op 75% en bij de specialistische geneeskundige hulp kan op 100% terugbetaling door de ziekenfondsen gerekend worden.

De ziekte- en invaliditeitsverzekering kent hoofdzakelijk twee bronnen van inkomsten, enerzijds de werkgevers- en werknemersbijdragen en anderzijds de overheidssubsidies.

In het algemeen stelsel betaalt de werkgever 3.80% en de werknemer 2.55% van het brutoloon (totaal 6.35%) aan premie. In het stelsel van de zelfstandigen wordt 3.22% van het belastbaar bruto inkomen aan premie betaald.

Naast deze inkomstenbronnen heeft de ziekteverzekering nog enkele residuaire verzekeringsinkomsten zoals giften en legaten, interesten en de tien procent bijdrage op de premie van de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering van de motorrijtuigen.

De verplichte bijdragen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn verschillend geregeld in de stelsels en in de onderscheiden groepen. De bijdrage van het brutoloon voor de ziekteverzekering en voor de invaliditeitsverzekering wordt door de werkgever gestort in de Rijkskas voor Sociale Zekerheid, die ze doorstort naar het RIZIV.

Sinds 1980 betalen ook de gepensioneerden boven een bepaald minimumpensioen-inkomen een bijdrage voor de ziekteverzekering, die in 1985 2.55% bedroeg. De minder-validen, studenten, niet beschermde personen en kloostergemeenschappen betalen maandelijks forfaitaire (nominale) persoonlijke bedragen, die van categorie tot categorie verschillen en elk jaar aangepast worden aan

de index van de consumptieprijzen. Voor de zelfstandigen gelden plafonds voor de bijdragen zo-
dat de solidariteit beperkter genoemd kan worden.

Sinds 1982 bedragen de Rijkssubsidies aan de ziekteverzekering 80% van de uitgaven van de
weduwen, gepensioneerden, invaliden en wezen (WIGW's), alsmede de 25% subsidie van de lig-
dagprijs in de ziekenhuizen. De 'actieven' worden verondersteld zelf in te staan voor hun uitgaven,
alsook voor het resterend deel van de uitgaven van de WIGW's.

2. Aanvullende vrije ziekenfondsverzekeringen.

De ziekenfondsen organiseren voor hun leden Aanvullende Vrije Verzekeringen voor welzijn en
gezondheidszorg. Voor de zelfstandigen organiseren de ziekenfondsen op vrijwillige basis een vrije
verzekering voor de gezondheidsrisico's zoals het bezoeken en raadplegen van huisartsen en
specialisten, kinesitherapeuten, hulp van verpleegkundigen, tandartshulp en geneesmiddelen. De
leden betalen daartoe een forfaitaire bijdrage en de overheid geeft een beperkte subsidie (Heesters
en Kesenne, 1985).

Het 'vrije' karakter voor het ziekenfonds ligt in de mogelijkheid om de solidariteit te organiseren
via allerlei sociale alternatieven, naast de uitvoering van de verplichte verzekering en buiten elke
wettelijke verplichting om. Ingeval van een individueel of groepscontract van een alternatieve verze-
kering wordt deze ruimte voornamelijk opgevuld door commerciële verzekeringsmaatschappijen.

3.3 De financiering van de thuisverpleging

Nederland:

1. De huidige stand van zaken.

De financiering van de verschillende zorgsoorten waaronder de thuisverpleging vindt in Nederland sinds 1982 plaats onder vigeur van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Deze wet bepaalt dat alle tarieven die door organen van gezondheidszorg in rekening worden gebracht de goedkeuring van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) nodig hebben. Het COTG hanteert daartoe door zichzelf vastgestelde richtlijnen, die door de minister bekrachtigd zijn.

Wat betreft de tarieven van vrije beroepsbeoefenaren is het gebruikelijk dat de koepel van de betreffende beroepsgroep en die van de financiers onderhandelen over het tarief, waarna dit ter vaststelling wordt voorgelegd aan het COTG (Heesters en Kesenne, 1985).

Tot 1985 vond de bekostiging van het basispakket plaats via het systeem van begrotingsfinanciering. In 1986 werden de materiële kosten gebudgetteerd en sinds januari 1987 zijn zowel de personele als materiële kosten gebudgetteerd. Binnen de personele en materiële kosten-budgetten is volledige substitutievrijheid aanwezig. Het in 1986 ingevoerde systeem van budgettering voor het basispakket is gebaseerd op de historisch aanwezige kosten van de erkende kruisorganisatie (EKO's). In 1987 is overeenstemming bereikt over de ontwikkeling van een integraal budgetterings-systeem. Hiermee wordt bedoeld het macro-budget van het Kruiswerk op grond van parameters evenwichtig over de EKO's te verdelen. Met de invoering van dit systeem zal een her-allocatie gemoeid zijn. Dit kan een korting/uitbreiding van het budget opleveren voor de verschillende kruisverenigingen.

Sinds 1980 is de financiering van het Kruiswerk van een systeem van subsidies aangevuld met contributies gewijzigd in AWBZ-financiering aangevuld met contributies van de leden. Wil men voor thuisverpleging in aanmerking komen dan moet men lid worden van een kruisvereniging. Een verwijzing door de huisarts is geen vereiste.

Van de 8,7 miljard gulden die in 1991 aan extramurale zorg wordt uitgegeven gaat 1 miljard naar het Kruiswerk en 40 miljoen naar initiatieven voor aanvullende thuiszorg (FOZ, 1990).

Het basispakket van het Kruiswerk wordt gefinancierd door de AWBZ en de lidmaatschapsgelden, voor zover het de algemene thuiszorg betreft.

Het basispakket voor het Kruiswerk bestaat uit een aanbod van de volgende te onderscheiden activiteiten (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1991):

1. ouder- en kindzorg: dit omvat zwangerschapsgymnastiek, kraamzorg en consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters;
2. de zorg voor thuiswonende zieken en gehandicapten: dit omvat de dieetadvisering, uitleen van verplegingsartikelen en hulpmiddelen en in sommige plaatsen de ergotherapie aan huis
3. GVO en preventie: dit omvat de algemene preventieve activiteiten, voedingsvoorlichting en preventieve ouderenzorg.

Van de leden kan een surplus contributie worden gevraagd. Hieruit organiseren de kruisverenigingen de zogenaamde facultatieve, niet door de AWBZ gefinancierde activiteiten.

Het Kruiswerk is gebonden aan een budget en neemt als regel alleen patiënten 'regulier' aan wanneer zij gemiddeld niet meer dan 2,5 uur begeleiding of 3 contacten met de wijkverpleging per dag nodig hebben. Indien deze hulpverlening (algemene thuiszorg) onvoldoende is kan zo mogelijk aanvullende thuiszorg worden aangeboden.

De Gehandicaptenraad (1986) constateert dat met de huidige regelgeving de reguliere thuiszorg een te weinig flexibel aanbod heeft: thuishulp dient in principe overal, en niet beperkt tot de thuis-situatie, en 24-uur per dag beschikbaar te zijn.

Als regel wordt de aanvullende thuiszorg dus niet via de AWBZ gefinancierd en als dat wel het geval is, blijken er grote verschillen in de maximale vergoedingen per verzekeringsmaatschappij. Zo geeft de Ziekenfondsraad ziekenfondsen subsidie voor intensieve thuiszorg. Veel ziekenfondsen vergoeden onder bepaalde voorwaarden al terminale thuiszorg aan mensen met een aanvullende verzekering. Patiënten van bureaus van kruisverenigingen blijken vaker de kosten vergoed te krijgen dan patiënten van andere bureaus, omdat zij veelal afspraken hebben kunnen maken met ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Ook blijkt op grond van een schatting van 33 particuliere bureaus dat 60% van de patiënten particulier verzekerd is (Visser, 1989).

Op de toegenomen vraag naar aanvullende thuiszorg zijn niet alleen de kruisverenigingen (landelijk netwerk voor aanvullende thuiszorg, met provinciale of lokale coördinatiepunten) en de gezinszorg ingesprongen, ook ziektekostenverzekeraars en tweedelijnsinstellingen hebben experimenten op dit terrein. De Ziekenfondsraad geeft ziekenfondsen subsidie voor intensieve thuiszorg. Het particulier initiatief gaat de laatste twee jaar een steeds grotere rol spelen (Duyn, 1989).

Als oorzaak van het gebrek aan uniformiteit ten aanzien van de vergoedingen ziet Visser (1990) het ontbreken van een uitgekristalliseerde vorm van de aanvullende thuiszorg met betrekking tot aanbod, voorwaarden, doelgroepen en kwaliteit, het ontbreken van eensgezindheid aan de zijde van de verzekeraars en onzekerheid over de toekomst naar aanleiding van de plannen van de Commissie Dekker. De minimale en maximale tarieven verschillen enorm per bureau: het laagste uurtarief voor verpleegkundige zorg bedraagt f 13,- en het hoogste tarief is f 43,50. De tarieven zijn gedifferentieerd naar aard van de zorg(verlener), tijdstip en dagen waarop gewerkt wordt. Kruisverenigingen proberen een tarief (f 32,50 per uur) te hanteren. De lagere tarieven van particuliere bureaus worden ten dele te niet gedaan door de overige kosten die ze doorberekenen aan de patiënt.

De contributie voor leden van de Kruisvereniging varieert: in 1990 is deze minimaal fl. 42,- per jaar (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991). Dit bedrag moet door de kruisvereniging aan de AWBZ worden afgedragen. Uit het restant organiseren de kruisverenigingen de zogenaamde facultatieve - niet door de AWBZ gefinancierde - activiteiten. Voorbeelden hiervan zijn de gezondheidsmarkten en cursussen 'Meer Bewegen' voor ouderen (Knapen en Puts, 1984).

In het Besluit Erkenningsnormen (Kruisorganisatie, 1981) is vastgelegd aan welke voorwaarden de kruisorganisatie moeten voldoen om voor AWBZ-financiering in aanmerking te komen. Deze voorwaarden zijn onder andere de 24-uurs bereikbaarheid, de bouw, outillage en personele voorzieningen. Er worden grenzen gesteld aan deeltijdarbeid, voor wijkverpleegkundigen geldt een minimum dienstverband van 20 uur; voorts dient per basiseenheid minimaal tweederde van de wijkverpleeg-

kundige en de helft van de wijkziekenverzorgende een (nagenoeg) volledig dienstverband te hebben. De motieven voor deze beperking zijn: continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening en het op peil houden van beroepsvaardigheid en de noodzakelijke continuïteit in de hulpverlening.

Het bruto-salaris van de wijkverpleegkundige bedraagt in 1991, afhankelijk van ervaring f 2.856,- tot f 3.784,- bruto per maand. Een wijkziekenverzorgende verdient f 2.270 tot f 3.272,- bruto per maand (CAO Kruiswerk en Tuberculosebestrijding, 1990-1991).

2. Recente ontwikkelingen.

Als gevolg van de voorgestane integratie van Kruiswerk en gezinsverzorging die al geresulteerd heeft in de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg zullen maatregelen op termijn resulteren in verhoogde doelmatigheid hetgeen tot besparingen zal moeten leiden (Van Samenwerken naar Samen gaan, 1990). Dit geld kan dan gebruikt worden voor uitbreiding van directe hulpverlening. Uit het jaarverslag 1989 van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ, 1989, p. 20) blijkt dat tot 1989 de financiële mogelijkheden in belangrijke mate bepaald werden door historische omstandigheden, als gevolg waarvan er geen eenduidige relatie bestond tussen de vraag naar Kruiswerk en het aanbod daarvan. Vanaf 1990 worden de budgetten afhankelijk gesteld van een aantal objectieve criteria, zoals de omvang van de bevolking en het aantal zeventig-plussers in de werkgebieden van de kruisorganisatie. De VNZ had graag gezien dat deze herverdeling van financiële middelen direct gekoppeld zou worden aan de invoering van een meer functiegericht budgetteringssysteem. In een dergelijk systeem zullen de budgetten van de kruisorganisatie mede afhankelijk worden van afspraken die tussen verbindingkantoren en kruisorganisatie worden gemaakt over bepaalde functies van het Kruiswerk. Vanwege de praktische haalbaarheid heeft de VZN vooralsnog van haar voorstel moeten afzien. Wel is met de Nationale Kruisvereniging afgesproken de gewenste koppeling na een zorgvuldige voorbereiding met ingang van 1992 alsnog aan te brengen.

Volgens het Kontakt Landelijke Organisatie Ziekenfondsen (Gierum, Teunissen en de Vries, 1989) zal de mate waarin men bereid zal zijn om tot deregulering van de AWBZ te komen bepalend zijn voor hetgeen in de komende periode zal plaatsvinden op het terrein van de thuiszorg. De functies die vervuld worden in de AWBZ-voorzieningen gaan straks voor het grootste deel behoren tot het basispakket gezondheidszorg. De praktijk zal worden dat ziektekostenverzekeraars zich inhoudelijk voorbereiden om de functies in de toekomst zelf adequaat in te kunnen kopen of te laten organiseren. De rol die de verzekeraars (zullen gaan) spelen bij de organisatie, inhoud en financiering zal van groot belang worden. Belangrijk hierbij is de rol van de steeds mondiger wordende patiënt, die 'zorg op maat' wenst, hetgeen in het huidige stelsel niet mogelijk is. Consumenten en verzekeraar hebben onder het traditionele AWBZ-regime nauwelijks of geen keus uit zorgalternatieven, waardoor zorg op maat ten onrechte ingeperkt wordt door de toevallige mogelijkheden van een bepaalde voorziening die in een bepaalde regio werkzaam is. Ziektekostenverzekeraars zullen zich steeds krachtiger profileren en zich zeker in hun rol niet laten beperken tot het zijn van beheers- en betaalkantoor. Het gaat erom hoe de macht de komende decennia in de gezondheids-

zorg verdeeld gaat worden, met als belangrijke vraag: Wat wordt de positie van de consument, van de overheid, van de aanbieders van zorg en van de verzekeraars?

België:

1. Huidige stand van zaken.

Praktisch alle Belgen zijn via de verplichte ziekteverzekering voor de kosten van thuisverpleging verzekerd. Traditioneel worden verpleegkundigen per prestatie (per akte) betaald. De volgende prestaties worden vergoed: een toilet, subcutane-, intramusculaire- en intradermale inspuiting, een enkelvoudig-, veelvoudig- en complexverband, blaasspoeling- en blaassondage, vaginale irrigatie en een rectaal lavement. Deze vergoeding wordt voor iedere prestatie vastgelegd in verhouding tot complexiteit en duur van de handeling en is geregeld in de Nationale Overeenkomst tussen de verpleegkundigen en de verzekeringsinstellingen, zoals bepaald is in de wet van 9 augustus 1963 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 8 april 1964, 17 augustus 1972, 22 december 1977, 15 maart 1979 en 14 september 1984. In tegenstelling tot Nederland betaald de verzekerde in België de gemaakte kosten in eerste instantie zelf en ontvangt vervolgens op vertoon van een betalingsbewijs de kosten (ten dele) terug van de ziekteverzekering. De patiënt draagt 25% remgeld, de ziekteverzekering financiert 75%. Dit remgeld wordt door kruisverenigingen meestal herverzekerd via de Aanvullende Vrije Ziekenfondsverzekeringen.

Degenen die voor thuisverpleging van het Wit-Gele Kruis in aanmerking willen komen moeten contributie betalen, die varieert tussen de 500 en 1000 F per jaar ongeacht de hoeveelheid zorgen (L. Geys, persoonlijke mededeling, 4 maart 1991).

De nieuwe overeenkomst van 1986 doorbreekt voor het eerst het enkel honoreren van technische zorghandelingen door rekening te houden met de zorgbehoefendheid van de patiënt. Daarnaast voorziet een besluit van de Vlaamse Executieve vanaf 1986 in een toelage van maximum 500.000 F per erkend samenwerkingsinitiatief (Nationale Federatie, 1987). Door de invoering van het dagplafond (1988) - overeenkomst van verpleegkundigen en ziekenfondsen - worden ongeveer 20% van de 'niet-terugbetaalbare' zorgen niet vergoed.

In 1989 leidden onderhandelingen met het RIZIV tot een nieuwe conventie ter honorering van verstrekte zorgen. In deze nieuwe overeenkomsten, die zijn afgesloten tussen de beroepsverenigingen van verpleegkundigen en de ziekenfondsen, worden voor 1990 de honoraria voor verpleegkundige zorgen vastgelegd. Hierbij wordt de nadruk gelegd op hogere honorering voor complexe wondverzorgingen en zorgen aan zwaar zorgbehoevenden. Deze overeenkomst gaat in de richting van honorering per huisbezoek (Nationale Federatie van Wit-Gele Kruis, 1990).

Het bruto-salaris van de verpleegkundige bedraagt (1 november 1990), zonder de gemiddelde verhogingen van ongeveer 8% (door het sociaal accoord van mei 1989) voor het werken op dag/nacht en onregelmatigheid, voor (Ministerie van Arbeid en Tewerkstelling, 1990):

- gegradueerden: 42.929 F bij aanvang, na 27 jaar werkervaring: 71.046 F
- gebrevetteerden: 39.602 F bij aanvang, na 27 jaar werkervaring: 61.573 F
- verzorgsters: 38.353 F bij aanvang, na 29 jaar werkervaring: 51.215 F

Als secundaire arbeidsvoorwaarde is het beschikken over een dienstwagen voor de thuisverpleegkundigen en het vergoeden van tweederde deel van de dagelijkse warme maaltijd het vermelden waard.

2. Recente ontwikkelingen.

Op 4 december 1990 hebben de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen en de verzekeringsinstellingen een nieuwe overeenkomst gesloten, die inmiddels is goedgekeurd door de Minister van Sociale Zaken en is ingegaan op 1 januari 1991; deze komt in plaats van de nationale overeenkomst van 13 december 1989. Aangezien dit systeem pas op 1 april 1991 kan worden verwezenlijkt is er voorzien in een overgangsregeling voor de periode van 1 januari 1991 tot 31 maart 1991. In de nieuwe overeenkomst wordt voorzien in de invoering van een forfaitair honoreringssysteem voor de zorgen verstrekt aan zwaar zorgbehoevende patiënten, dat gedifferentieerd is volgens verschillende criteria van zorgafhankelijkheid, waarbij de honorering van de verpleegkundige zorgen per behandeling voor de andere patiënten behouden blijft (RIZIV, 1990).

3.4 Samenvatting van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen

Door een (theoretisch) kader, dat de selectiviteit tracht zichtbaar te maken, worden de belangrijkste overeenkomsten en verschillen in de financiering van de gezondheidszorgsector en thuisverpleging in het bijzonder in Nederland en België samengevat. Aan de orde komen:

1. het overheidsbeleid.
2. de kosten van de gezondheidszorg.
3. de sociale ziektekostenverzekering en de thuisverpleging, waaronder:
 - de organisatie en de (uitvoering) van de wetgeving;
 - de financiering;
 - het verstrekkingenpakket;
 - toegankelijkheid;
 - het type van sociale zekerheid.

1. **Het overheidsbeleid.** Het recente overheidsbeleid in zowel Nederland als in België wordt gekenmerkt door:

- het streven naar substitutie van intramurale zorg door thuiszorg. Als beleidsmiddel is vooral de wetgeving gebruikt, maar er zijn ook subsidies gegeven;
- regionalisatie, met daaraan gekoppeld de decentralisatie, als structureel middel om tot een doelmatig en doeltreffend opgebouwde en functionerende gezondheidszorg te komen;
- het benadrukken van multidisciplinaire samenwerking en coördinatie en het accentueren van het belang van vrijwilligerswerk.

De mate van realisatie van dit overheidsbeleid is niet nader onderzocht.

In Nederland lijkt de mate van structurering door middel van omvangrijke nota's groter dan in België (door middel van Ministeriële en Koninklijke Besluiten).

2. **De kosten van de gezondheidszorg.** In Nederland en België zijn de kosten van de gezondheidszorg uitgedrukt als percentage van het bruto nationaal product in ruim 20 jaar meer dan verdubbeld: in beide landen blijkt een sterke stijging van de kosten, het sterkst in de periode van 1970 - 1975. De recentere cijfers wijzen erop dat dit percentage licht gedaald is.

3. **De sociale ziektekostenverzekering en de thuisverpleging.**

NEDERLAND

Organisatie

- In het Nederlandse stelsel van sociale verzekeringen is er in tegenstelling tot het Belgische systeem een scheiding tussen ziekenfonds- en ziektegeld- verzekering. In Nederland bestaat de sociale ziektekostenverzekering uit de wettelijke ziekenfondsverzekering en de AWBZ. De beleidsruimte van ziekenfondsen is aan banden gelegd door de wetgeving, voorschriften van de Ziekenfondsraad (die ook de algemene kas beheert) en het COTG.

Financiering

Ten aanzien van de financiële structuur van de thuisverpleging van het Kruiswerk en het WGK zijn grote verschillen te constateren:

- De NK onderhandelt met de financier en overheid over het macrobudget waarna dit ter vaststelling aan het COTG wordt voorgelegd. Directe en indirecte kosten worden vergoed.

Verstrekingspakket

- De financiering betreft curatieve en preventieve zorghandelingen.

BELGIË

- In België wordt de wettelijk verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering beheerd door het RIZIV, dat tevens zorg draagt voor de controle, het financieel beleid en het fungeren als een soort Algemene Kas. Er wordt onderscheid gemaakt in het algemeen stelsel en het stelsel voor zelfstandigen.

- Het WGK heeft geen invloed op het budget: vergoeding is op basis van het tarificatiesysteem voor verrichte verpleegkundige prestaties, vastgesteld door een RIZIV-commissie, hierin zitten afgevaardigden van het RIZIV en van de verpleegkundige beroepsgroepen. Er is geen vergoeding voor overhead- en kapitaalskosten.

- De financiering betreft alleen curatieve handelingen en een (forfaitaire) honorering voor zorgen aan zwaar zorgbehoevende patiënten.

Toegankelijkheid

- De AWBZ vergoedt de reguliere thuisverpleging voor verplicht- en particulier verzekerden.
- Een verwijzing door de huisarts is geen vereiste.
- De contributie bedraagt minimaal fl. 42.-- per jaar onafhankelijk van de verstrekkingen.
- Het totale basispakket wordt door de AWBZ gefinancierd door middel van bevoorschotting.
- De premiebijdrage van de ziekenfondsverzekerde komt op 7,9% van het bruto maandloon en een nominale premie van fl. 18.80.
In de particuliere ziektekosten verzekeringen variëren de premies afhankelijk van het te dragen eigen risico en de leeftijd.
De 'verborgen eigen bijdrage' is niet onderzocht.
- Alle lagen van de bevolking komen voor thuisverpleging in aanmerking via de verplichte ziektekostenverzekering.
- Een verwijzing door de huisarts is een vereiste (met uitzondering van een 'toilet' - vergelijkbaar met de term wassen in Nederland - geven).
- De contributie bedraagt tussen de 500 en 1000 F per jaar onafhankelijk van het aantal zorgen.
- De betaling van het zorgpakket geschiedt alleen achteraf door het RIZIV; voor 100% indien de patiënt tot de groep van weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen behoort; voor 75% indien de patiënt tot de 'beroepsactieven' behoort; en voor 75% of meer indien de patiënt tot de 'uitkeringsgerechtigden of risicogroepen' behoort. In de laatstgenoemde gevallen moeten de patiënten 25% (of minder) remgeld betalen.
- De premiebijdrage van de verzekerde in het algemeenstelsel bedraagt 6.35% (werkgeversaandeel: 3.80%; werknemers aandeel 2.55%) en in het stelsel voor zelfstandigen bedraagt het 3.22% van het bruto loon.

De 'verborgen eigen bijdrage' is niet onderzocht.

Bij een indeling van type van sociale zekerheid - waarvan de sociale ziektekostenverzekering deel uitmaakt - gaat Lewalle (1987) in op het Bismarck- en Beveridge-concept, waarvan in figuur 3 de belangrijkste verschillen tegenover elkaar zijn gezet.

Figuur 3: Concepten van sociale zekerheid
(Bron: Lewalle, 1987)

Kenmerken	Bismarck-concept	Beveridge-concept
Financiering	bijdragen van werknemers bijdragen van werkgevers rijkstoelagen	belasting opbrengsten
Beheer en uitvoering	privaatrechterlijke organisaties	overheid
Bereik	categorieel: per klasse werknemers; geen volksverzekering	universeel; volksverzekering
Verzekeringsaanspraak	afhankelijk van de bijdragen	onafhankelijke van de bijdragen recht op vaste aanspraken

Zowel Nederland als België dragen de kenmerken van het Bismarck-concept. De wettelijke verzekeringen worden beheerd en uitgevoerd door privaatrechterlijke organisaties, die als intermediair fungeren tussen de wetgever en de verzekerde. Ten aanzien van 'beheer en uitvoering' drukt de overheid weliswaar een sterke stempel maar wordt de financiële uitvoering overgelaten aan het particulier initiatief. In dit verband spreekt Maarse (p. 65, 1990) met betrekking tot de particuliere ziektekostenverzekering in Nederland van een marktmodel, dat gekenmerkt wordt door partijen in het veld die zoveel mogelijk vrijheid moet worden geboden en waarbij de rol van de overheid zoveel mogelijk wordt teruggedrongen. Gesproken wordt van gereguleerde concurrentie: een bepaalde mate van besturing blijft noodzakelijk en er is dus geen sprake van een volledig gedecentraliseerde bestuursstructuur. De verantwoordelijkheid van de overheid is door middel van regelgeving de voorwaarden te scheppen voor effectieve concurrentie en negatieve effecten van concurrentieprocessen te voorkomen.

De onderlinge concurrentie mede als gevolg van de verzuiling en de taalkwestie lijkt in België een sterkere marktgerichtheid in de hand te werken, omdat elke zuij streeft naar volledigheid in het aan te bieden voorzieningenpakket.

4. INVLOED VAN DE VERSCHILLEN IN ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN DE THUIS-VERPLEGING IN NEDERLAND EN BELGIË OP DE AARD EN OMVANG VAN DE ZORG-VERLENING

4.1 Inleiding.

De belangrijkste verschillen tussen de thuisverpleging in Nederland en België toegespitst op respectievelijk het Kruiswerk en het Wit-Gele Kruis zijn (zie ook hoofdstuk 2 en 3):

- met betrekking tot de organisatie blijkt dat de wijkverpleegkundigen in Nederland in dienst van een Erkende Kruisorganisatie all-round werken en de thuisverpleegkundigen in België voornamelijk curatieve taken verrichten. De collectieve preventie, waaronder de jeugdgezondheidszorg, wordt uitgevoerd door de sociaal verpleegkundigen werkzaam bij de stichting Kind en Gezin. Van het onderscheid in eerste en tweede deskundigheidsniveau - zoals in Nederland - was ten tijde van dit onderzoek in België geen sprake: gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen en ziekenhuisassistenten voerden dezelfde werkzaamheden uit; sinds het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990 echter mogen ziekenhuisassistenten enkel onder rechtstreeks toezicht van een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige de verpleegkunde uitoefenen. In België werkten relatief meer MBO-opgeleide verpleegkundigen (64%) als HBO-opgeleide verpleegkundigen (36%) dan in Nederland in 1989, waar 29% MBO-opgeleid is en 71% een HBO-opleiding gevolgd heeft.
- ten aanzien van de **financiering** blijkt dat het basispakket van het Kruiswerk in Nederland, waarin zowel preventieve, begeleidende als curatieve handelingen vergoed worden, gefinancierd wordt door de AWBZ. De betaling van het zorgpakket in België geschiedt (achteraf) door het RIZIV; voor 100% indien de patiënt tot de groep van weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen behoort; voor 75% indien de patiënt tot de 'beroepsactieven' behoort; en voor 75% of meer indien de patiënt tot de 'uitkeringsgerechtigden of risicogroepen' behoort. In de laatstgenoemde gevallen moeten de patiënten 25% (of minder) remgeld betalen.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan wat de invloed is van deze verschillen in organisatie en financiering op de aard en omvang van de verleende zorg (vraagstelling 3). Achtereenvolgens komen de methoden van onderzoek, de resultaten, de aard en omvang van de extramurale verpleging van het Wit-Gele Kruis in België en de Kruisvereniging in Nederland aan de orde, gevolgd door een samenvatting en conclusie.

4.2 Methode

Voor de beantwoording van de vraagstelling is gebruik gemaakt van een secundaire analyse. De gegevens die in dit onderzoek aan een tweede analyse worden onderworpen zijn afkomstig uit

het landelijk representatief onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden in Nederland' dat uitgevoerd is door het NIVEL (Vorst-Thijssen, van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990), en uit twee landelijk representatieve onderzoeken: 'Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging' (Geys en Van Loon, 1989) en 'Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg' (Geys en Van Loon, 1990), waarbij de gegevens verzameld zijn door de Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen in België. Voor een overzicht van de gegevens uit de onderzoeken die voor de secundaire analyse gebruikt zijn wordt naar figuur 4 verwezen.

Figuur 4: Overzicht van onderzoeksgegevens voor secundaire analyse

	Nederland	België (1)	België (2)
Bron	Vorst-Thijssen, van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990	Geys en Van Loon, 1989	Geys en Van Loon, 1990
Titel	Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden in Nederland	Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging?	Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg
Steekproefgrootte	186 verpleegkundigen	669 verpleegkundigen	116 verpleegkundigen
Totaal aantal patiënten	3.315	21.731	5.944
Totaal aantal huisbezoeken	12.847	221.952	8.646
Formulier staat voor:	één huisbezoek	meerdere huisbezoeken	één huisbezoek
Totaal aantal formulieren	12.847	2.592	8.646
Methode	zelfregistratie	zelfregistratie	zelfregistratie
Onderwerp test	- volume en aard van zorgactiviteiten - patiëntenkenmerken - duur van huisbezoeken	- zorgfrequentie - aard van zorgen - duur van huisbezoek	- volume en aard van zorgactiviteiten - patiëntenprofiel op basis van behoefte schalen
Duur registratieperiode	verpleegkundigen: overdag: 2 weken avond en/of weekend: ± 3 weken	voor alle verpleegkundigen 4 weken	voor alle verpleegkundigen 25 dagen

Steekproeven en meetinstrumenten.

1. Nederland: 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden in Nederland' (Vorst-Thijssen, van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990). In dit onderzoek werd per lidinstelling a-select één op de tien basiseenheden getrokken. Omdat er in totaal 499 basiseenheden zijn in Nederland leverde dit 50 basiseenheden op, die over heel Nederland verspreid en

evenredig verdeeld over stad en platteland waren. De eigenlijke procedure van de steekproeftrekking bestond uit de volgende stappen (p. 29 en 30):

- a. het benaderen van alle lidinstellingen met het verzoek om mee te doen, onder vermelding van de basiseenheden die a-select getrokken waren.
- b. het benaderen van de EKO's, waar de basiseenheden deel van uit maken, wanneer de betreffende lidinstelling positief had gereageerd.
- c. indien de betreffende EKO ingestemd had, dan werd verzocht naam en adres van de al eerder a-select getrokken basiseenheden en de daaraan verbonden hoofdwijkverpleegkundige door te geven.
- d. tot slot werd de hoofdwijkverpleegkundige benaderd met het verzoek vier personen te laten meewerken aan het onderzoek.

Omdat een aantal EKO's niet aan het onderzoek mee konden doen door onder andere reorganisatie, overbelasting, vacatures en ziektes werden een aantal nieuwe basiseenheden benaderd: in totaal zijn er 67 basiseenheden benaderd om tot de uiteindelijke steekproef van 47 te komen, hetgeen neerkomt op een respons van 70% en resulteerde in een steekproef bestaande uit 186 verpleegkundigen: 108 verpleegkundigen, 49 wijkzickenverzorgenden en 29 (wijk)-verpleegkundigen die avond- en/of weekenddiensten verzorgen. De registratieperiode was 2 werkweken. Voor wijkverpleegkundigen die 's avonds en/of in het weekend werkten kwam dit neer op een totaal van 2 of 3 weken. Geregistreerd werden de patiëntgegevens, de duur van de huisbezoeken en alle verrichte handelingen(zorgactiviteiten) tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën; het betrof dus geen intake gesprekken en preventieve huisbezoeken. Voor de operationalisaties van de zorgactiviteiten werd naar een bijgaande handleiding bij de registratieformulieren voor wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden verwezen. Formulier B in bijlage 2 laat de zorgactiviteiten zien, die geregistreerd moesten worden. In totaal werden bij 3.315 patiënten één of meer huisbezoeken afgelegd, waardoor het totaal aan huisbezoeken op 12.847 uitkwam.

In de eerste fase van het onderzoek is dit instrument onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. Op basis van literatuuronderzoek werden de verschillende activiteiten van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden geoperationaliseerd. (Kerkstra & de Wit, 1987).

Tijdens het onderzoek werd aan verpleegkundigen gevraagd het formulier direct na afloop van het contact in te vullen om vergeten of verwarren te voorkomen.

2. België: 'Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging' (Geys en Van Loon, 1989). In dit onderzoek - waarin de verscheidenheid van de thuisverpleegkundige handelingen binnen het kader van de nomenclatuur wordt geschetst - werden 30 van de 161 Wit-Gele Kruisafdelingen in België 'at random' geselecteerd, in die zin dat met de grootte van elke provincie rekening werd gehouden. Alle 669 verpleegkundigen (gegradueerde- en gebrevetteerde verpleegkundigen en ziekenhuisassistenten) van de geselecteerde afdelingen registreerden gedurende de enquêteperiode (juni-juli 1988) het aantal uitgevoerde handelingen gedurende vier opeenvolgende volledige weken aan de hand van een vooraf opgesteld enquêteformulier zowel de terugbetaalbare (door de ziekteverzekering), waaronder 'toilet, inspuiting en verband' als de niet-terugbetaalbare verpleegkundige handelingen waaronder ADL-zorgen (zie bijlage 3). Dit formulier is niet vergezeld gegaan van een

formulier waarin de betreffende handelingen nader werden omschreven, zoals bij het Nederlandse onderzoek. Dit meetinstrument 'werd opgemaakt na uitgebreid overleg en heeft slechts na succesvolle toetsing zijn definitieve vorm gekregen. Duidelijkheid werd verkregen door een goede omkadering en door een continue follow-up. Om observatiefouten zoveel mogelijk te vermijden werd nadrukkelijk gesteld dat de verpleegkundige het formulier gedurende haar dagtaak diende in te vullen' (p. 7). Per week werd één formulier ingevuld, waarop de verpleegkundige zorgen, het aantal huisbezoeken en het aantal verzorgde (verschillende) patiënten geregistreerd werden. Voor de hele observatieperiode werden per verpleegkundige vier formulieren opgemaakt. Alleen als een verpleegkundige een volledige week afwezig was werd hierop een uitzondering gemaakt. Het verschil tussen het aantal verwachte en ontvangen formulieren was klein (3,1%). Bij in totaal 22.731 patiënten werden in totaal 221.952 huisbezoeken afgelegd. Het aantal huisbezoeken verschilt van het aantal patiënten, omdat men gedurende één huisbezoek 2 patiënten kan verzorgen of, men 2 of 3 bezoeken op dezelfde dag kan afleggen bij één patiënt. 2.592 formulieren werden ingevuld.

In 'Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg' (Geys en Van Loon, 1990) worden de factoren, die van betekenis zijn voor het volume en de aard van de verpleging nader onderzocht en gekwantificeerd en wordt onder andere gepoogd de reële zorgvraag van de patiënt te meten en worden de patiënten in klassen ingedeeld al naar gelang hun behoefte aan zorgen. In totaal werden van alle verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis 116 verpleegkundigen a-select geselecteerd. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen en ziekenhuisassistenten die overdag, 's avonds en/of in het weekend werkten. Gedurende de periode van 6 tot 31 maart 1989 hebben deze verpleegkundigen al hun patiënten beschreven (geregistreerd) aan de hand van een enquêteformulier (zie bijlage 4) door het invullen van (items van) onder andere ADL-scores, woon-situatie, aanwezigheid van professionele 'zorgenverstrekkers', mantelzorg, comfort en (niet) technische zorg om aldus de 'reële zorgvraag' van de patiënt te meten. 'Het meetinstrument was voordien grondig getest. Aan de betrouwbaarheid van de gegevens werd veel aandacht besteed door proefenquêtees uit te voeren, iedere verpleegkundige een gedetailleerde gebruiksaanwijzing ter hand te stellen, en contrôles op reproduceerbaarheid in te lassen' (p. 4). Bij de steekproefsamenstelling is rekening gehouden met het gewicht van elke provincie; voor kleinere provincies werden verhoudingsgewijs meer verpleegkundigen getrokken om een betrouwbaar beeld per provincie te kunnen schetsen. Om inzicht te krijgen in de reproduceerbaarheid van het onderzoek werd de enquête bij een aantal mensen tweemaal afgenomen; deze dubbeltellingen werden niet in de studie opgenomen. De gevolgde methode leidde tot een oververtegenwoordiging van patiënten die slechts een zeer korte tijd verpleegd worden (N = 743), de reden waarom er bij de verwerking van de gegevens een correctie van de verzorgingsduur moest worden doorgevoerd: alleen de patiënten die vóór de periode van enquêtering verzorgd werden kwamen in aanmerking. In totaal zijn er 8.646 formulieren ingevuld tijdens de huisbezoeken gebaseerd op 5.944 patiënten; de patiënten zijn dus minstens eenmaal, sommigen tweemaal beschreven aan de hand van het enquête-formulier. Voor verdere gegevens over de onderzoeken wordt naar de onderzoeksverslagen (met bijbehorend tabellenboek) verwezen (Vorst-Thijssen e.a., 1990; Geys en Van Loon, 1989 en 1990).

Om de categorieën van de verleende extramurale verpleging van Nederland en België vergelijkbaar te maken is gekozen voor de indeling naar zorgterreinen en de ordening van categorieën per taakgroep van Appelman, Ligtenberg, van Bergen en Hollands (1989). Deze indeling, die tot stand is gekomen met behulp van de zogenaamde Delphi-methode, geeft in zekere zin een inhoudelijke legitimering voor de ordening van werkzaamheden van de (Nederlandse) wijkverpleging omdat dit instrument werd samengesteld door een panel bestaande uit belanghebbenden, die functioneel betrokken waren bij de Nederlandse wijkverpleegkundige zorg en aldus een hoge mate van geldigheid bezit. Er is uitgegaan van de taakgroep 'zorg voor zieken en gehandicapten', omdat tot deze doelgroep beperkt is in zowel het Nederlandse onderzoek van Vorst-Thijssen, e.a. (1990) als in de onderzoeken van Geys en van Loon (1989 en 1990): het betreft dus niet de intake gesprekken en preventieve huisbezoeken.

De volgende taakindeling wordt hierbij gehanteerd:

0. Zorg voor een goede hulpverleningsrelatie.
1. Signalering en analyse van de zorgsituatie.
2. GVO/voorlichting, advies en instructie.
3. Verzorging.
4. Verpleegtechnisch handelen.
5. Begeleiden in probleemsituaties.
6. Coördinatie/continuïteit van het zorgproces.

Buiten beschouwing gelaten zijn de taken 0 (zorg voor een goede hulpverleningsrelatie), het intake-gesprek als onderdeel van 1 (signalering en analyse van de zorgsituatie) en 6 (coördinatie/continuïteit van het zorgproces), omdat hierover geen gegevens zijn verzameld.

Ter illustratie volgen enkele voorbeelden van taken die aan de orde komen: bij 1 het observeren en vroegtijdig signaleren van nieuwe symptomen van ziekte op het lichamelijke vlak; bij 2 de voorlichting over de aard van de ziekte; bij 3 hulpverlening bij wassen ('toilet'); bij 4 blaasspoeling, drukverband aanbrengen en injecties geven en bij 5 intense begeleiding van de mantelzorg (zie bijlage 6).

4.3 Resultaten

4.3.1 Kenmerken van patiënten die thuisverpleging ontvangen

Zowel voor Nederland als voor België worden de kenmerken van patiënten die thuisverpleging ontvangen weergegeven op patiëntniveau. Hierbij is gebruik gemaakt van de onderzoeken van Vorst-Thijssen e.a. (1990) en Geys en Van Loon (1990).

De **gemiddelde leeftijd** van de 'Kruiswerk-patiënt' is bijna 73,7 jaar en die van de 'Wit-Gele Kruis-patiënt' 73,5 jaar. Uit tabel 8 blijkt dat van alle patiënten die zorg ontvangen in Nederland 72% 70 jaar of ouder en 41.1% 80 jaar of ouder is; in België zijn deze getallen respectievelijk 68.2% en 36.4% (tabel 8). Voor beide landen geldt dat er een groter percentage vrouwen dan mannen zorg ontvangt. Het percentage vrouwen dat in zorg is bij de thuisverpleging in Nederland is 65% en in België 68%. Een verklaring hiervoor is dat de kans op de vraag naar thuiszorg toeneemt bij 'alleenwonen' (zie ook tabel 9) en 'ouder worden dan 65+'. En er blijken in Nederland en in België meer alleenstaande 65+ vrouwen te zijn dan mannen. Het aantal vrouwen van 65+ in België en van 70+ in Nederland is 1,6 keer zo groot als het aantal mannen in dezelfde genoemde leeftijdscategorieën (Nationaal Instituut voor de Statistiek, 1987; CBS, 1986). Juist in die leeftijdscategorieën wordt ruim 2/3 deel van de thuiszorg verleend.

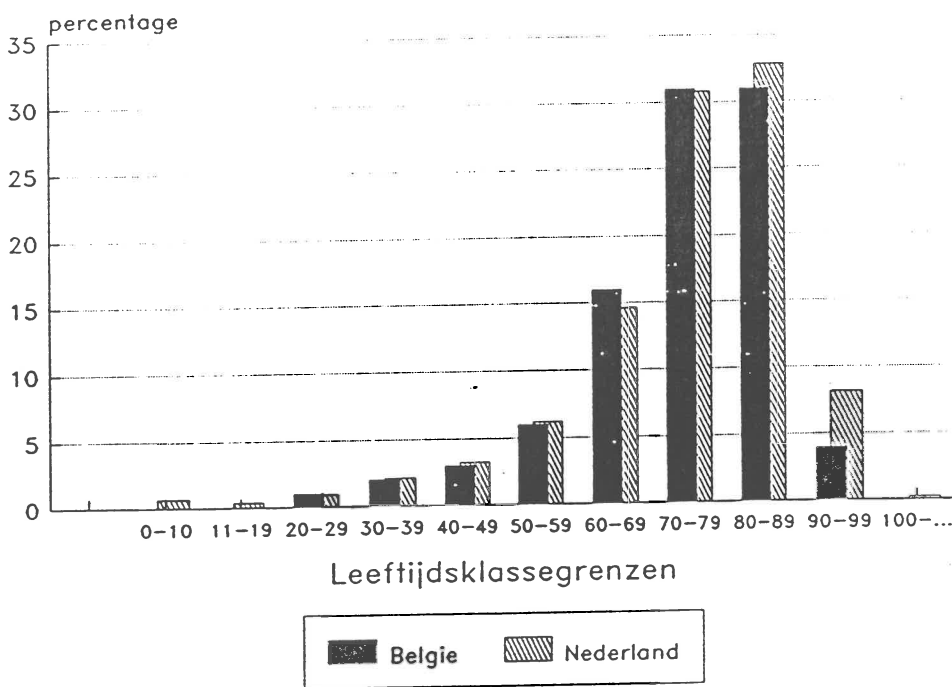
Tabel 8: Aantal patiënten in België en Nederland die thuisverpleging ontvangen in percentages naar geslacht en leeftijd
(Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990; Geys en Van Loon, 1990)

leeftijds- klasse- grenzen	B E L G I Ë			N E D E R L A N D		
	g e s l a c h t			g e s l a c h t		
	man (n=1910)	vrouw (n=4034)	totaal (n=5944)	man (n=1171)	vrouw (n=2144)	totaal (n=3315)
0-10	0.9	0.2	0.4	1.1	0.4	0.7
11-19	1.2	0.5	0.7	0.8	0.2	0.4
20-29	1.2	1.0	1.0	0.6	1.1	0.9
30-39	2.2	2.4	2.4	0.9	2.8	2.1
40-49	4.1	2.9	3.2	2.5	3.5	3.2
50-59	9.0	7.01	7.6	7.2	5.6	6.2
60-69	17.0	16.3	16.5	13.7	15.1	14.6
70-79	32.8	31.4	31.8	31.9	30.3	30.8
80-89	28.4	32.8	31.4	31.8	33.4	32.8
90-99	3.1	5.5	4.8	9.2	7.5	8.1
100-...	0.2	0.2	0.2	0.3	0.1	0.2
Totaal	100	100	100	100	100	100

Opvallend is het percentage personen van 90+ jaar 'in zorg', dat lager is in België (5%) dan in Nederland (8,3%). Vooralsnog is niet geheel duidelijk waar dit aan toe te schrijven is. Het percentage hoogbejaarden dat tevens hulp ontvangt van een gezins- of bejaardenhelp(st)er in Nederland in de leeftijdsklasse 75+ bedraagt 58,8% (Nationale Kruisvereniging, 1987); In België is dat 37,5% (Hoger Instituut van de Arbeid, 1990): het ligt dus niet aan een hoger percentage van deze eerstelijnszorgverleners dat relatief meer hulp verleent aan deze groep in België. Verder was het percentage 90+ in Nederland en België gelijk (0,03%) in 1988 (NIS, 1989 en CBS,1989).

Figuur 5: Leeftijdsverdeling van patiënten die thuisverpleging ontvangen in Nederland en België, in percentages

(Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990; Geys en Van Loon, 1990)



Figuur 5 toont duidelijk aan dat het zwaartepunt voor zowel Nederland als België zich in de hoge leeftijdsklassen bevindt. Ook wordt duidelijk geïllustreerd dat het percentage personen in de leeftijd van 90 jaar en ouder in Nederland in zorg hoger is dan in België. Met betrekking tot het **samenlevingsverband** - tabel 9 - blijkt dat in Nederland van de onderzochte personen 40% van de patiënten alleen woont; in België is dat getal 29%.

Tabel 9: Woonsituatie van de patiënten die thuisverpleging ontvangen in Nederland en België in percentages

(Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990; Geys en Van Loon, 1990)

	alleen	samen
Nederland	40.4	59.6
België	28.9	71.1

Uit het Belgische onderzoek blijkt dat 70% van de patiënten beschikt over een 'uitgebreide' mantelzorg; bij ongeveer 19% is de zorgverstrekking door de familie nog van betekenis (hier als 'zekere' mantelzorg gedefinieerd) en bij zowat 11% blijkt mantelzorg 'niet of in onvoldoende mate' aanwezig. Voor Nederland geldt dat 21% van alle patiënten 'geen mantelzorg' ontvangt. Het percentage van de Belgische patiënten dat ook hulp ontvangt van een gezins- of bejaardenhelp(st)er blijkt 25% te zijn; in Nederland is dit percentage 34% (Nationale Kruisvereniging, 1987).

4.3.2 Omvang en aard van de verleende extramurale verpleging

Met betrekking tot de omvang van de extramurale verpleging zijn hier de volgende resultaten; de berekeningen zijn gebaseerd op de onderzoeken van Vorst-Thijssen e.a.(1990) en Geys en Van Loon (1989):

- het **gemiddeld aantal afgelegde huisbezoeken per verpleegkundige per week** blijkt voor Nederland en België respectievelijk 34.5 en 82.9. Hierbij moet opgemerkt worden dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland ook nog andere activiteiten verrichten zoals preventieve ouderenzorg, zwangerschapszorg, jeugdgezondheidszorg en georganiseerde GVO, die hier niet meegeteld zijn. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland besteden overdag respectievelijk gemiddeld 33.6% en 49.6% van hun werktijd aan huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën en wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de avond- en weekenddiensten 59.4%. In België besteden de thuisverpleegkundigen 99% van hun werktijd aan huisbezoeken, 1% van hun werktijd wordt besteed aan zorg aan ambulante patiënten die naar 'het bureau' komen voor verpleegkundige handelingen (M. Wauters, persoonlijke mededeling, 8 februari 1991).
- de **gemiddelde duur van de huisbezoeken**. De duur van de huisbezoeken in België bedroeg gemiddeld 18,8 minuten per huisbezoek met een spreiding van 16,0 tot 21,3 minuten; in Nederland bedroeg de gemiddelde duur per huisbezoek 31 minuten en varieerde de duur van de huisbezoeken tussen 1 minuut en 150 minuten;
- het **gemiddeld aantal huisbezoeken per patiënt per week**: In België zijn in 4 weken in totaal 221.952 huisbezoeken afgelegd door 669 verpleegkundigen. Het aantal verschillende patiënten dat iedere week bezocht werd bedroeg 21.731. Dit aantal is overschat door het feit

dat elke patiënt, die gedurende éénzelfde week door verschillende verpleegkundigen werd verzorgd, geregistreerd werd als twee of meer patiënten. De grootte van deze overschatting kan op 10% à 20% geraamd worden, omdat door het groot aantal deeltijd-werkenden een patiënt die twee of meer keren verzorgd wordt, net zo vaak als patiënt geregistreerd werd (Geys en Van Loon, p. 13, 1989). In 4 weken zijn gemiddeld per patiënt dus $(221.952 : 21.731 = 10,21)$ 10,2 huisbezoeken afgelegd: het totaal gemiddelde aantal huisbezoeken per patiënt per week in België bedroeg 2,55 $(10,2 : 4)$. Indien een percentage van 15% voor de overschatting wordt meeberekend dan komt dit getal op 3 huisbezoeken per patiënt per week.

In Nederland zijn in 2 weken in totaal 12.847 huisbezoeken afgelegd door 186 verpleegkundigen. Het aantal verschillende patiënten dat bezocht werd bedroeg 3.315. Per week zijn er gemiddeld per patiënt dus $(12.847 : 3315 = 3.875 : 2 = 1.94)$ bijna 2 huisbezoeken afgelegd.

Om de aard van de verleende extramuraal verpleging van Nederland en België te vergelijken zijn de items onder de indeling van Nederland volgens 'zorgactiviteiten' (zie formulier B in bijlage 2) en die van België volgens 'aard van zorg' (zie bijlage 5) nader geanalyseerd. In eerste instantie leverde de niet-éénduidige definiëring van deze begrippen problemen op. Zo werd bijvoorbeeld onder het begrip 'wassen' in het Nederlandse onderzoek zowel een dagelijkse wasbeurt, een wasbeurt in verband met incontinentie, als een grote wasbeurt verstaan; in het Belgische onderzoek wordt het hieraan gelieerde begrip 'toilet' niet nader omschreven in de handleiding. Wel staat in het Koninklijk Besluit van 14 september 1984, gewijzigd bij het Koninklijk Besluit van 30 december 1985 dat het 'toilet' alle verpleegkundige verzorgingen met betrekking tot het geheel van de hygiëne omvat, ook het haarwassen valt hier onder; 'het wordt vervolledigd door de observatie, het toezicht, de preventie, de mobilisatie van de patiënt en de opvoeding op het stuk van de gezondheid'. Om de items van 'zorgactiviteiten' en die van 'aard van zorgen' te vergelijken is dan ook gezocht naar een indeling in categorieën, die dit probleem ondervangt. Gekozen is voor de reeds genoemde indeling van categorieën per taakgroep van Appelman, Ligtenberg, van Bergen en Hollands (1989).

Bijlage 6 laat zien welke handelingen en bijbehorende percentages zijn ondergebracht in de taken. In tabel 10 staan de percentages huisbezoeken van wijkverpleegkundigen in Nederland en thuisverpleegkundigen in België, waarin handelingen zijn verricht binnen een zorgcategorie. Alleen onder de taakgroep 'verpleegtechnisch handelen' is een extra indeling - niet volgens Appelman e.a., 1989 - toegevoegd voor Belgische verpleegkundige handelingen omdat niet geheel duidelijk is onder welke categorieën deze moesten vallen.

Tabel 10: Het percentage huisbezoeken van wijkverpleegkundigen in Nederland en thuisverpleegkundigen in België waarin handelingen zijn verricht binnen de zorgcategoriegrenzen volgens Appelman e.a. (1990).

	% Nederland	% België
1. Signalering en analyse zorgsituatie tijdens het zorgproces	20.8	0.0
2. GVO/voorlichting, advies en instructie	42.0	0.2
3. Verzorging	63.5	50.8
4. Verpleegtechnische handelingen		
4.1 Zorg gericht op urogenitale stelsel/maagdarmkanaal/ ademhaling en bloedsomloop	3.1	4.8
4.2 Wondverzorging	23.4	21.4
4.3 Medicijntoediening	45.4	53.2
4.4 Overige verpleegtechnische handelingen		0.3
5. Begeleiding in probleemsituaties	31.3	1.1
Totaal	229.5	131.8

Uit tabel 10 blijkt dat er per huisbezoek handelingen zijn verricht in meerdere zorgcategoriegrenzen (de totaalpercentages zijn hoger als 100%).

In Nederland is gekeken naar het percentage huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht binnen een bepaalde zorgcategorie.

In België zijn de percentages handelingen per huisbezoek in de zorgcategoriegrenzen bij elkaar opgeteld. Dit zou tot een overschatting kunnen hebben geleid. De grootte van de overschatting lijkt echter mee te vallen, omdat het gemiddelde aantal handelingen per huisbezoek in België 1,32 bedroeg. Binnen één zorgcategorie is per huisbezoek in de meeste gevallen dan ook niet meer dan één handeling verricht. De gegevens van Nederland en België in de tabel zijn dan ook met deze restrictie te vergelijken.

Opvallend zijn de percentages handelingen met betrekking tot 'Signalering en analyse van de zorgsituatie tijdens het zorgproces', 'GVO/voorlichting, advies en instructie' en 'Begeleiding in probleemsituaties', die in België respectievelijk niet voorkomen, in 0.2% en 1.1% van de huisbezoeken voorkomen, terwijl die getallen voor Nederland respectievelijk 20.8%, 42.0% en 31.3% bedragen.

In categorie 4 valt met name het percentage 'Medicijntoediening' op dat in België 53.2% en in Nederland 45.4% is.

Relatief gezien verrichten de thuisverpleegkundigen in België vergeleken met de wijkverpleegkundigen in Nederland meer curatieve handelingen ('Verpleegtechnische handelingen'); bijna geen preventieve handelingen ('Signalering en analyse zorgsituatie tijdens het zorgproces' en 'GVO/voorlichting, advies en instructie') en begeleidende handelingen ('Begeleiding in probleemsituaties')

In Nederland worden alle handelingen in de regel gefinancierd door de AWBZ.

In België worden alleen de volgende handelingen voor 75% door het RIZIV vergoed: toilet, subcu-

tane-, intramusculaire- en intradermale inspuiting, enkelvoudig-, veelvoudig- en complex verband, blaasspoeling, blaassondage, vaginale irrigatie en rectaal lavement. De vergoeding voor iedere behandeling wordt vastgelegd in verhouding tot complexiteit en duur van de handeling; langdurige handelingen worden meer vergoed dan eenvoudige kortdurende.

In het huidige terugbetalingssysteem worden 237.723 (81.5%) handelingen (zorgen) vergoed, dit zijn de zogenaamde terugbetaalbare zorgen'. De 'niet-terugbetaalbare zorgen' komen daarmee op 54.123 (18.5%).

Van de terugbetaalbare zorgen vormen 'toilet, (subcutane-, intramusculaire- en intradermale-) inspuiting en (enkelvoudig-, veelvoudig- en complex) verband' 98.7% van het totale zorgpakket (Geys en van Loon, 1989). Het betreft hier dus voornamelijk curatieve handelingen. 18% van de verrichte handelingen, zoals het begeleiden van mantelzorg, wordt niet vergoed.

Het stimuleren van zelfzorg bij patiënten wordt niet vergoed; zo wordt diabetespatiënten niet geleerd om zelf te injecteren omdat deze verrichting, die relatief weinig tijd in beslag neemt wel wordt vergoed, anders weg zouden vallen. Hier komt nog bij dat de patiënt in geval van zelfzorg de injectiespuiten zelf moet betalen, terwijl de thuisverpleegkundige de injectiespuiten meebrengt, die door het Wit-Gele Kruis worden vergoed.

Gebleken is dat de thuisverpleegkundige in België in vergelijking met de wijkverpleegkundige in Nederland meer verpleegtechnische en bijna geen preventieve en begeleidende handelingen verricht. Het zijn juist de beide laatstgenoemde handelingen die arbeidsintensiever zijn dan de verpleegtechnische handelingen. Dit blijkt ook wel uit de gemiddelde duur van de huisbezoeken, die in België 18,8 minuten en in Nederland 31 minuten bedraagt.

Het lijkt er dan ook op dat de gehanteerde financieringsvorm van de thuisverpleging in België, vergeleken met die in Nederland, ertoe bijdraagt dat er in België door thuisverpleegkundigen meer verpleegtechnische (terugbetaalbare, niet-arbeidsintensieve) en minder preventieve en begeleidende handelingen worden uitgevoerd dan door wijkverpleegkundigen in Nederland.

4.4 Samenvatting

De belangrijkste verschillen tussen de thuisverpleging in Nederland en België toegespitst op respectievelijk het 'Kruiswerk' en het 'Wit-Gele Kruis' zijn met betrekking tot de **organisatie** het all-round werken van thuisverpleegkundigen in Nederland (tegenover het in hoofdzaak verlenen van alleen curatieve zorg van thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis in België) en het verlenen van zorg door meer lager geschoolde verpleegkundigen op MBO-niveau (tegenover hoger geschoolde verpleegkundigen in Nederland) in België.

Ook ten aanzien van de **financiering** blijkt er een groot verschil te bestaan: het basispakket van het Kruiswerk voor de reguliere zorg in Nederland, waaronder zowel de preventieve als de curatieve zorg valt, wordt door de AWBZ gefinancierd. In België echter verloopt de betaling van

voornamelijk alleen curatieve handelingen via de ziektekostenverzekering; voor 100% indien de patiënt tot de groep van weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen behoort; voor 75% indien de patiënt tot de 'beroepsactieven' behoort; en voor 75% of meer indien die behoort tot de 'uitkeringsgerechtigden of risicogroepen'. In laatstgenoemde gevallen betaalt de patiënt 25% (of minder) remgeld. Voor dit remgeld zijn de patiënten meestal herverzekerd via de Aanvullende Vrije Ziekenfondsverzekering.

Alvorens in te gaan op de aard en omvang van de zorgverlening volgen eerst enkele gegevens over de vergelijkbaarheid van de steekproeven. De secundaire analyse op de gegevens afkomstig uit het landelijk representatief onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden in Nederland' dat uitgevoerd is door het NIVEL (Vorst-Thijssen, van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990) en op de gegevens die verzameld zijn door de Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen in België in twee landelijke onderzoeken naar de werkzaamheden van de thuisverpleegkundigen onder de titel 'Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging' (Geys en van Loon, 1989) en naar 'Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg' (Geys en van Loon, 1990) laat populaties zien die ten aanzien van de methode van steekproeftrekking overeenkomen: bij beide is sprake van een 'at random' getrokken steekproef, die representatief is voor de desbetreffende populaties. De steekproefgrootte bedroeg in Nederland 186 verpleegkundigen, 3.315 patiënten en een totaal van 12.847 huisbezoeken. De 'zorgactiviteiten' in het Nederlandse onderzoek blijken nader geoperationaliseerd te zijn in de instructies bij het onderzoek; in België is dit niet het geval.

De Belgische steekproef over onder andere de zorgfrequentie, aard van zorgen en de duur van de huisbezoeken (Geys en van Loon, 1989) baseerde zich op in totaal 21.731 patiënten, 669 verpleegkundigen en een totaal van 221.952 huisbezoeken. De Belgische steekproef met als onderwerp de volume en aard van de zorgactiviteiten en het patiëntenprofiel gaat uit van een steekproefgrootte van 116 verpleegkundigen, 5.944 patiënten en 8.646 huisbezoeken.

Ten aanzien van de leeftijden blijken de steekproeven nagenoeg gelijk: voor de 'Kruiswerk-patiënt' bedraagt deze 73,7 jaar en voor de 'Wit-Gele Kruis-patiënt' 73,5 jaar.

Voor beide landen geldt dat er een groter aantal vrouwen als mannen in zorg is; het percentage vrouwen dat in zorg is in Nederland bedraagt 65% en in België is dat 68%.

Opvallend is dat het percentage personen in de leeftijd van 90 jaar en ouder dat thuisverpleging ontvangt in Nederland hoger is dan in België.

Van de patiënten die thuisverpleging ontvangen woont in Nederland 40,4% alleen; in België zijn dat er 28,9%. Verder blijkt het aantal patiënten dat 'niet of in onvoldoende mate' over mantelzorg beschikt in België 11% te zijn; in Nederland blijkt 21% van de patiënten 'geen mantelzorg' te ontvangen. Voorts blijkt het percentage Belgische patiënten dat ook hulp ontvangt van een gezins- of bejaarden help(st)er 25% te zijn; in Nederland is dat 34%.

Samengevat: De patiënten van het 'Kruiswerk' in Nederland blijken vaker alleen te wonen, minder mantelzorg te ontvangen en meer hulp te ontvangen van gezins- en bejaardenhelp(st)ers dan de patiënten van het 'Wit-Gele Kruis' in België.

Ten aanzien van de **omvang** van de zorg blijkt dat:

- het gemiddelde aantal afgelegde huisbezoeken per verpleegkundige per week (ten aanzien van de 'zorg voor zieken en gehandicapten') in Nederland kleiner is (34.5) dan in België (82.9);
- het gemiddeld aantal huisbezoeken per patiënt per week in Nederland kleiner is (1.95) dan in België (3.0);
- de duur van de huisbezoeken in Nederland en België gemiddeld respectievelijk 31 en 18,8 minuten bedroeg.

Samengevat: De thuisverpleegkundige van het Wit-Gele Kruis in België legt gemiddeld meer huisbezoeken van een kortere duur af en een groter aantal huisbezoeken per patiënt per week dan de Nederlandse thuisverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige in Nederland heeft minder tijd beschikbaar, omdat deze ook nog andere taken, zoals bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, in het takenpakket heeft.

Ten aanzien van de **aard** van de zorgverlening blijkt dat de Belgische thuisverpleegkundigen meer curatieve en minder preventieve, verzorgende en begeleidende handelingen verrichten.

In het huidige terugbetalingssysteem in België worden 237.723 (81,5%) zorgen vergoed. De niet-terugbetaalde zorgen komen daarmee op 54.123 (18,5%). Alleen de volgende handelingen (prestaties) worden vergoed: toilet, subcutane inspuiting, enkelvoudig verband, intramusculaire inspuiting, veelvoudig verband, complex verband, blaasspoeling, blaassondage, vaginale irrigatie, rectaal lavement en intradermale inspuiting.

De vergoeding voor iedere prestatie wordt vastgelegd in verhouding tot complexiteit en duur van de handeling; langdurige handelingen worden meer vergoed dan eenvoudige kortdurende; het betreft hier dus voornamelijk handelingen met betrekking tot 'verzorging' en 'verpleegtechnisch handelen'. De patiënt in België betaalt 25% remgeld; de ziekenfondsverzekering financiert de overige 75%. In Nederland worden de handelingen in de regel gefinancierd door de AWBZ.

Het opsplitsen van de zorgverlening in afzonderlijke curatieve handelingen en het niet onderscheiden van niveaus van eerste en tweede deskundigheid tijdens de uitvoering van de taken in combinatie met het financieren van voornamelijk alleen curatieve handelingen, lijkt de thuisverpleegkundige van het Wit-Gele Kruis in België in vergelijking met de wijkverpleegkundige in Nederland aan te zetten tot het uitvoeren van meer curatieve en minder preventieve en begeleidende handelingen, met als gevolg dat die gemiddeld meer huisbezoeken van een korte duur per week aflegt.

5. DISCUSSIE

Het voorliggende verslag beschrijft de overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de organisatie en financiering van de thuisverpleging in Nederland en België en wat de invloed hiervan is op de aard en omvang van de zorgverlening. Het gaat dus om een beschrijving van de organisatie en financiering zoals die daadwerkelijk wordt uitgevoerd en geregeld en niet om de beoordeling van de wenselijkheid of kwaliteit ervan.

Nadat eerst wordt ingegaan op de problemen die kleven aan internationaal vergelijkend onderzoek worden in deze discussie de resultaten nader beschouwd in het kader van de actuele ontwikkelingen binnen de thuisverpleging. Achtereenvolgens komen daarbij de volgende onderwerpen aan bod:

1. het te ontwikkelen zorgplan van het kruiswerk in Nederland, waarbij wordt uitgegaan van interne en externe ontwikkelingen; hierbij komen onder andere ook aan de orde de filosofie van de verpleging, het onderscheid tussen twee deskundigheidsniveaus binnen het verpleegkundig beroepsprofiel, de horizontale functie differentiatie, de kwaliteit van zorg en de vraag of
2. de manier van organiseren en financieren in België bruikbaar is voor het te ontwikkelen zorgplan in Nederland

De resultaten moeten gezien worden in het licht dat aan internationaal vergelijkend onderzoek nogal wat bezwaren kleven, zoals het feit dat de informatie niet gebaseerd kan zijn op dezelfde uitgangspunten: verschillende definities en analyses, die gebruikt kunnen worden voor de te vergelijken onderwerpen. Ook de taal is geen neutraal instrument. De vergelijking van verschillende landen impliceert een vergelijking van culturen, hetgeen veronderstelt dat er iets te vergelijken is; een cultuur is niet zo uniek dat er geen grote gemene delers zijn (Hofstede en Spangers, 1986). Ten aanzien van het begrip thuisverpleging / thuiszorg is bij zowel het Kruiswerk in Nederland als bij het Wit-Gele Kruis in België overeenstemming over het centraal stellen en handhaven van de patiënt in zijn eigen omgeving / thuissituatie en over het aanbod vanuit een functiegerichte benadering van de vier kerndisciplines: huisarts, maatschappelijk werk, gezins- en bejaardenhulp en de thuis(wijk)verpleegkundige.

Dat België een cultuur heeft die verschilt van Nederland mag onder andere blijken uit de verdeling van het land in het Frans-georiënteerde Wallonië en het Nederlands-georiënteerde Vlaanderen en de daarmee samenhangende taalkwestie. De Belgische lijkt volledig gepolitiseerd. De mutualiteiten hebben hun eigen ideologische of religieuze achtergrond en worden gesteund door de politieke partijen. Philipsen (1985) wijst op de nog weinig geïnstitutionaliseerde structuur van België, de regelzucht van de overheid en de sterke individualisering van de samenlevingsverbanden in Nederland.

De analyses in dit onderzoek zijn toegepast op landelijk representatieve steekproeven. Het ontbreken van de operationalisaties van de Belgische verpleegkundige handelingen leverde in eerste instantie problemen op. Wel zijn in de literatuur nadere omschrijvingen gevonden. Aan de niet nadere omschrijving van handelingen zoals 'andere ADL', 'secretie afname' en 'lijktooi' bijvoorbeeld is door middel van uitleg van de onderzoeker (Ludo Geys) en veldwerkers het hoofd geboden.

Een belangrijke conclusie die uit dit onderzoek naar voren komt is dat Belgische thuisverpleegkundigen die werkzaam zijn bij het Wit-Gele Kruis in vergelijking met de wijkverpleegkundigen in Nederland meer curatieve en minder preventieve en begeleidende handelingen uitvoeren met als gevolg dat die gemiddeld meer huisbezoeken van een korte duur afleggen. Het opsplitsen van de zorgverlening in afzonderlijke curatieve handelingen en het niet onderscheiden van niveaus van eerste en tweede deskundigheid van verpleegkundigen tijdens de uitvoering van de taken in combinatie met het financieren van voornamelijk alleen curatieve handelingen lijken hiervoor een belangrijke verklaring te vormen.

In het navolgende wordt getracht voorgenoemde materie en de daarbij behorende problematiek vanuit een bredere context te benaderen.

Belangrijk is de vraag welk aanbod - welk zorgplan - kan/wil het Kruiswerk in Nederland de patiënt aanbieden. En vervolgens draagt de manier waarop de thuisverpleging in België georganiseerd en gefinancierd wordt bij aan een mogelijke oplossing van de bestaande problemen in deze in Nederland. Bij het beantwoorden van de vraag welk zorgplan het Kruiswerk in Nederland kan en wil aanbieden aan de patiënt spelen de volgende in- en externe ontwikkelingen een rol:

- Externe ontwikkelingen:

Het overheidsbeleid is gebaseerd op het bevorderen van samenhang, doelmatigheid, flexibiliteit, de verschuiving naar markt - en zelfregulering, een herziening van het financieringsstelsel en het denken in functies in plaats van in voorzieningen. Het gaat om de vraag welke functies primair zijn, waarbij 'zorg op maat' uitgangspunt is (Commissie Dekker, 1987).

Belangrijk is de voorgestane integratie van Kruiswerk en Gezinsverzorging (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990). Er wordt hierbij niet meer uitgegaan van de twee deskundigheidsniveaus zoals bepleit in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988). Om de kosten te beheersen is budgetfinanciering ingevoerd. Substitutie effecten met de nadruk op goedkope en/of kwaliteit van zorg worden merkbaar (Grinten, Lapré en Meurs, 1989). Veranderingen in de relatie 'verzekeraars-aanbieders van zorg', 'aanbieders-vragers van zorg' en 'verzekeraars-verzekerde' zijn het gevolg. De rol van de financier (AWBZ) is gewijzigd. De produktie van zorg moet aansluiten bij de maatschappelijke vragen (korte termijn) en de provinciale planning wat betreft capaciteit en functies (middellange termijn).

De monopolie positie van het Kruiswerk zal als gevolg van deze ontwikkelingen kunnen

verdwijnen.

- de wetgeving: zo speelt de uitvoering van bijvoorbeeld de Wet Persoons-registratie, de klachtenregeling en het Wetsontwerp inzake het democratisch functioneren van instellingen. Certificering zal een middel van normering en bewaking van kwaliteit worden inclusief sancties en/of tariefkortingen. De kwaliteit van de beroepsbeoefenaren zal in het kader van de Wet-BIG op het terrein van na- en bijscholing nader getoetst worden (van Wijmen, 1989). Kwaliteitsverbetering wordt een noodzaak. De patiënt zal zich kritischer en mondiger gaan opstellen. De bejegening zal getoetst worden en de patiënt zal openheid en inzicht eisen in behandeling en verzorging.
- demografische en economische ontwikkelingen geven aan dat de zorgbehoevendheid van patiënten in de thuiszorg zal toenemen ten gevolge van de dubbele vergrijzing en het personeelsaanbod zal afnemen. Het ontbreken van mantelzorg zal merkbaar worden in de aard van de voorzieningen (Snellen, 1983).
- ontwikkelingen in de zorg. Er vindt een verschuiving plaats van een medisch-verpleegkundig model naar een multi-disciplinair samenwerkingsmodel. Afstemming en coördinatie zijn hierbij essentieel voor adequate zorgverlening (Willems, 1988).

Alle verpleegkundige organisatiemodellen stoelen op het idee dat de omgeving en de ontwikkeling van de technologie de manier van organisatie van het verpleegkundig werk bepalen. Met betrekking tot de technologie zijn met name een visie op verplegen, professionalisering en systematisch verpleegkundig handelen van belang (H. Smeets, college 18 november 1989). De laatste 30-40 jaar zijn een aantal verpleegkundige theorieën ontwikkeld in de Verenigde Staten (onder andere Orem en King) en in Europa (in Nederland onder andere van den Brink-Tjebbes en van Bergen en Hollands). Er lijkt nog weinig samenhang in de 'body of knowledge' van de verpleegkundige discipline (Bal, Eerland en Senten, 1985).

- Interne ontwikkelingen:

Hierbij spelen kwesties als 'patiënt gericht verplegen', de horizontale en verticale functiedifferentiatie, kwaliteit van zorg, de afstemmingsbehoefte van de patiënt, de coaching en sturing van het verpleegkundig personeel, de multi-disciplinaire samenwerking en de coördinatie van zorg.

Binnen de EKO's in Nederland wordt uitgegaan van 'patiënt gericht verplegen'. Onder 'patiënt gericht verplegen' wordt hier verstaan een vorm van organiseren waarbij alle handelingen, die voor verpleging/verzorging van een patiënt noodzakelijk zijn, geheel of gedeeltelijk aan één of een kleine groep van verpleegkundige(n)/verzorgende(n) wordt toegewezen. Er is dus geen verbijzondering naar deeltaak, maar wel naar patiënt.

In de literatuur worden uitgangspunten als 'zorg op maat' en 'patiënt gericht verplegen' genoemd. Agevraagd wordt wat de consequenties daarvan praktisch zijn voor de patiënt en voor de wijkverpleegkundigen zelf.

De verticale functiedifferentiatie. Momenteel werken er in Nederland (en in België) zowel HBO- als MBO-opgeleide verpleegkundigen. In Nederland speelt de kwestie van de twee

deskundigheidsniveaus, waarbij het niet gaat om het toewijzen van taken, maar om de toewijzing van patiënten aan een verpleegkundig beroepsbeoefenaar. Hierbij geldt als uitgangspunt de mate van complexiteit van de verpleegsituatie, een begrip dat in het Verpleegkundig Beroepsprofiel niet nader gedefinieerd wordt. Voor het proces van patiënttoewijzing binnen de verpleging is in Nederland - in tegenstelling tot in België, waar daarin geen onderscheid gemaakt wordt - de verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau (HBO-niveau) verantwoordelijk.

Uit het Verpleegkundig Beroepsprofiel blijkt dat de verpleegkundigen van het eerste en tweede deskundigheidsniveau wel dezelfde taken toebedeeld krijgen, maar dat de taken van het eerste deskundigheidsniveau vaak breder zijn, hetgeen met name geldt voor de preventieve, voorlichtende en coördinerende taken. Vanuit het oogpunt van doelmatigheid is het van belang dat er algemeen geldende criteria komen voor patiënt toewijzing met als doel de juiste deskundigheid aan de juiste verplegings- en verzorgingssituaties te koppelen (Lapré en van Westering, 1990).

De horizontale functiedifferentiatie. In Nederland werken wijkverpleegkundigen all-round, dat wil zeggen dat zowel preventieve als curatieve zorg verleend wordt aan alle leeftijdsgroepen als ook aan de specifieke zorgdoelgroepen. Ook binnen het Verpleegkundig Beroepsprofiel wordt een generalistisch takenpakket voor de verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau voorgesteld. Door financieel-economische belangen, toenemende werkdruk omdat méér mensen langduriger en intensiever verpleegd moeten worden zonder dat hier substantiële personeelsuitbreiding tegenover staat, wordt door onder andere Buysen en Burgers (1988) en Ropping (1989) gedifferentieerd werken, mits op de goede manier toegepast wel als oplossing gezien. Dat wil zeggen wel specialiseren, maar niet in iedere basiseenheid op elk terrein, maar per regio slechts één of enkele personen, afhankelijk van de behoefte. Onder gedifferentieerd werken verstaat Kerkstra (1990) dat een wijkverpleegkundige zoveel mogelijk van haar dagelijkse werkzaamheden blijft doen en daarnaast een specifieke taak heeft binnen het team. In Nederland geeft 46% van de wijkverpleegkundigen aan all-round te willen werken, 44% gedifferentieerd en 10% gespecialiseerd (Vorst-Thijssen e.a., 1990).

In België wordt gedifferentieerd gewerkt: de curatieve zorg wordt verleend door de thuisverpleegkundigen die werkzaam zijn bij meerdere organisaties, waarvan het WGK de grootste is; de preventieve zorg wordt door sociaal verpleegkundigen gegeven, die werkzaam zijn binnen de jeugdgezondheidszorg voor 0-6 jarigen bij de Dienst 'Kind en Gezin'. Ook uit dit onderzoek blijkt dat de differentiatie tussen curatieve en preventieve verpleegkundige taken niet in alle opzichten bevredigend is.

Volgens Kerkstra (1990) heeft gedifferentieerd werken pas zin als de kwaliteit van zorg erdoor verhoogd wordt, in die zin dat het zorgaanbod beter afgestemd kan worden op de behoeften van de bevolking. Eerst zal nagegaan moeten worden waarom en welke zorg niet (voldoende) geboden wordt. Pas dan kan bepaald worden welk zorgterrein specifiek aandacht verdient en hoeveel verpleegkundigen binnen de basis eenheid gedifferentieerd

gaan werken.

Samengevat kan het probleem waarvoor de wijkverpleegkundigen/het Kruiswerk zich gesteld ziet als volgt geformuleerd worden:

Interne en externe factoren dwingen de wijkverpleegkundigen/het Kruiswerk zich te bezinnen op de mogelijkheid tot het operationaliseren (meetbaar maken) van een zorgplan dat afgestemd is op een emancipatorisch mensbeeld en een professionele visie op zorg.

Bij dit emancipatorisch mensbeeld wordt de patiënt als mens gezien die zelf richting geeft aan zijn bestaan. Uitgangspunt wordt dan welke zorg wil de patiënt en hoe ervaart de patiënt de kwaliteit van de zorg. Dit geoperationaliseerde zorgplan zal de basis moeten vormen voor een juiste verhouding tussen 'cure, care and control', een voorwaarde voor een doelgerichte en planmatige zorg.

Tot slot nog enkele knelpunten en voorwaarden. 'Bij de overgang naar een structuur, die in dienst staat van zorgvernieuwing moet evenwichtig aandacht besteed worden aan de vormgevingskant en aan het operationaliseren van de zorgfilosofie in termen van consequenties voor de dagelijkse praktijk, waarbij afgevraagd moet worden of er voldoende draagvlak en motivatie is op alle niveaus.

Uitgangspunten als: 'van professie naar patiënt gericht'; 'niet de ziekte maar de zieke'; 'verwevenheid van lichaam en psyche'; integratie van behandeling en zorg, geven wel een richting aan maar niet wat er in de praktijk gaat veranderen, respectievelijk waar men mee wil experimenteren: het gaat om het organiseren van de samenhang rondom de patiënt en de omgang met de patiënten. Dit vraagt om een afstemming van onderliggende professionele visies op zorg (Jaspers, Steeg en Oudheusden, 1988).

Met betrekking tot de stand van de wetenschap en de mate van professionalisering van de verpleging het volgende:

- de verpleegkundige theorieën geven meer aan over het ideaaltype dan dat ze de bestaande werkelijkheid beschrijven. Als een beschrijving van de verpleegkunde zoals die nu is, zou Orem's opvatting het beste in aanmerking komen (Grijpdonck, 1982);
- beroepsinhoudelijke bezinning lijkt nodig om tot een professie uit te groeien (Grijpdonck, 1981). Door middel van training en scholing - onder andere als middel om de cultuur te veranderen, bekwaamheden te ontwikkelen en het produkt van zorg te verhogen - kunnen vaardigheden en kennis gestandaardiseerd worden (Mintzberg, 1983).

De vraag die over blijft is draagt de manier van organiseren en financieren van de thuisverpleging in België bij aan een mogelijke oplossing van de problemen in Nederland? Met andere woorden is de manier van organiseren en financieren bruikbaar voor het te ontwikkelen zorgplan?

Niet alleen op grond van bovenstaand betoog kan het antwoord op deze vraag met één restrictie kort en bondig geformuleerd worden: nee. Ook in België is men over dit financieringssysteem ontevreden omdat het geen recht doet aan een verpleegkundige benadering, die gericht is op de mens als geheel en zijn omgeving (Geys en van Loon, 1989). Naast de vergoeding per verrichting wordt gepleit voor het toekennen van een vast bedrag per dag per patiënt afhankelijk van de

complexiteit en intensiteit van zorg, zodat er meer ruimte komt voor begeleiding en preventie (Geys en van Loon, 1989). Hiervoor zijn patiëntenprofielen opgesteld waarin gradaties in zelfredzaamheid en psychisch functioneren, woonsituatie en mantelzorg belangrijke variabelen zijn. Naast de vergoeding per verrichting zal per 1 april 1991 de invoering van een forfaitair honoreringssysteem voor verrichtingen, die verstrekt worden aan zwaar zorgbehoevende patiënten, worden gerealiseerd, waarbij echter de honorering van de verpleegkundige zorgen per behandeling voor de andere patiënten behouden blijft (RIZIV, 1990).

Een opvallend resultaat uit dit onderzoek is dat er in België relatief meer MBO-opgeleide verpleegkundigen (64%) werken als HBO-opgeleide verpleegkundigen (36%) dan in Nederland, waar 29% MBO-opgeleid is en 71% een HBO-opleiding gevolgd heeft. En hier komt tevens die ene restrictie aan de orde, die mede doelt op de kwaliteit van zorg. Interessant in deze lijkt de beantwoording van de vraag in hoeverre er verschil bestaat in de kwaliteit van de zorg, die geboden wordt door wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden. Mocht dit verschil te verwaarlozen zijn - zoals blijkt uit een recent kleinschalig onderzoek (Nollen, 1990), zou het inschakelen van meer verpleegkundigen van het tweede deskundigheidsniveau (zoals in België het geval is) kunnen leiden tot betere ontplooiings- en carrière-mogelijkheden waardoor tevens de uitstroom uit het vak kan worden verminderd (Burgers, 1990) en de zorg goedkoper zou kunnen worden.

Ook Evers (1990) pleit, zij het vanuit een andere invalshoek, voor het optimaal gebruik maken van professioneel HBO-opgeleide verpleegkundigen door een duidelijke afbakening binnen organisaties tussen professioneel verpleegkundige functies en praktisch-technisch verpleegkundige functies, waarbij het meer gaat om de praktische vaardigheden: in feite 'van relatief minder professionele verpleegkundigen meer maken'.

De Amerikaanse ervaring leert dat de kwestie van het onderscheid in deskundigheidsniveaus in de verpleging niet zozeer op vakinhoudelijke alswel op formatietechnische argumenten berust. 'Telkens als er sprake was van een personeelstekort in de verpleging gingen er stemmen op om een tweede en derde deskundigheidsniveau in de verpleging te formaliseren' (Peet, 1990). Grijpdonck (1990) verwacht geen problemen in de technische aspecten van de zorg bij het tweede deskundigheidsniveau, echter wel in de integratie van de niet somatische met de somatische zorg. Dat een herbezinning op de technische arbeidsdeling in de verpleging noodzakelijk is leidt geen twijfel. Welk resultaat uit de bus komt zal afhangen van hoe verpleegkundigen het spel spelen: het kan een belangrijk pressiemiddel zijn om verbeteringen in de positie van de verpleegkundige af te dwingen, aldus Peet (1990). 'Het onderscheid hoeft dus geen slechte zaak te zijn, zij het dat de professionalisering van het eerste deskundigheidsniveau in ons land (Nederland) wel eens zou kunnen leiden tot deprofessionalisering van het tweede deskundigheidsniveau'.

Aan het slot van deze discussie nog enkele aanbevelingen voor nader onderzoek.

- Het begrip complexiteit van de verpleegsituatie zal nader uitgewerkt en onderzocht moeten worden; criteria zullen ontwikkeld moeten worden voor patiënttoewijzing aan de twee deskundigheidsniveaus binnen de wijkverpleging, die vervolgens getoetst moeten worden. Pas dan kan een zo doelmatig mogelijke inzet van deskundigheid gerealiseerd worden. Een tweede aanbeveling voor nader onderzoek vloeit hieruit voort:
- Nader onderzoek zal gericht moeten zijn op het toetsen van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Tevens moet dan onderzocht worden in hoeverre er verschil bestaat tussen de kwaliteit van de zorg, die geboden wordt door een wijkverpleegkundige of door een wijkziekenverzorgende.

SAMENVATTING

In deze scriptie wordt verslag gedaan van een beschrijvend onderzoek met als vraagstelling:

'Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er ten aanzien van de organisatie en financiering van de thuisverpleging in Nederland en België en wat is de invloed hiervan op de aard en omvang van de zorgverlening'?

Als omschrijving van het begrip thuiszorg / thuisverpleging wordt uitgegaan van de definiëring door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1985): 'Het geheel van verzorging, verpleging, behandeling van de patiënt in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligers werk en professionele zorg vanuit de eerste lijn, daarbij ondersteund door de tweede lijn en dat er op gericht is de patiënt in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie'.

De vraagstelling wordt uitgesplitst in de volgende deelvragen:

1. Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er ten aanzien van de organisatie van de thuisverpleging in Nederland en België?
 - 1.1 Welke opleidingen, specialisaties en bevoegdheden hebben verpleegkundigen in Nederland en België?
 - 1.2 Op welke wijze vindt afstemming en samenwerking plaats met de huisarts en gezinsverzorging binnen de thuiszorg in Nederland en België?
2. Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er ten aanzien van de financiering van de thuisverpleging in Nederland en België?
3. Wat is de invloed van de overeenkomsten en verschillen in organisatie en financiering van de thuisverpleging in Nederland en België op de aard en omvang van de zorgverlening?

De deelvragen 1 en 2 zijn beantwoord door middel van literatuuronderzoek en het antwoord op vraag 3 is verkregen door middel van een secundaire analyse.

Het onderzoek is toegespitst op de werkzaamheden van thuisverpleegkundigen ten aanzien van de 'Zorg voor Zieken en Gehandicapten' van het Kruiswerk in Nederland en van het Wit-Gele Kruis in België. Om voor thuiszorg in aanmerking te komen kan de patiënt in Nederland zonder verwijzing van een arts hulp verkrijgen. In België is een verwijzing door de huisarts - met uitzondering van het geven van een 'toilet' (wasbeurt) - een noodzakelijke voorwaarde.

Een belangrijk verschil tussen de thuisverpleging in Nederland en België is het feit dat de Nederlandse wijkverpleegkundigen in dienst van een Erkende Kruisorganisatie all-round werken en de thuisverpleegkundigen in België voornamelijk curatieve taken verrichten. De collectieve preventie, waaronder de jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd door de sociaal verpleegkundigen werkzaam bij de stichting 'Kind en Gezin'; in Nederland behoren deze taken eveneens tot het takenpakket van de wijkverpleegkundige.

Van het onderscheid in eerste en tweede deskundigheidsniveau - zoals in Nederland - was ten

tijde van dit onderzoek in België geen sprake: gegradueerde - en gebrevetteerde verpleegkundigen voerden dezelfde werkzaamheden uit.

In België werken relatief meer MBO-opgeleide verpleegkundigen (64%) dan HBO-opgeleide verpleegkundigen (36%) in tegenstelling tot Nederland (in 1989), waar 29% MBO-opgeleid is en 71% een HBO-opleiding gevolgd heeft.

De organisatie structuur van het Wit-Gele Kruis in België lijkt meer overeen te komen met de kenmerken van een professionele bureaucratie volgens Mintzberg (1983) dan die van het kruiswerk in Nederland: het Wit-Gele Kruis wordt gekenmerkt door een platte operationele kern met een smalle strategische top; het primaire proces staat centraal. Het kruiswerk in Nederland daarentegen kenmerkt zich door meer leidinggevende niveaus, terwijl de stafondersteuning in verhouding tot het aantal verpleegkundigen groter is.

In zowel Nederland als België blijken er veel samenwerkingsinitiatieven met de huisarts en gezinsverzorging (bejaarden- en gezinshulp) te zijn. In Nederland is in 1990 de 'Landelijke Vereniging voor Thuiszorg' opgericht waarin de Nationale Kruisvereniging en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging samengaan.

De samenwerkingsinitiatieven van genoemde disciplines in Vlaanderen en Wallonië hebben nog niet geresulteerd in een samengaan. Van een gedecentraliseerde, geformaliseerde, multidisciplinaire samenwerking, blijkt in beide landen nog weinig sprake te zijn. In Nederland is in de nota 'Medisch handelen door verpleegkundige beroepsbeoefenaars in de thuissituatie' een kader aangegeven voor het door hen verrichten van medische handelingen in de thuissituatie. In België moet het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990 rechtsgrond bieden aan de beoefenaars van de verpleegkunde.

Ten aanzien van de financiering blijkt dat het basispakket van het kruiswerk in Nederland, waarin zowel preventieve, begeleidende als curatieve handelingen vergoed worden, gefinancierd wordt door de AWBZ.

Om voor thuisverpleging in aanmerking te komen moet de patiënt in beide landen lid worden van de kruisvereniging.

In België verloopt de betaling via de ziektekostenverzekering, alleen achteraf door het RIZIV: voor 100% indien de patiënt tot de groep van weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen behoort; voor 75% indien de patiënt tot de 'beroepsactieven' behoort; en voor 75% of meer indien patiënt tot de primaire uitkeringsgerechtigden en bepaalde risicogroepen behoort. In de twee laatstgenoemde gevallen moeten de patiënten 25% (of minder) remgeld betalen. De thuisverpleegkundigen worden per verrichting betaald, waarbij om voor vergoeding in aanmerking te komen het accent ligt op de verpleegtechnische handelingen.

De gegevens die in dit onderzoek zijn onderworpen aan een secundaire analyse zijn afkomstig uit het landelijk representatief onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland' (Vorst-Thijssen, van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990), dat uitgevoerd is door

het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg en uit twee landelijk representatieve onderzoeken: 'Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging' (Geys en van Loon, 1989) en 'Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg' (Geys en van Loon, 1990), waarbij de gegevens verzameld zijn door de Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen in België. Gedurende 2 weken (in het Nederlandse onderzoek) en 4 weken (in de Belgische onderzoeken) hebben thuisverpleegkundigen registratieformulieren ingevuld over onder andere de zorgfrequentie, de volume en aard van de zorgactiviteiten, het patiëntenprofiel en de duur van de huisbezoeken.

Uit de gevonden resultaten blijkt dat de thuisverpleegkundige van het Wit-Gele Kruis in België in vergelijking met de wijkverpleegkundige in Nederland meer curatieve en minder preventieve, verzorgende en begeleidende handelingen verricht tijdens de uitvoering van de taken met als gevolg dat er in België gemiddeld meer huisbezoeken van een kortere duur en een groter gemiddeld aantal huisbezoeken per patiënt per week worden afgelegd.

Het opsplitsen van de zorgverlening in afzonderlijke curatieve handelingen en het niet onderscheiden van niveaus van eerste en tweede deskundigheid tijdens de uitvoering van de taken in combinatie met het financieren van voornamelijk curatieve handelingen lijken hiervoor een belangrijke verklaring te vormen.

SUMMARY

This essay gives an account of a descriptive study focusing on the question: 'What similarities and differences are there with regard to the organisation and financing of community nursing care in the Netherlands and Belgium and how does this affect the nature and extent of the care that is provided'?

The definition by the National Council for Public Health (1985) serves as a description of the concept home care / community nursing care, which reads: 'The whole range of caring, nursing and treatment of the patient at home that is carried out by self-care, informal care and professional primary health care, thereby supported by professional secondary health care and aimed at enabling the patient to maintain his/her position at home'.

The research-question is sub-divided as follows:

1. What similarities and differences are there with regard to the organisation of community nursing care in the Netherlands and Belgium?
 - 1.1 What trainings, specialisations and qualifications do community nurses have in the Netherlands and Belgium?
 - 1.2 In what way does co-ordination and co-operation take place with the general practitioner and the home help services within the home care in the Netherlands and Belgium?
2. What similarities and differences are there with regard to the financing of community nursing care in the Netherlands and Belgium?
3. How do the similarities and differences in organisation and financing of community nursing care in the Netherlands and Belgium affect the nature and extent of the care that is provided?

The sub-questions 1 and 2 have been answered by way of literature search and the answer to question number 3 by way of a secondary analysis.

The study focuses on the activities of community nurses with respect to the 'Care for the Sick and Handicapped' of Home Nursing in the Netherlands and of the White-Yellow Home Nursing Service in Belgium.

In order to receive community nursing care the patient in the Netherlands can get help without his/her having to be referred by a physician to use the service. In Belgium it is necessary that the patient be referred by the physician, with the exception of making patient's 'toilet' (washing the patient).

A major difference between community nursing care in the Netherlands and Belgium is the fact that the Dutch community nurses employed by a Cross Association work as a generalist, whereas community nurses in Belgium being engaged in technical nursing care activities. The health promotion, including mother and child care, is carried out by the nurses employed by the foundation 'Child and Family'. In the Netherlands these duties also belong to the tasks of the community nurse.

At the time of this study, in Belgium no distinction was made between nurses of first and second expertness level, as is the case in the Netherlands: in Belgium graduated and certified community nurses are doing the same tasks. Unlike in the Netherlands (in 1989) where 29% of the nurses have got an intermediate vocational education (MBO) and 71% a higher vocational education (HBO), relatively more nurses (64%) with an intermediate vocational education than nurses (36%) with a higher vocational education are employed in Belgium.

The organisational structure of the White-Yellow Home Nursing Service in Belgium seems to be more similar to the characteristics of a professional bureaucracy according to Mintzberg (1983) than that of the home nursing organisations in the Netherlands: the White-Yellow Home Nursing Service is characterised by a flat operational core with a minor strategic top; the primary process is the most important. However, home nursing services in the Netherlands are characterised by more managerial levels, while the staff support in relation to the number of nurses is larger.

Both in the Netherlands and in Belgium there appear to be many initiatives to co-operate with the general practitioner and the home help services. In 1990 the 'National Association for Home Care' was founded in the Netherlands in which the National Cross Association and the Central Council for Home Help Services go hand in hand. The initiatives to co-operation of the above-mentioned disciplines in Flanders and the Walloon provinces in Belgium have not yet resulted in a merger. In the two countries there still is little question of a decentralised, formalised, multi-disciplinary co-operation.

In the Netherlands, in the report entitled 'Medical procedures by professional nurses in home care' a framework has been given for the performance of medical technical care by community nurses in the patient's home. In Belgium the Royal Decree of 18 June 1990 is supposed to offer legal grounds to those working in the nursing sector.

With regard to the financing it appears that the basic package of the home nursing services in the Netherlands, in which both preventive, supporting and technical nursing care are reimbursed, is financed under the AWBZ system (General Act on Exceptional Medical Costs).

For the patient to be eligible for community nursing care, in both countries he or she must become a member of a home nursing service.

In Belgium payments are made through the medical insurance, only afterwards by the RIZIV: for 100% if the patient belongs to the group of widow(ers), the disabled, pensioners and orphans; for 75% if the patient belongs to the 'professionally active community'; and for 75% or more if the patient belongs to the primary group of people entitled to a benefit and specific high-risk groups. In the two latter cases patients have to pay 25% (or less) of the initial costs. The community nurses are paid per act, whereby, to be eligible for compensation, the accent lies on the technical nursing procedures.

The data that have been subjected to a secondary analysis originate from the national representative survey 'The work of community nurses and community nurses' auxiliaries in the

Netherlands' (Vorst-Thijssen, Van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990) conducted by the Netherlands Institute of Primary Health Care and from two major national surveys: 'What are nurses doing in the community' (Geys and Van Loon, 1989) and 'Patients' Profiles in Community Nursing Care' (Geys and Van Loon, 1990), whereby the data have been gathered by the National Federation of White-Yellow Home Nursing Services in Belgium.

During two weeks (in the Dutch survey) and four weeks (in the Belgian surveys) community nurses have been completing registration forms on, inter alia, care frequency, volume and nature of the care activities, patients' profile and length of the home visits.

Results show that the community nurse of the White-Yellow Home Nursing Service in Belgium, in comparison with the community nurse in the Netherlands, is doing more technical and fewer preventive, caring and supporting activities during the performance of the duties, with the result that in Belgium, on average, more home visits of a shorter length and a larger average number of home visits per patient per week are made. The splitting up of community care in separate technical procedures and the non-distinction of levels of first and second expertness during the performance of the duties, in combination with the financing of mainly technical activities, seem to form an important explanation for these differences.

LITERATUUROPGAVE

Abel-Smith, B. (1984). Cost containment in health care, a study of twelve European countries. London: Bedford-Square Press.

Adriaansen, M.B. en Laan, B. van der. (1989). Extramurale Gezondheidszorg; functies en taken van de wijkverpleegkundige. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Appelman, A., Ligtenberg, H., Bergen, van B. en Hollands, L. (1989). Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging. De Tijdstroom: Lochem.

Bal, R., Eerland-van Vliet, B. en Senten, M. (1985). (N)ooit van een verpleegkundige theorie gehoord? Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 11, p. 328-334.

Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties. (1981). Den Haag: Nederlandse Staatscourant: 1981, 107, p. 8-11.

Boerma, W.G.W. en ten Cate, R.S. (1985). Uit de Praktijk van de Eerstelijns; Samenwerking in de Hulpverlening. Alphen aan de Rijn: Samson / Stafleu.

Boot, J.M. en Knapen, M.J.J.M. (1988). De Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht: Het Spectrum/Aula-reeks, 2e druk.

Bos, van den G.A.M. (1989). Zorgen van en voor chronisch zieken. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema.

Bruine, M. de en Lapré, R.M. (1988). Een analyse van knelpunten bij de aanbodsbeplanning, prijsvorming en financiering. Acta Hospitalia, 3, p. 5-24.

Buijssen, H. en Burgers, M. (1988). Gedifferentieerd werken biedt voordelen, maar all-round werken blijft ideaal. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 16, p. 12-14.

Buiting, J.M. en Veen, van E.B. (1989). De Wet BIG: de verpleegkundige en de voorbehouden handelingen. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 42, p. 175-177.

Burgers-Vogel, N. (1990). Personeelsverloop binnen de wijkverpleging. Achtergronden en redenen van de blijf- en vertrekintentie onder verpleegkundigen en verzorgenden. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Verplegings- wetenschap.

CAO Kruiswerk en Tuberculosebestrijding 1990- 1991. (1990). Bunnik: Secretariaat Overleg Arbeidsvoorwaarden.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Kerncijfers Gezondheidsstatistiek. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1984, 1985, 1986, 1987 en 1988.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (1986). Statistisch zakboek 1986. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1989). Maandstatistieken Bevolking, mei 1989. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Personeelsgegevens van kruisorganisaties. Maandberichten gezondheid. 1990/2. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek 1990. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (rapport Dekker). (1987). Bereidheid tot Verandering. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Decreet van 1 juli 1982, 30 maart 1983 en 19 juni 1989. Brussel: Moniteur Belge.

Dehaene, J.L. (1983). Het gezondheidsbeleid in België in nieuwe banen. Brussel: Kabinet van de Minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen.

Delperee, A. (1976). Verslag van de ziekteverzekering, voorgelegd door de interdepartementale werkgroep. Brussel: Ministerie van Sociale Voorzorg.

Drever, J. (1952). A dictionary of psychology. Harmondsworth (England): Penguin.

Duyn, J. (1989). Thuiszorg: een inventarisatie. Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering.

Enckevort, P. van en Lapré, F. (1987). Naar een meer efficiënte zorgverlening. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 15, 4, p. 34-35.

Evers, G. (1990). Professionalisering van de verpleging. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1990, p.410-415.

Faelens, R. (1986). Eerstelijin in Vlaanderen: een beschrijving anno 1985. Berchem: Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen.

Financieel overzicht zorg 1989. (1988). Tweede Kamer der Staten Generaal. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Financieel overzicht zorg 1990. (1989). Tweede Kamer der Staten Generaal. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Financieel overzicht zorg 1991. (1990). Tweede Kamer der Staten Generaal. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Foets, M. en Nuyens, Y. (1983). In: Foets, M. en Nuyens, Y. Focus op de Belgische gezondheidszorg. Hoofdstuk 1. Leuven: Sociologisch Onderzoeksinstituut Katholieke Universiteit.

Gehandicaptenraad.(1986). Thuishulp aan mensen met een handicap: een overzicht van de bestaande situatie en voorstellen tot een oplossing van knelpunten. Utrecht.

Gemeenschapsministerie van Gezondheidsbeleid. (1983). Symposium Eerstelijnsgezondheidszorg, 28 oktober 1983. Brussel.

Geys, L. en Loon, H. Van (1989). Deel 1. Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging ? Brussel: Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen.

Geys, L. en Loon, H. Van (1990). Deel 2. Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg. Brussel: Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen.

Glerum, C.M., Teunissen, H. en Vries, de R. (1989). Thuiszorg, een zorg meer of minder? Amsterdam: Kontakt Landelijke Organisatie Ziekenfondsen.

Goudriaan, G. (1988). Thuiszorg tussen de lijnen. Den Haag: Harmonisatie Raad Welzijnsbeleid.

Grijpdonck, M. (1982). Theorie ontwikkeling in de verpleegkunde. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 35, p. 646-651.

Grijpdonck, M. (1990). In Gaikhorst, V., Hoekman, P. en Krey, B. van de: (Red.). Verpleging tussen beroep en beleid, een symposium over beroepsprofiel, verzorgingsstaat en politiek, (p. 21-50). Leeuwarden: Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.

Grinten, T.E.D., van der, Lapré, R. en Meurs, P.L. (Red.). (1989). Kan het eenvoudiger? Over substitutie in de gezondheidszorg. Lochem: De Tijdstroom.

Grünwald, C.A. (1987). Beheersing van de Gezondheidszorg. Utrecht: Rijksuniversiteit, Instituut voor Sociale Wetenschappen.

Hedebouw, G., Pacolet, J., Winters, S. en Spinnewijn, H. (1990). De thuiszorg in Vlaanderen. Leuven: Hoger Instituut voor de arbeid.

Heesters, J. en Kesenne, J. (1985). De financiering van de gezondheidszorg in België en Nederland. Brussel: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

Hendriks, J.P.M. (1974). Structuurnota van de gezondheidszorg, aangeboden aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Hessels, E.M.A. (1990). Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1990. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Hofstede, G.H. en Spangenberg, J.F.A. (1986). Methodology of international comparative research. Maastricht: School of Economics and Business Administration, Rijksuniversiteit Limburg.

Hoger Instituut voor de Arbeid. (1990). De gezondheidszorg in Vlaanderen.

Jaspers, F.C.A., van der Steeg, H.J. en van Oudhuisden, A.P.M. (Red.). (1988). Management en professie Blok of Blokkade. Lochem: De Tijdstroom.

Kerkstra, A. en Wit, A.M.G.J. de. (1987). Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgeren: instrumentontwikkeling. Utrecht: Nederlands instituut voor Onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Kerkstra, A. (1990). De Toekomst van de Wijkverpleging: all-round, gedifferentieerd of gespecialiseerd? Primary Health Care en Internationale Ervaringen. Lezing gehouden tijdens het symposium 'De toekomst van de wijkverpleging'. Breda: 13 October 1990.

Klein, C. de en Collaris, J. (1986). Sociale ziektekosten in Europees perspectief. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Knapen, M. en Pub, P. (1984). Van buitenaf bekeken: een onderzoek onder niet-leden en ex-leden van lokale kruisverenigingen. Nijmegen: Instituut voor toegepaste sociologie.

Koning Boudewijnstichting. (1982). Symposium over Eerstelijnsgezondheidszorg, 28 en 29 januari 1982. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

Koninklijk Besluit van 20 juli 1947, 27 december 1950, 8 april 1964, 10 november 1967, 17 augustus 1972, 20 december 1974, 7 oktober 1976, 2 juni 1977, 22 december 1977, 27 juni 1978, 15 maart 1979, 9 april 1980, 16 juli 1980, 30 december 1982, 14 september 1984 22 juni 1988, 6 juli 1988, 14 oktober 1988 en 18 juni 1990. Brussel: Moniteur Belge.

Lambrechts, E. en Dehaes, V. (1985). Eerstelijnsgezondheidszorg in België. Bedenkingen naar aanleiding van recente experimenten. Bevolking en Gezin, 2, p. 141-155.

Landelijk Bestuurlijk Overleg. (1987). Het huidige hulpaanbod van de 4 kerndisciplines binnen de thuiszorg.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. (1991). Informatiebrochure. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

Lapré, F.J. en Westering, J. van (1990). Haalt de wijkverpleging het jaar 2000? Maatschappelijke Gezondheidszorg, 15, p. 4.

Lemaire, G. (1990). Korte historiek van de thuiszorg in de Franse Gemeenschap. Kontakt, 46, p. 13.

Lewalle, H. (1987). Krisis van de sociale zekerheid en privatisering. Dossier nr. 14, 1987. Brussel: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

Londen, J. van (1987). Thuiszorg: huiswerk voor allen voor het jaar 2000. Inaugurale rede. Utrecht: Rijksuniversiteit: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie.

Loon, H. (1990). Interne Wit-Gele Kruisnota. Brussel: Wit-Gele Kruis.

Maarse, J.A.M. (1990). In Maarse, J.A.M. en Mur-Veeman, J.M. (Red.). Beleid en beheer in de gezondheidszorg, (p. 65). Assen: Van Gorcum.

Maatschappelijke Gezondheidszorg - Actueel. (1985). Thuisverpleging in België zit in de lift. (1985, 9, p. 75).

Maatschappelijke Gezondheidszorg - Actueel. (1988). Kruiswerk en gezinsverzorging hebben genoeg sterke punten om concurrentie het hoofd te bieden. (1988, 6, p. 69).

Ministerie van Arbeid en Tewerkstelling. (1990). Paritair Subcomité van de Niet-Ziekenhuizen 1990. Brussel: ministerie van Arbeid en Tewerkstelling.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene. (1980). Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1983). Nota Eerstelijnszorg. Leidschendam:

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1983a). Volksgezondheid bij Beperkte Middelen. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1986). Nota 2000. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1989). Kerndocument doelgericht veranderen. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1990). Nota Werken aan Zorgvernieuwing. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1990). Heroverwegingsonderzoek ' Van Samenwerken naar Samengaan'. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1991). Ministeriële Beschikking. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Ministerieel Besluit van 14 oktober 1988. Brussel: Moniteur Belge.

Mintzberg, H. (1983). Structure in Fives. New Jersey: Englewood Cliffs.

Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruis verenigingen. (1987). Infobrochure. Brussel: Nationaal Sekretariaat.

Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruis verenigingen. (1990). Jaarverslag 1989. Brussel: Nationaal Sekretariaat.

Nationaal Instituut voor de Statistiek. (1987). Statistisch zakjaarboek 1987. Brussel: Nationaal Instituut voor de Statistiek.

Nationaal Instituut voor de Statistiek. (1989). Bevolking op 1 januari 1990. Brussel: Rijksregister.

Nationale Kruisvereniging. (1983). Wij in de wijk: signalement van de functie van wijkverpleegkundige. 2e druk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1983a.

Nationale Kruisvereniging. (1985). Algemeen Profiel van de functie van wijkverpleegkundige. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

Nationale Kruisvereniging. (1987). Andere hulpverleners en de wijkverpleging samen in het gezin. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

Nationale Kruisvereniging. (1987). Kruiswerk in beweging. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987a.

Nationale Kruisvereniging. (1987). Algemeen Profiel van de functie van wijkziekenverzorgende. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987b.

Nationale Kruisvereniging. (1988). Produkten kruiswerk, een omschrijving van het zorgaanbod. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

Nationale Kruisvereniging. (1989). Statuten. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

Nationale Kruisvereniging. (1990). Kruiswerk: voor zorg en voorzorg. Bunnik: Nationale kruisvereniging.

Nationale Kruisvereniging. (1990). De kruisorganisatie, een informatiebrochure. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsenvereniging. (1990). Nota ' Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie', deel 1. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

Nationale Kruisvereniging. (1990). Nota ' Medisch Handelen door Verpleegkundig Beroepsbeoefenaars in de thuissituatie', deel 2. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.

Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen. (1978). Project Eerstelijnsgezondheidszorg, Programmatie van het Wetenschapsbeleid. Brussel.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. (1985). Advies inzake thuisverpleging. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. (1988). Verpleegkundig Beroepsprofiel. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. (1989a). Advies inzake Thuiszorg. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Nederlands Instituut voor de Eerstelijnsgezondheidszorg. (1987). Naar een sterkere eerstelijnszorg? Utrecht: NIVEL, in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Nollen, C. (1990). Zorgkwaliteit van twee deskundigheidsniveaus binnen complexe verpleegsituaties bij ouderen in de wijkverpleging. Afstudeerscriptie Gezondheidswetenschappen. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Nuyens, Y. (1985). In: Nys, H., Foets, M. en Mertens, J. (Red.). Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen (p. 53-76). Antwerpen: Van Loghum Slaterus.

Peet, R. (1990). In Gaikhorst, V., Hoekman, P. en Krey, B. van de. (Red.). Verpleging tussen beroep en beleid, een symposium over beroepsprofiel, verzorgingsstaat en politiek, (p. 51-71). Leeuwarden: Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.

Peeters, R.F., Stevens, F.C.J. en Zee, J. van der. (1985). Het gras aan gene zijde... Gezondheid en Samenleving, 4, 219-222.

Philipsen, H. (1988). Beweging in relatie tussen vraag en aanbod in de thuiszorg. Thuiszorg, emancipatie of nieuwe markt? Bunnik: ATIS.

Plagge, H.W.M. en Boomkamp, J.G.M.(1989). Medisch handelen door verpleegkundigen in de thuiszorg. Medisch Contact, 11, 360-362.

Polit, D.F. en Hungler, P. (1987). Nursing research, principles and methods. Philadelphia: Lippincott Company.

Post, M.W.M., Elberse, W.P. en Schrijvers, A.J.P. (1989). Ouder in Den Haag. Utrecht: Faculteit der Geneeskunde, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie.

Rapping, R. (1989). Haags Kruiswerk: speciale taken voor wijkverpleging, maar iedereen wil in de patiëntenzorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 11, p. 12-14.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). (1990). Omzendbrief aan de verpleegkundigen (1240/MA/W91-T). Brussel: Dienst voor geneeskundige verzorging, RIZIV.

Schellekens, J.W.G., Hoogen, H.J.M. van den en de Vries, P.E. (1985). Morbiditeit nu en in de toekomst: consequenties voor de huisarts. In: Boerma, W.G.M. en Hingstman, L. (Red.). De eerstelijns onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Schepers, R. en Nys, H. (1985). De beroepen in de gezondheidszorg. In: Nys, H., Foets, M. en Mertens, J. (Red.). Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen (p. 53-76). Antwerpen: Van Loghum Slaterus.

Schneider, M., Sommer, J.H., Kececi, A., Scholtes, L. en Welzel, A. (1989). Gesundheitssysteme im internationalen vergleich. Augsburg: BASYS

Schoofs, M. (1990). De vier basisdisciplines in de thuiszorg. Kontakt, 45, p. 6-10.

Schrijvers, A.J.P. en Londen, J. van. (1990). Ontwikkelingen in de thuiszorg. Medisch Contact, 23, p. 745.

Schrijvers, A.J.P. en Londen, J. van. (1988). Thuiszorg opnieuw bekeken. Tijdschrift voor ziekenverpleging, 17, p. 541-544.

Schrijvers, A.J.P. (1987). Van alle markten thuis: thuiszorg beproefd. Inaugurale rede. Utrecht: Rijksuniversiteit: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie.

Seutin, R. (1985). Thuisverpleegkunde als georganiseerde dienstverlening. In: Nys, H., Foets, M. en Mertens, J. (Red.). Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen (p.147-167).Antwerpen: Van Loghum Slaterus.

Slingerland, P. (1988). Medisch handelen door (wijk)verpleegkundigen: nadert er duidelijkheid? Maatschappelijke Gezondheidszorg, 4, p. 12-15.

Smet, M. en Nuysens, Y. (1983). Eerste Lijn in Vlaanderen, sociologische studies en documenten. Leuven: Sociologisch Onderzoeksinstituut Katholieke Universiteit Leuven.

Smet, M. (1985). Eertelijnsgezondheidszorg. In: Nys, H., Foets, M. en Mertens, J. Organisatie van de Gezondheidszorg in Vlaanderen (p. 127-140). Antwerpen: Van Loghum Slaterus.

Snellen, I.Th.M. (1983). Besluitvorming in de top: hoofdstuk 3. Alphen aan de Rijn: Stafleu.

Spijker, G.J.H. en Roelens, A. (1990). Informatie gezondheidszorg en onderwijs: De verpleegkundige aktenlijsten. Verpleegkunde, 1990/1991/3, p. 168.

Spreeuwenberg, C. (1990). Een agenda voor zorgvernieuwing. Medisch Contact, 45, p. 695.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. (1985). Ouder worden in de toekomst, scenario's over gezondheid en vergrijzing, 1984-2000. Utrecht: Van Arkel

Tiel, E. van. (1989). Verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk: geen hulpje maar partner. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 5.

Tjadens, F.L.J. en Woldringh, C.L. (1989). Informele zorg in Nederland. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.

Ven, W.P.M.M. van der. (1988). De rol van de ziektekostenverzekering. In Lapré, R.M. en Rutten, F.F.H. (Red.). Economie van de gezondheidszorg. (Hoofdstuk 6). Lochem: De Tijdstroom.

Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. (1990). Jaarverslag 1989. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.

Verheesen, H. (1989). Ondernemende verpleegkundigen en verzorgenden. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 10, p. 329-332.

Visser, E.T. (1990). Aanvullende thuiszorg: een chaotische markt: een inventariserend onderzoek naar het aanbod van particuliere bureaus en kruisverenigingen. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 18, nr.2, p. 28-31.

Visser, E.T. (1989). Van alle markten thuiszorg. Een inventarisatie van aanvullende thuiszorg in Nederland. Amsterdam: regioplan.

Vorst, H.C.M. (1982). Gids voor literatuuronderzoek in de sociale wetenschappen. Amsterdam: Boom.

Vorst-Thijssen, T., Brink-Muinen, v.d. A. en Kerkstra, A. (1990). Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. Onderzoeksverslag. Utrecht: Nederlands instituut voor Onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Vuori, H. (1984). Huisartsen: bondgenoten of vijanden van de eerstelijnsgezondheidszorg. HANU, 13, 8, p. 320-323.

Wanseele, van C. (1985). Het beleidskader inzake gezondheidszorg. In: Nys, H., Foets, M. en Mertens, J. (Red.). Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen (p. 10). Antwerpen: Van Loghum Slaterus.

Wauters, M. (1990). Thuiszorg en federalisering. Deel 1. Vlaanderen. Kontakt, 45, p. 9-11.

Wijkel, D. (1986). Samenwerken en verwijzen. Utrecht: Nederlands instituut voor Onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)p. 55.

Wijmen, F.C.B., van. (1989). Toekomstige kwaliteitsregulering in de gezondheidszorg. In Roscam Abbing, H.D.C. en Wijmen, F.C.B., van. (Red.). Wetgeving Gezondheidszorg in perspectief. (p. 37-52). Deventer: Kluwer.

Willems, D. (1988). Coördinatie van zorg, niet opeisen maar aanpakken. Bunnik: ATIS.

Wit-Gele Kruis. (1983). Thuisverpleging in de eerstelijnsgezondheidszorg. Leuven: Acco.

Wit-Gele Kruis. (1986). Jaarverslag 1985. Brussel: Nationale Federatie van Wit-Gele Kruis Verenigingen.

Wit-Gele Kruis. (1987). Jaarverslag 1986. Brussel: Nationale Federatie van Wit-Gele Kruis Verenigingen.

Wit-Gele Kruis. (1990). Jaarverslag 1989. Brussel: Nationale Federatie van Wit-Gele Kruis verenigingen.

BIJLAGE 1: Vergelijking van de kosten van de gezondheidszorg in Nederland en België.

Vergelijking van de kosten van gezondheidszorg in Nederland en België in 1980 gemeten in (miljoenen) gulden (koersverhouding fl. 1.- = BF. 14,7) in totaal respectievelijk per hoofd van de bevolking, tevens uitgedrukt in o/o van het netto nationaal inkomen (NNI) respectievelijk bruto nationaal inkomen (BNP)

Bron: Heesters en Kesenne, 1985)

	België (9.855.000 inwoners)		Nederland (14.150.000 inwoners)	
	tot.kosten x fl. 1 milj.	kosten per x fl. 1 milj.	tot.kosten x fl. 1 milj.	kosten per x fl. 1 milj.
I. Intramuraal				
a. ziekenhuizen	3.965	402	9.338	660
b. psychiatrische ziekenhuizen	560	57	1.651	117
c. zwakzinnigen-inrichtingen	585	59	1.674	118
d. verpleeginrichtingen	-	-	2.864	202
e. overig intramuraal	329	33	890	63
II. Totaal	5.439	552	16.415	1.160
1. Specialistische hulp	3.310	336	1.786	126
2. Geneesmiddelen (2)	3.158	320	2.604	184
I. Extramuraal				
a. huisartsenhulp	1.109	112	1.242	88
b. tandheerkunde	493	50	1.456	103
c. uitwend.gen.wijze	476	48	668	48
d. kruiswerk	262	27	505	36
e. verlosk./kraamzorg	68	7	250	18
f. ambul. GGZ	38	4	389	27
g. overige extram. gez.	333	34		
II. Totaal	2.778	282	4.510	319
3. Kollekt. preventie	1.412	144	713	50
4. Beleid, administr., beheer	1.747	177	1.126	80
5. Overige kosten			521	37
TOTALE KOSTEN	17.842	1.810	27.675	1.956
Netto Nationaal inkomen (1)	216.000	21.918	302.440	21.374
Kosten in o/o NNI (1)	8,26	8,26	9,15	9,15
BNP (1)	236.912	24.040	334.930	23.670
Kosten in o/o BNP (1)	7,53	7,53	8,26	8,26

1) Tegen marktprijzen

2) Geneesmiddelen in instellingen zitten onder 1.

Post 3 is inclusief kunst- en hulpmiddelen

BIJLAGE 2: Formulier B: huisbezoek voor alle leeftijdscategorieën.

(Bron: Vorst-Thijssen, Brink-Muinen & Kerkstra, 1990)

HUISBEZOEK VOOR ALLE LEEFTIJDSCATEGORIEËN

De WZ/WZV naam	Reistijd min. Aanvang huisbezoek uur.	Patientencode:
-------------------	--	----------------

PATIENTGEGEVENS

leeftijd: Jaar man 0 vrouw	Ontvangt zorg van 0 dagzorg 0 avondzorg 0 nachtzorg 0 mantelzorg 0 zorg in het weekend	Reden huisbezoek 0 nazorg 0 terminale zorg 0 controle 0 voorlichting 0 achterliggende ziekte 0 (alleen) zorgactiviteiten 0 anders, nl.:	Achterliggende ziekte 0 aandoeningen van het bewegingsapparaat 0 neurologische aandoeninge- 0 diabetes 0 CARA 0 kanker 0 hersenbloeding, 0 herseninfarct, (CVA) 0 andere hart- en vaatziekten 0 dementie (incl. Alzheimer) 0 Aids 0 lichamelijke handicap 0 overige, nl.:
Samenlevingsverband 0 alleenstaand samenwonend met: 0 partner 0 ouders 0 kinderen 0 andere familieleden 0 anders, nl.:	Verleners van mantelzorg 0 partner 0 kinderen/familie (inwonend) 0 uitwonende familieleden 0 vrienden/kennissen 0 bureu 0 georganiseerd vrijwilligerswerk		
LAND VAN HERKOMST 0 Nederland 0 Suriname en Ned. Antillen 0 Turkije 0 Marokko 0 anders, nl.:			

ZORGACTIVITEITEN

1. LICHAAMELIJK-HYGIENISCHE ZORG (ADL-FUNCTIES) Hulpverlening bij: 0 wassen 0 haar verzorgen 0 haar wassen 0 hand- en voetverzorging 0 aan- en uitkleden 0 aandoen van prothese/steunkousen, e.d. 0 verplaatsen patiënt 0 op stoel/naar toilet helpen 0 stimuleren zelfzorg m.b.t. ADL-functies 0 anders, nl.:	3. VERPLEEGTECHNISCH HANDELEN 0 catheteriseren 0 catheter verzorgen/uritiip aanbrengen 0 clysmen geven 0 UP/AP verzorgen 0 wond verzorgen 0 decubitus voorkomen 0 decubitus verzorgen 0 poeders 0 zalf aanbrengen 0 injectie(s) geven 0 medicijnen toedienen 0 druk- of steunverband aanbrengen 0 bed opmaken/verschonen 0 temperatuur opnemen 0 pols/adenhaling controleren 0 wegen 0 oefenen van ledematen 0 andere handelingen, nl.:	4. GVO-AKTIVITEITEN Voorlichting geven/praten over 0 aard ziekte, klachten, etc. 0 medicijngebruik (voorlichting) 0 behandelwijze WZ/WZV Mogelijkheden van: 0 zelfzorg 0 mantelzorg 0 lotgenotencontact 0 hulpmiddelen 0 andere professionele hulp 0 aanpassingen woning 0 kruiswerk 0 andere zaken, nl.:
2. HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN 0 eten of drinken verzorgen 0 douche/badkamer opruimen 0 andere huishoudelijke activiteiten, nl.:		Stimuleren en helpen bij het realiseren van: 0 voeding en dieet 0 gerichte ADL-training (ruimte)vering) 0 gebruik hulpmiddelen 0 voorgeschreven leefwijze 0 bezoek andere hulpverleners 0 anders, nl.:
5. PSYCHOSOCIALE ACTIVITEITEN a. Aard van de problemen 0 opname/ontslag ziekenhuis, verpleeghuis 0 opname bejaardenhuis 0 eenzaamheid 0 acceptatie ziekte/handicap 0 acceptatie van sterven door patiënt 0 acceptatie door familie van sterven v.d. patiënt 0 ouder-kind relatie 0 huwelijksproblemen 0 partner niet in staat tot mantelzorg 0 anders, nl.:	b. Omgaan met de problemen 0 niets doen (negeren) 0 luisteren 0 begrip/medeleven tonen 0 oplossing zoeken 0 voorlichting/advies geven 0 patiënt stimuleren tot bepaald gedrag (zelfhulp) 0 doorverwijzen 0 bemiddelen bij doorverwijzing 0 anders, nl.:	6. MANTELZORG Stimuleren en ondersteunen verleners van mantelzorg: 0 mogelijkheden bespreken 0 toestand patiënt bespreken 0 instructie geven 0 emotionele steun verlenen 0 bespreken of mantelzorg het aankan 0 anders, nl.:
7. OBSERVEREN Observeren en vroegtijdig signaleren van nieuwe symptomen van ziekte of handicap op het 0 lichamelijke vlak 0 psychische vlak 0 sociale vlak	Naar aanleiding van genoemde observatie besluit u: 0 het nog even aan te zien 0 de zorg aan de patiënt bij te stellen 0 iemand te consulteren, nl.:	8. SOCIALE EN ADMINISTRATIEVE ACTIVITEITEN 0 praatje maken 0 informeren naar toestand patiënt 0 informeren naar wat gedaan moet worden 0 afspraak maken 0 administratieve werkzaamheden 0 overige activiteiten, nl.:
VERTREKTIJD huisbezoek beëindigd om: uur	Aantal behandelde patiënten: 0 één 0 twee	0 eerste zorgbezoek 0 vervolg zorgbezoek 0 laatste zorgbezoek

BIJLAGE 3: Registratieformulier: frequentie verpleegkundige zorgen.
(Bron: Geys en Van Loon, 1990)

Afdeling (1) : Regime (2) : 1. full time
 2. part time
 3. contactverpleegkundige

Nr verpleegkundige (3) :

Datum (4) :

DAG (5)	1	2	3	4	5	6	7
Aantal huisbezoeken (6)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aantal patiënten verzorgd (7)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cumul aantal versch.patiënt.(8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rubriek I : Inspuitingen, prikken transfusies, etc.

Perfusie I.V.	<input type="text"/>	Plaatsen verblijfscatheter	<input type="text"/>
+ supervisie S.C.	<input type="text"/>	Aflesen intradermotest	<input type="text"/>
Perifere bloedprik	<input type="text"/>	Peritoneale dialyse	<input type="text"/>
Punctie : veneus	<input type="text"/>	Medikatietoediening	<input type="text"/>
peritoneaal	<input type="text"/>	via catheter	<input type="text"/>
Inspuiting I.V.	<input type="text"/>	Andere	<input type="text"/>
S.C.	<input type="text"/>		
I.D.	<input type="text"/>		
I.M.	<input type="text"/>		

Rubriek II : Sonden, lavementen, etc.

GASTROINTEST	- plaatsen van sonden :	- maag	<input type="text"/>
		- duodenum	<input type="text"/>
	- maagtubage		<input type="text"/>
	- aspiratie maagvocht		<input type="text"/>
	- sondevoeding		<input type="text"/>
	- rectale sonde plaatsen + toezicht		<input type="text"/>
	- <u>rectaal lavement</u>		<input type="text"/>
	- colonclysm		<input type="text"/>
	- manuele verwijdering fecalomen		<input type="text"/>
	- andere		<input type="text"/>
UROGENITAAL	- <u>sonderen blaas</u>		<input type="text"/>
	- <u>spoelen van de blaas</u>		<input type="text"/>
	- <u>vaginale irrigatie</u>		<input type="text"/>
	- vulvar toilet		<input type="text"/>
	- andere		<input type="text"/>

Rubriek III : Verbanden, wonden, etc.

- toediening oogdruppels
- zonder oogverband
- met oogverband
- plaatsen elastische kousen (andere kousen) zonder toilet
- bevestigen van protesen
- instrumentaal verwijderen van necrot weefsel (daarbij)
- verwijderen van chirurgische hechtingen
- sinusspoeling
- oorspoeling
- tracheale aspiratie
- trachea-verband
- andere
- verband : - veelvoudig
- gecompliceerd (uitwassen, wicken, etc.)
- enkelvoudig

Rubriek IV : A.D.L.

- klaarmaken van medikatie
- opzetten en/of kleden van patiënt zonder toilet
- voorbereiding voor nacht (begeleiding ter bedde)
- aërosoltoediening
- zuurstoftoediening
- toediening in- en uitspreiding zalven, poeders, etc. (buiten toilet)
- andere
- toilet

Rubriek V : Toezicht

- controle biologische parameters (stix)
(glucosurie, bloedsuiker, etc.)
- controle biol. parameters (met reagentia)
- bloeddrukmeting
- registratie E.K.G.
- temperatuurmeting
- afname van sekreties (vb. wondvocht voor antibiogram)
- andere

Rubriek VI : Continue, globale, integrale zorgen

- opening van dossier (na hospitalisatie)
- continue toezicht zwaar zieke patiënt
- antwoord op dringende oproep
- intensieve patiënt- en mantelbegeleiding
(vb. stervensbegeleiding)
- lijktol
- andere

NOTA : De verpleegkundige prestaties van vroedvrouwen specifiek aan bevalling en post partum zijn niet in deze enquête opgenomen. Gelieve ze echter wel te noteren - beschrijving + aantal

BIJLAGE 4: Onderzoek naar het patiëntenprofiel.

(Bron: Geys en Van Loon, 1990)

) Afdeling : _____

(2) Nummer verpleegkundige :

) Code v.d.patiënt:

(4) Invuldatum formulier : (dag) (maand) (jaar) 8 9

) Geslacht 1. man 2. vrouw

(6) Geboortedatum patiënt : (dag) (maand) (jaar)

) Begindatum verpleegkundige zorg : (dag) (maand) (jaar)

) Na ziekenhuisontslag : 1. ja 2. neen

(10) Nationaliteit :

) R.V.T.-patiënt: 1. ja 2. neen

1. Belg
2. Niet Belg, Westeuropeaan
3. Oosteuropeaan
4. Noordafrikaan
5. Andere

1) A.D.L.-score

(A) WASSEN

1. volledig zelfstandig
2. onder gordel + ged.hulp
3. onder + boven + ged.hulp
4. met volledige hulp

(B) KLEDEN

1. aan en uit zelfst.
2. onder gordel + ged.hulp
3. onder en boven + ged.hulp
4. met volledige hulp

(C) VERPLAATSEN

1. zonder mech.hulp of derden, voll. zelfst.
2. zelfstand. in en uit bed + mech.hulp
3. opstaan + verplaatsen slechts met hulp van derden
4. bed of rolstoel gebonden + voll.afhank.

(D) TOILETBEZOEK

1. zelfstandig
2. gedeeltelijke hulp
3. volledige hulp
4. kan geen toilet gebruiken

(E) ETEN

1. zelfstandig
2. voorbereidende hulp
3. tijdens inname + ged.hulp
4. wordt gevoed

(F) INCONTINENTIE

1. continent voor urine en faeces
2. accidenteel incontinent (ook stoma, sonde)
3. incontinent voor urine
4. incontinent voor urine + faeces

- (G) Nachtelijke onrust
- (H) Verbaal storend
- (I) Destructief gedrag
- (J) Beschuldigend gedrag
- (K) Angstig gedrag
- (L) Rusteloos gedrag
- (M) Decorumverlies
- (N) Oriëntatie in de tijd
- (O) Wegloopgedrag
- (P) Oriëntatie van plaats
- (Q) Uitdrukkingsvermogen

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1. nooit (geen probleem)
2. nu en dan, zelden
3. bijna elke dag probleem, slecht
4. voortdurend, altijd
5. niet meer te testen o.w.v. gevorderde toestand

(12) Woonsituatie

1. alleen
2. alleen met echtgenoot
3. alleen met kind(eren)
4. met kind(eren) en echtgenoot
5. met anderen

(13) Aanwezigheid professionele zorgverleners

- huisarts
- verpleegkundige
- gezins- en bejaardenhulp
- maatschappelijk werker
- kinesitherapeut
- andere professionelen

	aantal HBZ week	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4) Mantelzorg

(A) AARD +

1. inwonend persoon
2. familie (niet inwonend)
3. buren
4. vrienden en/of kennissen
5. vrijwilligersorganisatie
6. niemand

(B) KWALITEIT

1. goed, gerespecteerd
2. goed
3. ontevreden
4. niet goed en kritisch
5. armtierig

(C) KWANTITEIT

1. bestendig
2. dagelijks op vraag + behoefte v.d.pa:
3. dagelijks maar beperkt in duur
4. enkele keren per week naar behoefte pa:
5. enkele keren per week en beperkt
6. wekelijks
7. af en toe
8. zeldzaam

5) Komfort

(A) SANITAIR

1. ingerichte badkamer + stromend warm water
2. doucheceel met stromend water
3. stromend warm water in de keuken
4. geen stromend warm water (enkel koud)
5. geen stromend water in woning

(B) TOILET

1. toilet met stromend water in woning
2. toilet met stromend water buiten woonvertrekken
3. toilet zonder stromend water in de woning
4. toilet zonder stromend water buiten de woonvertrek

(C) VERWARMING

1. centrale verwarming
2. lokale verwarm. in meerd. vertrekken
3. lokale verwarm. enkel in woonkamer
4. verwarming onvoldoende of geen

(D) WONING

1. woning gelijkvloers, geen probleem
2. woning met verdieping, geen probleem
3. alleen verdiepingprobleem (trap)
4. dag en nacht zelfde verdieping OK

(E) HULPMIDDELEN

1. volledig uitgerust
2. voldoende, kleine hulpmid.
3. alle mech. hulpmid. ontbre

5. dag en nacht zelfde verdieping, niet OK
6. woning totaal onaangepast

6) Technisch verpleegkundige zorg

(A) SOORT + AANTAL

- Nomenclatuur

- toilet
- verband
- inspuiting
- andere nomenclatuur

- Niet nomenclatuur

1. met nomenclatuurzorg
2. afzonderl. verplaatsing

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1. minder dan wekelijks
2. 1 x per week
3. 2 x per week
4. 3 x per week
5. 1 x per dag
6. 2 x per dag
7. meer dan 2 x per dag

(B) TIJDSTIP

VM	NM	AV	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Indien niet technische zorg

(A) PSYCHISCH +

1. permanent patiënt
2. permanent familie
3. occasioneel patiënt
4. occasioneel familie
5. andere

(B) SOCIAAL +

1. isolement
2. bewakingssysteem
3. klusjes of boodschappen
4. andere

(C) SAMENWERKING (laatste maand)

- collega verpleegkundige
- huisarts
- gezins- en bejaardenhulp
- maatschappel.werker
- kinesist
- familieraad
- andere

<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>

1. overleg
2. telefoor
3. team
4. schriftel. o
5. andere s
6. bezoek

BIJLAGE 5: Rangorde, absoluut en relatief aantal zorgen
(Bron: Geys en Van Loon, 1990)

<i>Rang- orde</i>	<i>Aard van de zorg</i>	<i>Absoluut aantal</i>	<i>%</i>	<i>Kumulatief %</i>
1	Toilet	96.049	32,9	32,9
2	Subcutane inspuiting	67.703	23,2	56,1
3	Enkelvoudig verband	28.330	9,7	65,8
4	Intramusculaire inspuiting	28.091	9,6	75,4
5	Oogindruppeling zonder verband	9.097	3,1	78,5
6	Veelvoudig verband	7.500	2,6	81,1
7	Klaarzetten van geneesmiddelen	7.279	2,5	83,6
8	Complex verband *	6.838	2,3	85,9
9	Begeleiding van de patiënt naar bed	5.231	1,8	87,7
10	Aanbrengen van zalf	4.244	1,4	89,1
11	Andere ADL	3.939	1,3	90,4
12	Andere verbanden	3.870	1,3	91,7
13	Elastische kousen aan- of uitdoen	3.509	1,2	92,9
14	Opzetten/kleden zonder toilet	3.109	1,1	94,0
15	Andere gastrointestinale zorgen	1.503	0,5	94,5
16	Andere urogenitale zorgen **	1.481	0,5	95,0
17	Blaasspoeling	1.286	0,4	95,4
18	Bloeddrukmeting	1.138	0,4	95,8
19	Bloed- en urineonderzoek met stix	1.016	0,3	96,1
20	Blaassondage	846	0,3	96,4
21	Bevestiging protese	840	0,3	96,7
22	Andere toezichten	813	0,3	97,0
23	Andere continue integrale zorgen	633	0,2	97,2
24	Temperatuurmeting	570	0,2	97,4
25	Vaginale irrigatie	503	0,2	97,6
26	Oogindruppeling met verband	496	0,2	97,8
27	Tracheaverband	493	0,2	98,0
28	Rektaal lavement	445	0,2	98,2
29	Instrumentaal verwijderen van necroseweefsel	441	0,2	98,4
30	Blaastapotage	414	0,1	98,5
31	Opening dossier na hospitalisatie	370	0,1	98,6
32	Vulvatoilet	369	0,1	98,7
33	Intense begeleiding van mantelzorg	356	0,1	98,8

Rang- orde	Aard van de zorg	Absoluut aantal	%	Kumulatief %
34	Andere prikken	328	0,1	98,9
35	Verwijderen fecaloom	322	0,1	99,0
36	Aerosoltoediening	314	0,1	99,1
37	Zuurstoftoediening	227	0,1	99,2
38	Colonclysma	214	0,1	99,3
39	Dringende oproep	187	0,1	99,4
40	Perifere bloedprik	161	0,1	99,5
41	Medikatietoediening via catheter	154	0,1	99,6
42	Venapunctie	135	0,0	99,
43	Kontinu toezicht bij zware patiënt	133	0,0	99,
44	Intradermale inspuiting	132	0,0	99,
45	Trachea-aspiratie	129	0,0	99,
46	Bloed- of urineonderzoek met reagentia	89	0,0	99,
47	Verwijdering van hechting	58	0,0	99,
47	Registratie Elektrocardiogram	58	0,0	99,
49	Rektale sonde plaatsen	56	0,0	99,
50	Lijktooi	53	0,0	99,
51	Maagsonde plaatsen	44	0,0	99,
52	Peritoneale dialyse	36	0,0	99,
53	Duodenale sonde plaatsen	34	0,0	99,
54	Intraveneuse inspuiting	33	0,0	99,
55	Sondevoeding	25	0,0	99,
56	Sinusspoeling	22	0,0	99,
56	Sekretieafname	22	0,0	99,
58	Oorspoeling	21	0,0	99,
59	Perfusie : intraveneus	20	0,0	99,
60	Perfusie : subcutaan	14	0,0	99,
61	Maagtubage	12	0,0	99,
62	Aspiratie maagvocht	6	0,0	99,
63	Aflezen van intradermo-reactie	4	0,0	99,
64	Catheter aanbrengen	3	0,0	99,
65	Peritoneale punctie	1	0,0	100
	<i>Totaal</i>	<i>291.846</i>		<i>100</i>

* Complex verband : wordt als enkelvoudig verband terugbetaald.

** "Andere urogenitale zorgen" is voor een groot gedeelte het aanbrengen of vervangen van een uitwendige catheter.

BIJLAGE 6: Indeling van verpleegkundige handelingen in de taakgroep "Zorg voor zieken en gehandicapten" in de taakindeling volgens Appelman e.a., 1989:

1. Signalering en analyse zorgsituatie tijdens het zorgproces
2. GVO / Voorlichting, advies en instructie
3. Verzorging
4. Verpleegtechnisch handelen
 - 4.1 Zorg gericht op urogenitale stelsel/maagdarmkanaal/ademhaling/bloedcirculatie
 - 4.2 Wondverzorging
 - 4.3 Medicijntoediening
 - 4.4 Overige verpleegtechnische handelingen
5. Begeleiding in probleemsituaties

1. Percentages huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht in de categorie

Signalering en analyse zorgsituatie tijdens zorgproces

NEDERLAND	% NL	BELGIË	% België
- observeren en vroegtijdig signaleren van nieuwe symptomen van ziekte op:		--	--
lichamelijk vlak	13.0		
psychisch vlak	6.8		
sociaal vlak	4.0		
- bespreken of mantelzorg het aankan	8.9		
Totaal	32.7	--	--

2. Percentages huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht in de categorie

GVO / voorlichting, advies en instructie

NEDERLAND	% NL	BELGIË	% België
- voorlichting geven/praten over:			
aard ziekte, klachten, etc.	17.4	-	--
medicijngebruik (voorlichting)	8.7		--
behandelwijze WV/WZV	5.3		--
- mogelijkheden van:			
zelfzorg/mantelzorg	9.4		--
hulpmiddelen/aanpassing woning	4.8		--
kruiswerk/andere professionele hulpverleners	6.0		--
andere zaken	2.3		--
- Stimuleren en helpen bij realisering van:			
voeding en dieet/voorgeschreven leefwijze	11.9	-	--
gebruik hulpmiddelen/ADL training	10.0		--
andere zaken 4.0-			
mogelijkheden met de mantelzorg bespreken	9.8		--
toestand patiënt met de mantelzorg bespreken	16.4		--
instructie geven aan de mantelzorg	7.6		--
Totaal	113.6		--

3. Percentages huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht in de categorie

Verzorging

NEDERLAND	% NL	BELGIË	% België
hulpverlening bij:		hulpverlening bij:	
- wassen	47.4	- toilet*	43.3
- aan- en uitkleden	44.8	- begeleiding van patiënt naar bed	2.4
- decubitus voorkomen	23.6	- andere ADL	1.8
- verplaatsen patiënt	22.6	- elastische kousen aan- of uitdoen	1.6
- douche/badkamer opruimen/ andere huishoudelijke activiteiten	23.7	- opzetten/kleden zonder toilet	1.4
- stimuleren zelfzorg	12.7	- bevestiging prothese	0.4
- andere ADL handelingen	3.8		
- aandoen van prothese/ steunkousen	10.6		
- hand- en voetverzorging	10.1		
- bed opmaken/verschonen	9.6		
- poederen	7.9		
- haarverzorgen/haarwassen	20.9		
- op poststoel/naar toilet helpen	6.6		
Totaal	244.3		50.9

* de onderstreepte zorgen zijn de terugbetaalbare zorgen

4. Verpleegtechnische handelingen

4.1 Percentages huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht in de categorie

Zorg gericht op urogenitale stelstel/maagdarmkanaal/ademhaling/bloedcirculatie

NEDERLAND	% NL	BELGIË	% België
- catheteriseren/catheter /UP/AP verzorgen	10.7	- blaasspoeling	0.6
- pols controleren/temperatuur/wegen/ademhaling controleren	2.1	- bloeddruk meting	0.5
- clysmen geven	0.7	- bloed en urine onderzoek met stix	0.5
- rectaal toucheren faeces	0.6	- blaassondage	0.4
		- temperatuur meting	0.3
		- rectaal lavement	0.2
		- blaastapotage	0.2
		- vulva toilet	0.2
		- verwijderen fecaloom	0.2
		- andere prikken	0.2
		- zuurstof toediening	
		- colon clysmen	
		- bloed- of urine onderzoek met reagentia	0.04
		- rectale sonde plaatsen	0.03
		- maagsonde plaatsen	0.02
		- duodenale sonde plaatsen	0.02
		- secretie afname	0.01
		- sonde voeding	0.01
		- trachea aspiratie	0.06
		- maagtubatie	0.0
		- aspiratie maagvocht	0.0
		- catheter aanbrengen	0.0
		- aflezen intradermo-reactie	0.0
		- andere gastrointestinale zorgen	0.7
		- andere urogenitale zorgen	0.7
Totaal	14.1		4.8

4.2 Percentages huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht in de categorie

Wondverzorging

NEDERLAND	% NL	BELGIË	% België
- wondverzorgen	16.6	- <u>enkelvoudig verband</u>	12.8
- decubitus verzorgen	6.2	- <u>veelvoudig verband</u>	3.4
- druk- en steunverband	6.5	- complex verband	3.1
		- andere verbanden	1.8
		- trachea verband	0.2
		- instrumentaal verwijderen van necrose weefsel	0.2
		- verwijderen van hechting	0.03
Totaal	29.3		21.5

4.3 Percentages huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht in de categorie

Medicijntoediening

NEDERLAND	% NL	BELGIË	% België
- zalf aanbrengen	21.0	- <u>subcutane inspuiting</u>	30.5
- injectie(s) geven	13.6	- <u>intramusculaire inspuiting</u>	12.7
- medicijnen toedienen	10.0	- oogindruppelen zonder verband	4.1
- klaarzetten van medicijnen	3.4	- klaarzetten van geneesmiddelen	3.3
		- aanbrengen van zalf	1.9
		- <u>vaginale irrigatie</u>	0.2
		- oogindruppelen met verband	0.2
		- aerosol toediening	0.1
		- medicatie via catheter	0.1
		- <u>intradermale inspuiting</u>	0.1
		- intraveneuse inspuiting	0.01
		- sinusspoeling	0.01
		- perfusie: intraveneus	0.0
		- perfusie: subcutaan	0.0
		- peritoneale punctie	0.0
Totaal	48.0		53.2

4.4 Percentages huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht in de categorie

Overige verpleegtechnische handelingen*

NEDERLAND	% NL	BELGIË	% België
-		- perifere bloedprik	0.1
		- venapunctie	0.1
		- registratie electrocardiogram	0.0
		- oorspoeling	0.0
Totaal	-		0.3

* Deze indeling - niet volgens Appelman e.a. (1989) - is toegevoegd omdat niet geheel duidelijk is onder welke categorieën deze handelingen moeten vallen

5. Percentages huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht in de categorie

Begeleiding in probleemsituaties

NEDERLAND	% NL	BELGIË	% België
- omgaan met de problemen:		- andere toezichten	0.4
luisteren	20.4	- andere continue integrale zorgen	0.3
begrip/medeleven tonen	17.6	- continue toezicht bij zware patiënt	0.1
oplossing zoeken	4.3	- lijktooi	0.0
voorlichting/advies geven	8.3	- intense begeleiding mantelzorg	0.2
patiënt stimuleren tot bepaald gedrag	6.8	- dringende oproep	0.1
- emotionele steun verlenen aan mantelzorg	12.0		
Totaal	69.4		1.1

