

**EXTRAMURALE VERPLEGING**

**IN VERSCHILLENDE LANDEN:**

**een overzicht**

 **NIVEL**  
**bibliotheek**  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

R.A. Verheij  
A. Kerkstra

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - tel. 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verheij, R.A.  
Kerkstra, A.

Extramurale verpleging in verschillende landen: een overzicht /  
R.A. Verheij, A. Kerkstra. - Utrecht:  
Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg  
(NIVEL)  
Met lit. opg.  
ISBN 90-6905-085-4  
Trefw.: extramurale verpleging.

# INHOUDSOPGAVE

<b>1. INLEIDING</b>	
1.1. Achtergrond en doel van de studie	2
1.2. Methode	3
1.3. Inhoud van de studie	8
<b>2. EXTRAMURALE VERPLEGING IN BELGIË</b>	
2.1. De omgeving	11
2.1.1. Bevolking	11
2.1.2. Het gezondheidszorgsysteem	11
2.2. Extramurale verpleging	14
2.2.1. Geschiedenis	14
2.2.2. Organisatie en financiering	15
2.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht	20
2.2.4. Patiëntenpopulaties	23
2.2.5. Type zorg	25
2.2.6. De intake-procedure	28
2.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	30
2.2.8. Problemen	32
<b>3. EXTRAMURALE VERPLEGING IN CANADA</b>	
3.1. De omgeving	37
3.1.1. Bevolking	37
3.1.2. Het gezondheidszorgsysteem	37
3.2. Extramurale verpleging	39
3.2.1. Geschiedenis	40
3.2.2. Organisatie en financiering	40
3.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht	43
3.2.4. Patiëntenpopulaties	44
3.2.5. Type zorg	45
3.2.6. De intake-procedure	47
3.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	48
3.2.8. Problemen	49

<b>4.</b>	<b>EXTRAMURALE VERPLEGING IN DUITSLAND</b>	
	(situatie voor 1990)	
4.1.	De omgeving	53
4.1.1.	Bevolking	53
4.1.2.	Het gezondheidszorgsysteem	53
4.2.	Extramurale verpleging	56
4.2.1.	Geschiedenis	56
4.2.2.	Organisatie en financiering	57
4.2.3.	Soorten verpleegkundigen en menskracht	61
4.2.4.	Patiëntenpopulaties	65
4.2.5.	Type zorg	65
4.2.6.	De intake-procedure	66
4.2.7.	Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	68
4.2.8.	Problemen	69
<b>5.</b>	<b>EXTRAMURALE VERPLEGING IN ENGELAND</b>	
5.1.	De omgeving	75
5.1.1.	Bevolking	75
5.1.2.	Het gezondheidszorgsysteem	76
5.2.	Extramurale verpleging	79
5.2.1.	Geschiedenis	79
5.2.2.	Organisatie en financiering	80
5.2.3.	Soorten verpleegkundigen en menskracht	81
5.2.4.	Patiëntenpopulaties	84
5.2.5.	Type zorg	86
5.2.6.	De intake-procedure	87
5.2.7.	Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	89
5.2.8.	Problemen	91
<b>6.</b>	<b>EXTRAMURALE VERPLEGING IN FINLAND</b>	
6.1.	De omgeving	97
6.1.1.	Bevolking	97
6.1.2.	Het gezondheidszorgsysteem	97
6.2.	Extramurale verpleging	101
6.2.1.	Geschiedenis	101
6.2.2.	Organisatie en financiering	101
6.2.3.	Soorten verpleegkundigen en menskracht	103
6.2.4.	Patiëntenpopulaties	104
6.2.5.	Type zorg	105
6.2.6.	De intake-procedure	106

6.2.7.	Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	107
6.2.8.	Problemen	108
<b>7.</b>	<b>EXTRAMURALE VERPLEGING IN FRANKRIJK</b>	
7.1.	De omgeving	111
7.1.1.	Bevolking	111
7.1.2.	Het gezondheidszorgsysteem	111
7.2.	Extramurale verpleging	113
7.2.1.	Geschiedenis	114
7.2.2.	Organisatie en financiering	115
7.2.3.	Soorten verpleegkundigen en menskracht	119
7.2.4.	Patiëntenpopulaties	120
7.2.5.	Type zorg	122
7.2.6.	De intake-procedure	123
7.2.7.	Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	124
7.2.8.	Problemen	125
<b>8.</b>	<b>EXTRAMURALE VERPLEGING IN NEDERLAND</b>	
8.1.	De omgeving	129
8.1.1.	Bevolking	129
8.1.2.	Het gezondheidszorgsysteem	129
8.2.	Extramurale verpleging	133
8.2.1.	Geschiedenis	134
8.2.2.	Organisatie en financiering	135
8.2.3.	Soorten verpleegkundigen en menskracht	137
8.2.4.	Patiëntenpopulaties	138
8.2.5.	Type zorg	140
8.2.6.	De intake-procedure	141
8.2.7.	Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	142
8.2.8.	Problemen	143
<b>9.</b>	<b>EXTRAMURALE VERPLEGING IN NOORWEGEN</b>	
9.1.	De omgeving	149
9.1.1.	Bevolking	149
9.1.2.	Het gezondheidszorgsysteem	149
9.2.	Extramurale verpleging	151
9.2.1.	Geschiedenis	151
9.2.2.	Organisatie en financiering	151
9.2.3.	Soorten verpleegkundigen en menskracht	154

9.2.4.	Patiëntenpopulaties	155
9.2.5.	Type zorg	156
9.2.6.	De intake-procedure	158
9.2.7.	Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	159
9.2.8.	Problemen	160

## **10. EXTRAMURALE VERPLEGING IN DE VERENIGDE STATEN**

10.1.	De omgeving	163
10.1.1.	Bevolking	163
10.1.2.	Het gezondheidszorgsysteem	163
10.2.	Extramurale verpleging	165
10.2.1.	Geschiedenis	166
10.2.2.	Organisatie en financiering	167
10.2.3.	Soorten verpleegkundigen en menskracht	171
10.2.4.	Patiëntenpopulaties	175
10.2.5.	Type zorg	176
10.2.6.	De intake-procedure	178
10.2.7.	Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	180
10.2.8.	Problemen	180

## **SAMENVATTING EN CONCLUSIES**

11.1.	Inleiding	185
11.2.	Organisatie van de extramurale verpleging	186
11.3.	Financiering van de extramurale verpleging	190
11.4.	Soorten verpleegkundigen	194
11.5.	Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen	200
11.6.	De arbeidsmarkt voor de extramurale verpleging	201

## **LITERATUUR**

<b>APPENDIX 1</b>	211
<b>APPENDIX 2</b>	213
<b>APPENDIX 3</b>	214
<b>APPENDIX 4</b>	215

## VOORWOORD

Dit boek geeft een beschrijving en vergelijking van de organisatie en financiering van organisaties voor extramurale verpleging in België, Canada, Duitsland, Engeland, Finland, Frankrijk, Nederland, Noorwegen, en de Verenigde Staten.

Het onderzoek werd gefinancierd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

De auteurs bedanken allen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. In het bijzonder willen de auteurs hun waardering uitspreken voor de bijdragen van mevrouw M. de Jong (Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Maatschappelijke Gezondheidszorg), de heer R.R. Laagewaard (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, afdeling algemene gezondheidszorg en beroepen), mevrouw F.J. Mensink, M.N. (Verplegingswetenschappen, Hogeschool Midden Nederland) en mevrouw drs. R. van Vliet (Geneeskundige Hoofdinspectie), allen leden van de klankbordgroep. Voor tekstverwerking en lay-out bedanken wij mevrouw M. van der Meulen, en voor zijn substantiële bijdrage aan een aantal paragrafen drs. P. van der Heijden.

december 1991  
Robert Verheij  
Ada Kerkstra





## 1. INLEIDING

Het doel van deze studie is te voorzien in een behoefte aan informatie over de organisatie, het functioneren en de financiering van extramurale verpleging in verschillende geïndustrialiseerde landen. Deze informatie kan dienen als vergelijkingsmateriaal voor de Nederlandse extramurale verpleging. De bedoeling is te leren van ervaringen in andere landen, de problemen die daar meespelen en de pogingen die daar ondernomen worden de problemen op te lossen.

Dit is geen gemakkelijke opdracht, en de verleiding is misschien groot oplossingen in Nederland te introduceren die in andere landen blijken te werken zonder voldoende aandacht te besteden aan de unieke factoren in die andere landen. Ieder land heeft zijn eigen historische achtergrond, zijn eigen manier om de gezondheidszorg in het algemeen te organiseren en zijn unieke geografische factoren.

Dit mag ons er echter niet van weerhouden eens over de grenzen van ons land te kijken. Er zijn immers veel gemeenschappelijke kenmerken. Alle geïndustrialiseerde landen worden bijvoorbeeld geconfronteerd met een vergrijzende bevolking. In de meeste landen is het percentage ouderen hoger dan in Nederland. Alle geïndustrialiseerde landen streven naar substitutie van intramurale zorg door thuiszorg en proberen de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis terug te brengen. Deze ontwikkelingen veroorzaken een groeiende behoefte aan thuiszorg en het is interessant te zien wat er in deze landen gebeurt om aan die behoefte te voldoen.

Interessant is ook de ontwikkelingen en discussies die in Nederland gaande zijn op het gebied van de thuiszorg te vergelijken met ontwikkelingen in andere landen.

Tenslotte is het noodzakelijk op de hoogte te zijn van de situatie in het buitenland met het oog op de éénwording van Europa en de vrije verplaatsing van personen en goederen die daarmee verbonden is. De Europese richtlijnen hebben voor zover bekend slechts betrekking op de opleiding van verpleegkundigen terwijl de omgeving waarin buitenlandse verpleegkundigen hebben gewerkt helemaal buiten beschouwing blijft.

## 1.1. Achtergrond en doel van de studie

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is de laatste jaren onderhevig aan ingrijpende hervormingen. Direct of indirect hebben deze hervormingen gevolgen voor de organisatie van thuiszorg. Daarnaast groeit de vraag naar thuiszorg door de vergrijzing van de bevolking. Hieronder volgt een korte beschrijving van de belangrijkste onderwerpen.

### *Overheidsbeleid*

Sinds enige decennia wordt de overheid geconfronteerd met stijgende kosten in de gezondheidszorg. Om dit probleem te lijf te gaan zijn verschillende maatregelen genomen.

Thuiszorg wordt over het algemeen goedkoper geacht dan intramurale zorg. Sinds de zeventiger jaren is het beleid dan ook gericht op substitutie van intramurale zorg door thuiszorg. Het beleid wordt hierbij geholpen door technologische ontwikkelingen die er voor zorgen dat wat enige jaren geleden slechts in het ziekenhuis mogelijk was nu ook thuis plaats kan vinden. Dit beleid resulteerde in een verkorting van de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis van 12.7 dagen in 1982 tot 11.8 dagen in 1986 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1991). Vele andere landen hebben eenzelfde beleid: 'The one public policy principle common to all twelve EC countries (..) is that aged people should stay as long as possible in their own homes' (Nijkamp e.a., 1991).

Naast substitutie is het beleid gericht op de introductie van competitie in de gezondheidszorg. Ook dit is niet typisch Nederlands: 'Many other countries are beginning to encourage the private sector with respect to elderly care' (Nijkamp e.a., 1991).

### *De organisatie van thuiszorg*

De extramurale verpleging en de gezinsverzorging zijn in Nederland de belangrijkste leveranciers van thuiszorg. Tot 1990 waren beide ondergebracht in aparte organisaties. Hoewel dit niet betekende dat er geen contact tussen de organisaties was, werd integratie van de twee wenselijk geacht om tot een efficiëntere zorgverlening te komen. In 1990 fuseerden dan ook de koepelorganisaties voor gezinsverzorging en wijkverpleging tot de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Het is de bedoeling dat ook op het uitvoerend niveau de integratie tot stand zal komen. Deze integratie zal consequenties hebben voor de taakverdeling en de verdeling van verantwoordelijkheden tussen verpleegkundigen van het tweede deskundigheidsniveau en gezinsverzorgenden. Daarnaast dient de intake voor gezinsverzorging en extramurale verpleging geïntegreerd te worden.

Verder staat het all-round werken van wijkverpleegkundigen in Nederland ter

discussie. Door de toenemende curatieve werkdruk komen preventieve verpleegkundige activiteiten steeds meer in de knel. Het is de vraag of het nog wel haalbaar is voor de extramurale verpleegkundigen om zowel binnen de jeugdgezondheidszorg als in de thuiszorg werkzaam te zijn. Daarnaast is er door epidemiologische ontwikkelingen, substitutie van intramurale zorg door thuiszorg en het toepassen van technologie in de thuiszorg, sprake van een veranderende aard en toenemende complexiteit van de zorgvragen. Dit heeft tot gevolg dat er steeds meer binnen de thuisverpleging een behoefte wordt gevoeld om met aandachtsgebieden te werken (horizontale functiedifferentiatie).

Tot slot is er sprake van een (dreigend) tekort aan extramurale verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. De Commissie Werner (1991) constateert in haar rapport 'In hoger beroep' een grote ontevredenheid onder verpleegkundigen. Verschillende redenen liggen hieraan ten grondslag: de zware werkdruk, het gebrek aan waardering, de onduidelijk afgebakende bevoegdheden en taken, en onvoldoende mogelijkheden om de eigen taken zelfstandig uit te kunnen voeren.

De reden van deze studie is dat we de indruk hebben dat de boven beschreven onderwerpen niet exclusief voor Nederland zijn doch ook in andere landen spelen.

In deze studie zal getracht worden op de volgende vragen een antwoord te krijgen.

1. Hoe is de extramurale verpleging georganiseerd?
2. Hoe wordt de extramurale verpleging gefinancierd?
3. Welke deskundigheidsniveaus zijn er binnen de extramurale verpleging?
4. Welke specialisaties zijn er onder extramurale verpleegkundigen?
5. Hoe zijn de taken en verantwoordelijkheden verdeeld over de verschillende soorten verpleegkundigen?
6. Hoe wordt de intake uitgevoerd?
7. Hoe werkt de extramurale verpleging samen met andere hulpverleners (gezinsverzorging, huisarts, ziekenhuis)?
8. Welke problemen spelen er met betrekking tot de extramurale verpleging?

## **1.2. Methode**

### *Keuze van landen*

Een eerste beperking in het aantal te onderzoeken landen werd bereikt door te beginnen met de 24 OECD-landen (Organisation for Economic Co-operation and Development). Binnen deze groep landen bestaan echter zeer grote

verschillen in bijvoorbeeld het bruto nationaal produkt en derhalve in de hoeveelheid geld die beschikbaar is voor gezondheidszorg. Daarom werd een keuze gemaakt om alleen de rijkste landen in de studie te betrekken. Voorts werden IJsland en Luxemburg buiten beschouwing gelaten vanwege hun geringe omvang.

Uiteindelijk werden van de overblijvende landen Canada, de Verenigde Staten, Noorwegen, Finland, Engeland, de voormalige bondsrepubliek Duitsland, België, Frankrijk en Nederland in de studie betrokken.

Deze landen werden ten eerste gekozen omdat hierbij zowel landen zijn met een strikt onderscheid tussen eerste en tweedelijnsgezondheidszorg in termen van toegankelijkheid als landen waarin dat onderscheid er niet is. Engeland, Finland en Nederland vertegenwoordigen de eerste categorie (verwijsbrief van de huisarts is nodig om een medisch specialist te raadplegen) terwijl Frankrijk, Duitsland, België, Canada en de Verenigde Staten behoren tot de tweede. Noorwegen behoort tot beide categorieën (tweedelijnsgezondheidszorg vrij toegankelijk in Oslo, verwijsbrief nodig in de rest van het land).

Voorts zijn er landen waarin generalistisch gewerkt wordt en landen waarin verschillende specialismen bestaan, zowel in de opleidingen als in de organisatie van de extramurale verpleging.

Tenslotte zijn er landen met bijzondere kenmerken. Zo kent de Verenigde Staten bijvoorbeeld een omvangrijke for-profit sector. In Frankrijk is de ontwikkeling van georganiseerde extramurale verpleging nog in een vroeg stadium. In Duitsland is de gezinsverzorging vaak geïntegreerd met de extramurale verpleging.

#### *Literatuurstudie*

Literatuur werd gezocht in de bestanden van de bibliotheek van het NIVEL, bij de Universiteit van Utrecht, en het Centraal Bureau voor de Statistiek. Daarnaast werden er in drie internationale databases gezocht: Cinahl, Medline en Excerpta Medica. De volgende trefwoorden werden gebruikt: community nursing, home health nursing, home care, Gemeindekrankenpflege, Bezirkskrankenpflege, Sozialstationen, en wijkverpleging, alles in combinatie met de betrokken landen.

#### *Deskundigen*

In ieder land zijn deskundigen gezocht op het gebied van de extramurale verpleging met het doel hen te vragen een vragenlijst in te vullen. Hierbij werd in eerste instantie de voorkeur gegeven aan personen die zich bezig houden met onderzoek op het gebied van de extramurale verpleging en die in staat zouden zijn een landelijk overzicht te geven van de situatie in hun

land.

Bij het zoeken naar deskundigen werd gebruik gemaakt van:

- persoonlijke contacten die tot stand waren gekomen tijdens de International Conference on Community Nursing die in 1989 door het NIVEL werd georganiseerd;
- contacten van de Regional Office in Kopenhagen van de Wereldgezondheidsorganisatie;
- contacten van de Europese Vereniging van Thuiszorgorganisaties;
- contacten van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

Naar aanleiding van deze contacten kwam een lijst van potentiële deelnemers tot stand. Aan hen werd schriftelijk gevraagd aan het onderzoek mee te werken. Indien hierop een negatief antwoord kwam werd gevraagd of men wellicht andere personen kende die zouden willen meewerken en die daar ook voldoende kennis voor zouden hebben.

Hoewel het de bedoeling was een indruk te krijgen van de extramurale verpleging in ieder land als geheel, bleek er in de Verenigde Staten, Frankrijk en ook Canada een dermate grote variatie in organisaties te zijn dat dit onmogelijk was. In deze landen werden slechts enkele thuiszorgorganisaties in beschouwing genomen.

### *Enquête*

In oktober en november 1990 werd een omvangrijke vragenlijst ontwikkeld en deze werd in december van dat jaar opgestuurd naar de deskundigen in de betreffende landen. De vragenlijst was opgesteld in het Engels.

Omdat het in het beginstadium van het onderzoek onduidelijk was hoe de wijkverpleging in een aantal landen was georganiseerd moest duidelijk gemaakt worden wat er onder organisaties voor extramurale verpleging verstaan werd. In de vragenlijst werd de volgende definitie gebruikt:

#### **Type zorg**

De organisatie dient te voorzien in verpleging, revalidatie, ondersteuning, preventie en/of medisch technische zorg. Ook organisaties die zich in een van deze hebben gespecialiseerd komen in aanmerking.

#### **Lokatie**

De zorg dient te worden geleverd in de 'gemeenschap', hetgeen in de praktijk neerkomt op zorgverlening aan thuiswonende patiënten. Organisaties die een deel van de zorg leveren aan intramurale patiënten komen echter ook in aanmerking.

#### **Financiering**

De organisaties kunnen zowel met als zonder winstoogmerk zijn.

#### **Specialisatie**

Het kan zijn dat een organisatie is gespecialiseerd in een bepaald type zorg of in

bepaalde categorieën van patiënten. Organisaties die gericht zijn op ambulante psychiatrische zorg, verloskunde, schoolverpleging of bedrijfsverpleging dienen buiten beschouwing te blijven.

#### **Personeel**

De organisatie dient verpleegkundigen in dienst te hebben (in de breedste zin van het woord). Er kan ook ander personeel zijn (bijvoorbeeld gezinsverzorgenden, huisartsen) maar dit is niet noodzakelijk.

#### **Belang**

Er dient een belangrijk deel van de bevolking door een dergelijke organisatie van extramurale verpleging voorzien te worden. De respondent zelf dient te bepalen wat hij/zij 'een belangrijk deel' vindt.

De respondent werd ten eerste gevraagd een lijst samen te stellen van organisaties die in hun land aan deze criteria voldeden en vervolgens aan te duiden voor welk type organisatie zij de vragenlijst zouden beantwoorden. Na deze selectie werd over de volgende onderwerpen gevraagd:

- Organisatiestructuur
- Overheidsbepalingen
- Geschiedenis van de organisatie
- Financiering van de organisatie en de wijze waarop verpleegkundigen worden betaald
- Patiëntenpopulaties, omvang en samenstelling
- Type zorg aan deze populaties; relatieve hoeveelheid tijd die besteed wordt aan een aantal activiteiten
- Type personeel; opleiding, taken en menskracht
- De intake-procedure; wie brengt het eerste contact tot stand; het gebruik van standaardformulieren bij de intake
- Samenwerking met andere zorgverleners, bijvoorbeeld de huisarts en de gezinsverzorging
- Problemen; welke activiteiten vindt men niet voldoende aan bod komen; zijn er personeelstekorten.

Sommige vragen werden voorafgegaan door een korte introductie die bedoeld was aan te geven wat de achterliggende reden voor die vraag was. Tevens werd de vragenlijst van te voren door de auteurs ingevuld voor de Nederlandse situatie en werden de antwoorden met de vragenlijst als voorbeeld naar de respondenten meegezonden.

#### *Respons*

In december 1990 werd er een totaal van 32 vragenlijsten verstuurd. Het aantal dat naar een land werd gestuurd was afhankelijk van de veronderstelde complexiteit van de organisatie van extramurale verpleging in dat land.

Na twee maanden werd een herinnering gestuurd aan hen die nog niet geantwoord hadden. In totaal werden er 23 vragenlijsten ingevuld teruggestuurd (tabel 1.1). Een deel van de non-respons kan toegeschreven worden aan taalproblemen (vooral in Frankrijk), een ander deel aan de uitgebreidheid en tijdrovendheid van de vragenlijst.

Tabel 1.1: Aantal verzonden enquêtes, respons en aantal reviewers per land

	aantal verzonden enquêtes	aantal respondenten	aantal reviewers
België	4	3	2
Canada	3	2	1
Engeland	3	3	3
Finland	2	1	1
Frankrijk	8	3	1
Duitsland	5	5	2
Nederland	-	-	-
Noorwegen	2	2	2
VS	5	4	1
totaal	32	23	13

Appendix 1 bevat een lijst van deskundigen die de vragenlijst hebben beantwoord.

#### *Buitenlandse bezoeken*

Naast de vragenlijst en het literatuuronderzoek werd aan een viertal landen een bezoek afgelegd in februari en april 1991. Tijdens deze bezoeken werd de praktijk van de extramurale verpleging geobserveerd gedurende 1 à 2 dagen en werden de eerder genoemde deskundigen persoonlijk geraadpleegd. Er werd door één van de auteurs een bezoek gebracht aan Engeland, Frankrijk, Duitsland en Finland. De bezochte organisaties in deze landen staan vermeld in appendix 2.

#### *Review procedure*

De voorlopige versies van de hoofdstukken over ieder land werden voor commentaar teruggestuurd naar een aantal personen in de betreffende landen. In principe betrof het hier de respondenten die eerder een vragenlijst hadden ingevuld. Omdat er per land meestal meer dan één respondent was, bood dit de respondenten de mogelijkheid elkaars informatie te checken. Finland is hierbij een bijzonder geval. De respondent in dit land consulteerde zowel bij het invullen van de enquête als bij het becommentariëren op eigen

initiatief anderen.

In Frankrijk en de Verenigde Staten, landen met een grote variatie aan organisaties, werd het beter geacht de tekst te laten becommentariëren door anderen dan de respondenten op de enquête. Van deze andere personen werd verondersteld dat zij een wat bredere kijk op de situatie in hun land hadden dan de respondenten.

### **1.3. Inhoud van de studie**

In de volgende hoofdstukken wordt een beschrijving gegeven van de organisatie van extramurale verpleging in de negen betrokken landen. Alvorens echter over te gaan tot het beschrijven van de extramurale verpleging zelf, bleek het nodig een indruk te geven van de context waarin de extramurale verpleging functioneert.

Derhalve begint ieder hoofdstuk met informatie over het gezondheidszorgsysteem. Hierbij worden eerst enige relevante kenmerken van de bevolking opgesomd en vervolgens wordt een korte introductie gegeven over de verschillende andere hulpverleners of instellingen in de gezondheidszorg, over hun rol en over de financiering van de gezondheidszorg in het betreffende land.

Vervolgens worden de resultaten van de vragenlijst gepresenteerd, aangevuld met gegevens uit de literatuur. In sommige landen is er meer dan één organisatie die zich bezig houdt met wat verstaan wordt onder extramurale verpleging. Bij deze landen is geprobeerd de meest belangrijke organisaties in het onderzoek te betrekken. Dit resulteerde in een tamelijk exemplarische beschrijving van verschillende organisaties in Frankrijk, de Verenigde Staten en Canada. In de meeste landen was het alleen mogelijk om de curatieve- of ouderenzorg in het onderzoek te betrekken. Tabel 1.2 geeft de belangrijkste informatiebronnen voor ieder land en geeft tevens aan welk type zorg in de studie is opgenomen.



Tabel 1.2: Belangrijkste bronnen voor de landenbeschrijvingen; focus op curatieve of preventieve verpleegkundige zorg of beide

	bronnen	focus
België	Drie organisaties: Wit Gele Kruis; Solidariteit voor het Gezin; Kind en Gezin	curatief + preventief
Canada	Victorian Order of Nurses in Ontario; St. John's District Health Unit, New Foundland	curatief + preventief
Duitsland	Algemeen overzicht Sozialstationen	curatief
Engeland	District Nursing; Health Visiting	curatief + preventief
Finland	Algemeen overzicht	curatief + preventief
Frankrijk	Twee Thuiszorgorganisaties	curatief
Nederland	Algemeen overzicht Kruisorganisaties	curatief + preventief
Noorwegen	Algemeen overzicht	curatief + preventief
Verenigde Staten	Twee Visiting Nurse Associations	curatief

In hoofdstuk 11 worden de landen op de meest in het oog lopende punten met elkaar vergeleken.

Tenslotte zij opgemerkt dat in het navolgende naar verpleegkundigen verwezen wordt met 'zij'. Dit ondanks het feit dat een groeiend aantal verpleegkundigen van het mannelijk geslacht is.

## Literatuur

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistical Yearbook of the Netherlands. 's-Gravenhage: Central Bureau of Statistics, 1991.

COMMISSIE WERNER (COMMISSIE POSITIEBEPALING BEROEP VAN VERPLEEGKUNDIGE EN VERZORGENDE). In Hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.

NIJKAMP, P., J. PACOLET, H. SPINNEWYN, A. VOLLERING, C. WILDEROM, S. WINTERS. Services for the elderly in Europe; A cross-national comparative study. Leuven: Commission for the European Communities, 1991.

## 2. EXTRAMURALE VERPLEGING IN BELGIË

### 2.1. De omgeving<sup>1</sup>

#### 2.1.1. Bevolking<sup>2</sup>

* totale bevolking (1987)	9,9 miljoen
* % ouder dan 65 (1988)	14,3
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	14,7
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	15,9
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	17,7
* % jonger dan 15 (1988)	18,3
* levensverwachting bij geboorte	70,5 (mannen) 77,2 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1988)	11,8
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup>	325

\* bevolkingsgroepen: België is drietaling. In het noorden wordt Vlaams gesproken en in het zuiden Frans. In het oosten is er een kleine Duitstalige minderheid. In de jaren zestig, zeventig en tachtig was er immigratie vanuit voornamelijk Mediterrane landen. Voorts zijn er culturele minderheden uit voormalige Belgische kolonies in Afrika.

#### 2.1.2. Het gezondheidszorgsysteem<sup>3</sup>

##### *Inleiding*

België is een constitutionele monarchie. Het land is verdeeld over de Vlaamse gemeenschap en de Waalse gemeenschap. Tevens is er een kleine Duitssprekende gemeenschap (Ostkanton). Een aparte gemeenschap wordt

---

<sup>1</sup> Co-auteur van deze paragraaf is drs. P. van der Heijden.

<sup>2</sup> Bronnen: Statistical Yearbook of Norway 1990; OECD, 1988.

<sup>3</sup> Bronnen:

- D.L. Crombie et al. The interface study. London: The Royal College of General Practitioners 1990.
- M. Schneider et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Augsburg: BASYS 1989.
- A.B.M. Gloerich et al. Regional variations in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium and the North of France: basic information and references. Utrecht: NIVEL 1989.
- A. Voskuilen. Thuisverpleging in Nederland en België. Utrecht: NIVEL 1991.

gevormd door Brussel en omgeving. Tot op zekere hoogte kan bij België gesproken worden over een federatieve staat met (afgezien van het Ostkantón) drie deelstaten (gemeenschappen): Vlaanderen, Wallonië en Brussel. De drie gemeenschappen zijn tamelijk autonoom.

### *Ziektekostenverzekering*

De verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering dekt negenennegentig procent van de bevolking. Er zijn twee soorten ziektekostenverzekeringen: het Algemeen Stelsel, voor alle werknemers, en het Stelsel der Zelfstandigen voor zelfstandige ondernemers. Het Stelsel der Zelfstandigen dekt in principe alleen ziekenhuisopname, het Algemeen Stelsel dekt een breder pakket.

Het systeem is gebaseerd op een stelsel van vergoedingen. De patiënt betaalt eerst zelf de dokter en overhandigt vervolgens de rekening aan het ziekenfonds (de mutualiteit). Rekeningen vanwege ziekenhuisopname worden direct door de verzekering betaald, zonder tussenkomst van de patiënt.

Binnen beide Stelsels gelden eigen bijdragen (Ticket Modérateur). Deze kunnen oplopen tot 25% van de kosten voor ambulante gezondheidszorg. De hoogte van de eigen bijdrage wordt bepaald door de regering van de gemeenschap. Invaliden, verweduwden, gepensioneerden en wezen behoeven deze eigen bijdragen echter niet te betalen en bovendien zijn velen aanvullend voor deze kosten verzekerd bij de ziekenfondsen.

De verzekering wordt uitgevoerd door regionale ziekenfondsen. Deze ziekenfondsen zijn verenigd in zes nationale koepelorganisaties met uiteenlopende confessionele en politieke achtergronden. Deze koepelorganisaties zijn op hun beurt verenigd in het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De drie gemeenschappen (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) zijn verantwoordelijk voor het bepalen van het minimale niveau van voorzieningen op het gebied van onder andere ouderenzorg, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en gezinsverzorging. De nationale overheid is verantwoordelijk voor een groot deel van de regelgeving op het gebied van de verzekering, ziekenhuiszorg, opleidingen en bewaking van de kwaliteit van zorg.

## Financiering

Tabel 2.1: Totale- en overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg in percentages van het BNP in België

jaar	totale uitgaven % BNP	overheids-uitgaven % BNP
1980	6.69	5.46
1981	7.17	5.77
1982	7.20	5.76
1983	7.38	5.66
1984	7.35	5.63
1985	7.37	5.67
1986	7.36	5.66
1987	7.45	5.73

(Bron: Program ECO-SANTE by BASYS/CREDES)

### *Ambulante gezondheidszorg*

Buiten het ziekenhuis wordt medische zorg verleend door een, in vergelijking met Nederland, groot aantal huisartsen en specialisten. Zowel huisartsen als specialisten werken meestal vanuit een solopraktijk. Groepspraktijken vormen de minderheid. Er is geen strikt onderscheid tussen specialistenzorg en huisartsenzorg. Men is vrij om zonder verwijsbrief wie dan ook te consulteren. Dit betekent echter niet dat er helemaal niet verwezen wordt.

Huisartsen worden per verrichting betaald.

In 1987 had België 3,5 huisartsen per 1000 inwoners, hetgeen in vergelijking met andere Europese landen veel is (Groot Brittannië 1,37 en Nederland 2,35) (Koster e.a., 1991).

### *Institutionele zorg*

Ook op dit gebied heeft de patiënt weer vrije keuze. Er zijn zowel publieke als private instellingen. Alle algemene ziekenhuizen hebben een polikliniek. Spoedopnamen vinden plaats in ziekenhuizen met een EHBO afdeling.

Tabel 2.2: Aantal ziekenhuisbedden en personeel per bed

jaar	bedden totaal	bedden per 1000	personeel per bed
1980	91889	9.3	1.04
1981	92436	9.4	1.06
1982	92686	9.4	1.10
1983	92138	9.3	1.12
1984	91638	9.3	1.13
1985	90790	9.2	1.15
1986	89589	9.1	1.21
1987	88554	9.0	1.25

(Bron: Program ECO-SANTE by BASYS/CREDES)

De gemiddelde ligduur in een algemeen of academisch ziekenhuis was 13,5 dagen in 1980 (OECD, 1987).

## 2.2. Extramurale verpleging

Veel beslissingsbevoegdheid is gedelegeerd naar de Vlaamse en Waalse gemeenschappen. Dit geldt voor een deel ook voor de extramurale verpleging. In het navolgende zal voornamelijk gesproken worden over de situatie in Vlaanderen. In Vlaanderen bestaan aparte organisaties voor curatieve zorg en voor jeugdgezondheidszorg: respectievelijk het Wit-Gele Kruis en Kind en Gezin. In tegenstelling tot Kind en Gezin is het Wit-Gele Kruis ook vertegenwoordigd in Wallonië maar heet daar Croix Jaune et Blanche. Naast deze twee organisaties zal aandacht besteed worden aan een Vlaamse organisatie die zowel verpleegkundige zorg aanbiedt als gezinsverzorging: Solidariteit voor het Gezin. Deze laatste organisatie biedt dus gedeeltelijk dezelfde zorg aan als het Wit-Gele Kruis maar is veel kleiner en er is geen sprake van concurrentie tussen de twee organisaties. Tenslotte is er in België een grote groep vrijgevestigde verpleegkundigen.

### 2.2.1. Geschiedenis

#### *Wit-Gele Kruis*

De georganiseerde extramurale verpleging heeft voor een groot deel een confessionele achtergrond. Een kleiner deel heeft zich ontwikkeld vanuit ziekenfondsen en andere organisaties. Veruit de belangrijkste organisatie is op dit moment het Wit-Gele Kruis, een federatie van Kruisverenigingen. Een van de belangrijkste gebeurtenissen was het in 1963 in werking treden van de

nationale overeenkomstencommissie, waarin de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen onderhandelt met de ziekenfondsen over de vergoedingen (Voskuilen, 1991)

#### *Solidariteit voor het Gezin*

Solidariteit voor het Gezin werd opgericht in 1977. De organisatie verleende in eerste instantie slechts gezinsverzorging in een relatief klein gebied in Oost-Vlaanderen. In 1979 werd de dienst uitgebreid met extramuraal verpleging, waardoor één van de eerste organisaties tot stand kwam waar geïntegreerde thuiszorg werd aangeboden. Hiermee werd beantwoord aan de groeiende vraag naar hygiënische en verpleegtechnische zorg thuis waaraan op dat moment niet voldaan kon worden. In de jaren die daarop volgden werd de dienst uitgebreid met een klussendienst (1981), pedicure (1980), een kapdienst (1984), moeder- en kindzorg (1985) en maaltijden dienst (1986), terwijl er ook centra voor culturele activiteiten, onderwijs en bezigheidstherapie werden opgericht.

De meest recent ontwikkelingen betreffen de mogelijkheid een opleiding tot gezinsverzorgende te volgen en een aantal samenwerkingsinitiatieven met andere zorgverleners (als zodanig erkend door de Vlaamse Gemeenschap).

#### *Kind en Gezin*

De organisatie voor moeder- en kindzorg in Vlaanderen ontwikkelde zich uit het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (NWK). Het NWK was opgericht tijdens de eerste wereldoorlog en bood een zeer breed pakket van diensten voor kinderen (bijvoorbeeld ook 'schoolmelk'). Het NWK organiseerde de jeugdgezondheidszorg, kinderdagopvang en intramuraal zorg voor kinderen. Gewoonlijk bestonden de activiteiten van het NWK uit het ondersteunen van lokale initiatieven.

In 1984 werd besloten dat de jeugdgezondheidszorg moest worden verdeeld over Vlaanderen en Wallonië en dat het niet langer een nationale aangelegenheid diende te zijn. In dat jaar werd de dienst Kind en Gezin opgericht, al zou het nog tot 1987 duren voor de dienst inderdaad in werking trad (Commissariat-General for International Co-operation - Flemish Community, 1990).

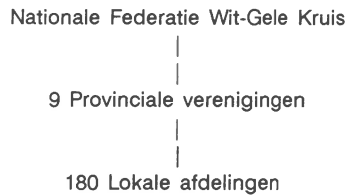
### **2.2.2. Organisatie en financiering**

#### *Organisatie Wit-Gele Kruis*

Het Wit-Gele Kruis is de belangrijkste leverancier van verpleegkundige thuiszorg in Vlaanderen.

Figuur 2.1 toont de organisatiestructuur van het Wit-Gele Kruis.

Figuur 2.1: Organisatiestructuur Wit-Gele Kruis



(Bron: Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruis Verenigingen, 1990)

Op het lokale niveau zijn de afdelingen werkzaam. In iedere afdeling werken 20 tot 40 verpleegkundigen met aan het hoofd een hoofdverpleegkundige. Meestal wordt in een team gewerkt, doch binnen dat team heeft iedere thuisverpleegkundige de verantwoordelijkheid voor een geografisch gebied.

De provinciale verenigingen ondersteunen en controleren de lokale afdelingen en bepalen het aantal verpleegkundigen. De nationale federatie ondersteunt de provinciale verenigingen, ontwikkelt het beleid in samenwerking met die provinciale verenigingen en vertegenwoordigt dezen bij contacten met de centrale overheid en beroepsorganisaties (Bron: enquête).

Specialistische verpleegkundige kennis is beschikbaar op het nationale niveau in de vorm van ondersteunende comités die bijvoorbeeld specialistische kennis hebben over de zorg voor kankerpatiënten. In 1990 verzorgde de Nationale Technische Commissie een syllabus over de preventie van rugklachten. Ook op provinciaal niveau bestaan dit soort comités. Op het lokale niveau zijn verpleegkundigen werkzaam die specialistische cursussen hebben gevolgd op het gebied van bijvoorbeeld rugklachten of diabetes. In 1989 organiseerde het Wit-Gele Kruis praktijkgerichte cursussen op het gebied van palliatieve zorg en management (Wit-Gele Kruis van België, 1990).

Het Wit-Gele Kruis is 24 uur per dag bereikbaar en de zorgverlening vindt plaats gedurende avond, nacht en weekenden indien nodig.

#### *Organisatie Solidariteit voor het Gezin*

Binnen deze organisatie bestaan twee hoofden van dienst: één voor gezinsverzorging-achtige activiteiten (inclusief klussendienst en maaltijden dienst) en een voor de verpleegkundige diensten (inclusief pedicure en kapdienst). Het gebied waarin de organisatie werkzaam is, is onderverdeeld in regio's. De regio's zijn verder onderverdeeld in sectoren. Aan het hoofd van iedere sector staat een sociaal verpleegkundige die verantwoordelijk is voor ongeveer



20 verpleegkundigen. In totaal werken er 120 verpleegkundigen bij Solidariteit.

De verpleegkundige dienst van Solidariteit is 24 uur bereikbaar en zorg wordt ook buiten de kantoor tijden verleend.

#### *Organisatie Kind en Gezin*

Kind en Gezin is als volgt georganiseerd. Aan het hoofd staat de Raad van Beheer, die bijgestaan wordt door de interdisciplinaire wetenschappelijke adviescommissie, die er toe over kan gaan speciale comités in het leven te roepen om op specialistische gebieden advies te geven.

Op het nationale niveau is de organisatie opgedeeld in een aantal directo-  
raten: algemene diensten; administratie, kwaliteitscontrole (ook in-service  
opleiding, en informatievoorziening); kindercarevoorzieningen (jeugdgezond-  
heidszorg, zwangerschapszorg, dagopvang) en de eigen zorgverlening (activi-  
teiten georganiseerd door eigen verpleegkundige staf) (Commissariaat-  
Generaal voor de Internationale Samenwerking, 1990).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen de eigen zorgverlening en uitbestede  
zorgverlening (Commissariat-General for international co-operation 1990). Het  
eerste heeft betrekking op de activiteiten waarvoor Kind en Gezin de volle  
verantwoordelijkheid draagt en die door haar zelf zijn geïnitieerd. Het tweede  
heeft betrekking op activiteiten die lokaal worden georganiseerd en geïni-  
tieerd.

In de praktijk wordt onder eigen zorgverlening het volgende verstaan:

- zorg tijdens zwangerschap
- post-natale zorg
- adoptie
- één intramurale instelling voor kinderen

De uitbestede zorgverlening heeft betrekking op:

- verschillende dagopvang mogelijkheden
- faciliteiten gericht tegen kindermishandeling en -verwaarlozing.

De zorg tijdens de zwangerschap en de postnatale zorg wordt in de wijk  
verleend door sociaal verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen leggen huis-  
bezoeken af tijdens de zwangerschap en na de geboorte, ze assisteren  
artsen in consultatiebureaus voor het jonge kind en verzorgen informatiebij-  
eenkomsten. De sociaal verpleegkundigen zijn bij Kind en Gezin in vaste  
dienst. De huisartsen, kinderartsen en gynaecologen met wie zij in de consul-  
tatiebureaus samenwerken worden per verrichting betaald. De verpleegkun-  
digen werken solistisch. Ieder heeft een eigen wijk.

Op ieder niveau kunnen de sociaal verpleegkundigen te rade gaan voor specialistische kennis. Op lokaal niveau is er de arts die de consultatiebureauzitting; op provinciaal niveau zijn medisch adviseurs werkzaam (kinderartsen, gyneacologen) en kunnen sociaal verpleegkundigen worden geraadpleegd die zich in diabetes hebben gespecialiseerd; op nationaal niveau kunnen diëtisten worden geconsulteerd.

#### *Financiering Wit-Gele Kruis*

De ziekenfondsen zijn de belangrijkste financiers van het Wit-Gele Kruis (tabel 2.3).

Tabel 2.3: Inkomstenbronnen Wit-Gele Kruis

ziekenfondsen	93.7
lidmaatschapsgelden	3.5
anders	2.8

(Bron: enquête)

Andere bronnen van inkomsten zijn de eigen bijdragen en de jaarlijkse lidmaatschapscontributie. De contributie varieert tussen 500 en 1.000 BF per jaar per familie (Voskuilen, 1991). In de meeste gevallen hoeft de eigen bijdrage niet te worden betaald. Een zeer klein deel van de bevolking is echter niet aanvullend verzekerd tegen 'kleine risico's' en dient de kosten zelf te betalen. Verweduwen, gehandicapten en gepensioneerden behoeven de eigen bijdragen per definitie niet te betalen (Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering, 1990).

Er zijn overheidssubsidies voor personeel en samenwerkingsinitiatieven. Subsidies voor personeel worden slechts betaald als dit personeel deelneemt in een team van tenminste 5 verpleegkundigen (full-time equivalenten). Samenwerkingsinitiatieven worden gesubsidieerd op voorwaarde dat er een huisarts in deelneemt, verpleegkundige teams, gezinsverzorging en sociale dienst en 3 vertegenwoordigers van andere disciplines. Daarnaast dient het samenwerkingsinitiatief een gebied te bestrijken met ten minste 25.000 inwoners (Wauters, 1991). De regels voor subsidie van samenwerkingsinitiatieven zijn anders in Wallonië.

Het ziekenfonds betaalt op basis van verpleegkundige verrichtingen. Tot 1991 werd dit systeem in alle gevallen toegepast. Op 1 april 1991 werd gedeeltelijk overgegaan op een vergoedingensysteem per verzorgingsdag. Dit nieuwe systeem wordt echter alleen gehanteerd bij 'matig valide of 'erg zieke of afhankelijke patiënten'. Bij 'valide patiënten' bleef het verrichtingensysteem gehandhaafd. Het verschil tussen de drie patiëntengroepen wordt aange-

bracht met behulp van een afhankelijkheidsschaal die ontwikkeld is door Katz et al. (1963). Daarnaast wordt in Vlaanderen gebruik gemaakt van een schaal voor het meten van de psychische afhankelijkheid en de omgevingsfactoren om de gestandaardiseerde informatie over de patiënt te verkrijgen (Van Loon en Geys, 1990).

De vergoeding per verzorgingsdag is hoger (1,7 maal zo hoog) voor de erg zieke of afhankelijke patiënten dan voor de matig validen. Voor de valide patiënten wordt gebruik gemaakt van een 'nomenclatuur', waarin voor iedere verrichting een prijs is vastgesteld.

Volgens Van Loon, geciteerd in dagblad De Standaard (26 maart 1991) maken de minder valide en zieke of afhankelijke patiënten slechts 20 tot 25% van het totaal aantal patiënten uit, waardoor het grootste deel van de activiteiten nog steeds per verrichting worden vergoed.

Het nieuwe vergoedingensysteem is pas sinds kort in werking (1 april 1991) en het is op dit moment onmogelijk te zeggen hoe het functioneert en of men er tevreden over is.

Verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis zijn in vaste dienst bij de provinciale verenigingen waarvan ze een salaris ontvangen. De kruisverenigingen betalen deze salarissen uit de vergoedingen die zij voor de verrichte prestaties van de verpleegkundigen krijgen van het RIZIV.

De vrijgevestigde verpleegkundigen worden per verrichting betaald, hetzij door een organisatie als het Wit-Gele Kruis, hetzij direct door een ziekenfonds.

Er dient opgemerkt te worden dat het Wit-Gele Kruis, hoewel het de grootste organisatie is, geen directe invloed heeft op de lonen van verpleegkundigen. Deze worden bepaald door onderhandelingen tussen de ziekenfondsen en de beroepsorganisatie (Voskuilen, 1991).

#### *Financiering Solidariteit voor het Gezin*

De verpleegkundige dienst van Solidariteit wordt op dezelfde wijze gefinancierd als het Wit-Gele Kruis. De gezinsverzorging vraagt een eigen bijdrage afhankelijk van inkomen, met een minimum van 19 BF per uur.

#### *Financiering Kind en Gezin*

Tabel 2.4 laat zien dat overheidssubsidies de grootste bron van inkomsten vormen.

Tabel 2.4: Inkomstenbronnen Kind en Gezin in 1989

---

overheidssubsidies	78.7%
ouderbijdragen	20.8%
anders	0.5%

---

(Bron: Kind en Gezin, 1990)

Contributies van ouders zijn alleen vereist voor dagopvang faciliteiten. De rest van de diensten van Kind en Gezin is gratis.

### 2.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht

#### *Opleiding*

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

- Het diploma van gegradueerde verpleger of verpleegster. Dit diploma wordt behaald na een driejarige opleiding, die tot het Paramedisch Hoger Onderwijs van het Korte Type (PaHOKT) behoort (HBO-niveau). De volgende categorieën worden onderscheiden: gegradueerde ziekenhuis-, psychiatrisch-, pediatriesch- en sociaal-verpleegkundige, waarvan de laatstgenoemde de enige vierjarige opleiding is;
- het brevet van verpleger of verpleegster. Het betreft hier Aanvullend Secundair Beroepsonderwijs (ASBO) waarvan de studie 3 jaar duurt;
- het brevet van ziekenhuisassistent(e) behaalt men na twee jaar Aanvullend Secundair Beroepsonderwijs (ASBO). Een aantal getuigschriften worden met het brevet van ziekenhuisassistent gelijk gesteld.

De titel verpleegkundige moet 'gevisieerd' dat wil zeggen aan een visum onderworpen 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 sociaal-verpleegkundige. Daarnaast krijgen met name de studenten van het Aanvullend Secundair Beroepsonderwijs (ASBO) les in de thuisverpleging en lopen zij stage in de thuiszorg. Oorspronkelijk werd de thuisverpleging als werkterrein van deze middelbaar opgeleide verpleegkundigen beschouwd. Verder valt het op dat de opleidingen tot gebrevetteerd en gegradueerd verpleegkundige dezelfde lengte hebben. Toch is er sprake van twee deskundigheidsniveaus. Voor de opleiding tot gebrevetteerd verpleegkundige zijn de toelatingseisen namelijk lager.

Naast de drie genoemde opleidingen is er de mogelijkheid op universitair

niveau verplegingswetenschap te studeren.

### *Menskracht Wit-Gele Kruis*

Tabel 2.5 toont de personeelssamenstelling van het Wit-Gele Kruis. Duidelijk te zien is de groei van het aantal verpleegkundigen. Dit aantal groeide tussen 1985 en 1990 met ongeveer 70%.

Voorts toont de tabel het relatief grote aantal gebrevetteerde verpleegkundigen. Voor iedere gegradueerde verpleegkundige is er 1,5 gebrevetteerde. Ziekenhuisassistenten vormen slechts een gering aandeel in de personeels-samenstelling.

Tabel 2.5: Personeelssterkte Wit-Gele Kruis in 1985, 1986, 1989 en 1990, inclusief part-timers

	1985	1986	1989	1990
hoofdverpleegkundigen	175	186	225	257
verpleegkundigen:	2900	3428	4689	4704
van wie:				
- gegradueerd	40%	39%	38%	37%
- gebrevetteerd	51%	52%	55%	57%
- ziekenhuisassistenten	10%	9%	7%	7%
administratief personeel**	271	259	351	341
management**	24	36	65	62

(Bronnen: jaarverslagen Wit-Gele Kruis, 1985, 1986, 1989; enquête)

\*\* 1985, 1986, 1990: exclusief Nationaal niveau  
1989: inclusief Nationaal niveau

Reeds eerder werd opgemerkt dat het Wit-Gele Kruis niet de enige organisatie is. Volgens het Belgische Ministerie van Financiën waren er in 1987 1428 vrijgevestigde verpleegkundigen, en 4099 hadden een contract met het Wit-Gele Kruis. Voorts zijn er verpleegkundigen die werken voor andere organisaties, zoals Solidariteit voor het Gezin.

### *Menskracht Solidariteit voor het Gezin*

De organisatie begon in 1980 met 5 verpleegkundigen maar ontwikkelde zich daarna snel, in het bijzonder tijdens de tweede helft van de jaren tachtig. In 1990 werkten er in totaal 120 verpleegkundigen (tabel 2.6). Er is één hoofdverpleegkundige per 20 verpleegkundigen.

Tabel 2.6: Verpleegkundig personeel in dienst bij Solidariteit voor het Gezin in 1990

sociaal verpleegkundigen (hoofdverpleegkundigen)	7
gegradueerde verpleegkundigen	27
gebrevetteerde verpleegkundigen	75
ziekenhuisassistenten	11
totaal	120

(Bron: enquête)

In 1990 werkten er 991 gezinsverzorgers, onder wie veel part-timers. Binnen de gezinsverzorgers wordt onderscheid gemaakt tussen personeel zonder opleiding op dit gebied en dat zich uitsluitend met huishoudelijke activiteiten bezig houdt, en personeel dat zich tevens bezig houdt met hygiënische verzorging en psychosociale activiteiten en dat wél op dit terrein is opgeleid.

Tabel 2.7: Personeel in de gezinsverzorging bij Solidariteit voor het Gezin in 1990

gezinsverzorging (alleen poetsdienst)	430
gezinsverzorging met hygiënische en psychosociale ondersteuning	561

(Bron: Solidariteit voor het Gezin, 1991)

### *Menskracht Kind en Gezin*

De preventieve zorg wordt voornamelijk gedaan door sociaal verpleegkundigen. Tabel 2.8 toont dat de personeelsomvang gedurende de tachtiger jaren tamelijk stabiel was. De laatste 4 jaren laten echter een lichte teruggang zien. Hoewel het totale aantal verpleegkundigen gelijk is gebleven is echter het aantal part-timers toegenomen. Deze toename veroorzaakt een teruggang in het aantal full-time equivalenten.

Naast verpleegkundigen waren er 398 andere personen in dienst bij Kind en Gezin in 1989.

Tabel 2.8: Aantal sociaal verpleegkundigen in Vlaanderen in de tachtiger jaren; indexcijfer (1980 = 100)

	aantal verpl.	index cijfers (1980 = 100)
1980	785	(100)
1981	724	( 92)
1982	785	(100)
1983	750	( 96)
1984	789	(101)
1985	789	(101)
1986	708	( 90)
1987	768	( 97)
1988	703	( 90)
1989	676	( 86)

(Bron: Kind en Gezin, 1990)

In het algemeen is er geen speciale taakverdeling onder verpleegkundigen. Men doet zowel de prenatale zorg, de neonatale zorg als de jeugdgezondheidszorg.

#### 2.2.4. Patiëntenpopulaties

##### *Wit-Gele Kruis*

Het totaal aantal patiënten dat gedurende een maand in 1990 door het Wit-Gele Kruis werd verzorgd was 85.000. Hiervan was ongeveer 85% langdurig in zorg en 15% betrof kort verblijvende patiënten (Bron: enquête).

Een erkend samenwerkingsinitiatief (zie par. 1.2.2) dient een oppervlak te bestrijken met 25.000 inwoners. In Vlaanderen bestaan op dit moment 47 van dit soort initiatieven. De erkenningsnormen vermelden geen aantallen personeel dat in zo'n samenwerkingsinitiatief deel moet nemen.

Tabel 2.9 laat vooral het hoge percentage ouderen zien dat bij het Wit-Gele Kruis in zorg is. De cijfers van Solidariteit voor het Gezin wijken hiervan slechts weinig af. Ongeveer 20 tot 25% van de patiënten behoort tot de minder valide of zieke/afhankelijke patiënten (zie paragraaf 1.2.2: financiering Wit-Gele Kruis).

Tabel 2.9: Kenmerken van personen in zorg bij Wit-Gele Kruis

woonomgeving	leeftijdscategorieën in zorg als percentage van het totaal aantal pa- tiënten		patiënten in zorg naar ADL afhankelijkheids- graad
thuis	0-10	.40	ADL score
	10-19	.74	1 (min) 50%
	20-29	1.03	2 17%
	30-39	2.37	3 10%
	40-49	3.23	4 10%
	50-59	7.56	5 6%
	60-69	16.50	7 (max) 7%
	70-79	31.81	
	80-	36.37	(Bron: Geys and Van Loon, 1990)
		----- 100%	
	(Bron: Geys and Van Loon, 1990)		

Ongeveer 75% van alle patiënten ontvangt alleen extramurale verpleegkundige zorg, ongeveer 25% ontvangt ook gezinsverzorging en 1 tot 3% daarnaast nog maatschappelijk werk (Lemaire e a., 1990).

In het algemeen zijn verpleegkundigen in het Wit-Gele Kruis niet gespecialiseerd. Ook een onderscheid naar deskundigheidsniveau is niet echt duidelijk aangebracht: gebrevetteerde verpleegkundigen mogen het zelfde doen als gegradueerde verpleegkundigen (Voskuilen, 1991). Ziekenhuisassistenten mogen slechts onder toezicht van een verpleegkundige werken.

#### *Solidariteit voor het Gezin*

De patiëntengegevens van Solidariteit vertonen grote overeenkomst met die van het Wit-Gele Kruis en zullen derhalve voor wat betreft de verpleging niet getoond worden.

De beschikbare patiëntengegevens van de gezinsverzorging binnen Solidariteit staan vermeld in tabel 2.10. Het valt op dat de leeftijdsstructuur veel lijkt op die van patiënten met verpleegkundige zorg.



Tabel 2.10: Leeftijd van de cliënten van de gezinsverzorging binnen Solidariteit

leeftijd	
0-60	10%
60-70	18%
70-80	37%
80-	48%

(Bron: Solidariteit voor het gezin, 1991)

### *Kind en Gezin*

De patiëntenpopulatie van Kind en Gezin bestaat uit (zwangere) vrouwen en jonge kinderen. De kinderen zijn in 90 procent van de gevallen tussen 0 en drie jaar oud. Het totaal aantal kinderen dat bij Kind en Gezin geregistreerd stond bedroeg 164.032 in 1988 (Kind en Gezin, 1990). Als dit naar het oordeel van de ouders of verpleegkundige nodig is kan de zorg worden voortgezet tot het zesde jaar. In sommige consultatiebureaus is dit zelfs gebruikelijk (bron: enquête).

### **2.2.5. Type zorg**

#### *Wit-Gele Kruis*

Tabel 2.11 toont een overzicht van de zorg die door het Wit-Gele Kruis wordt verleend.

Tabel 2.11: Taken van de thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis

- hygiënische en persoonlijke zorg als baden, stoelgang, ADL activiteiten
- verpleeghandelingen als injecties, catheteriseren, wondverzorging, stoma zorg, blaas-spelen
- meer gecompliceerde verpleeghandelingen als epidurale anaesthesie, ademhalingsappatuur
- psychosociale activiteiten
- stimuleren mantelzorg (wordt slechts in 0,1% van de huisbezoeken gedaan) (Geys en Van Loon, 1989)
- intake gesprekken, bepalen zorgbehoefte (belangrijk geworden sinds 1 april 1991)

Het Koninklijk besluit van 18 juni 1990 is meer concreet over de verpleegtechnische procedures die mogen worden uitgevoerd door verpleegkundigen. In dit besluit wordt onderscheid gemaakt tussen activiteiten waarvoor een opdracht van de huisarts noodzakelijk is en waarvoor dat niet nodig is.

Verpleegkundigen besteden ongeveer 93 procent van hun tijd aan huisbezoeken (bron: enquête). Spreekuren zijn er niet. De gemiddelde duur van een huisbezoek is 19 minuten (max: 21; min: 16) (Geys en Van Loon, 1989). Ongeveer 5% van de tijd wordt besteed aan administratieve bezigheden en 2% wordt besteed aan bezoek aan bejaardenoorden (tabel 2.12).

Tabel 2.12: Percentage van de werktijd dat aan een aantal activiteiten wordt besteed

huisbezoek	93%
administratie	5%
bezoeken aan verzorgingstehuizen	2%

(Bron: enquête)

In tabel 2.13 worden de belangrijkste activiteiten tijdens huisbezoeken weergegeven. Volgens Voskuilen (1991) wordt er vanwege het werken met de nomenclatuur in België veel minder aan preventieve en ondersteunende taken gedaan dan in Nederland.

Tabel 2.13: Aantal zorgen per 1.000 huisbezoeken. De terugbetaalbare zorgen zijn onderlijnd

toilet	433
subcutane inspuiting	305
enkelvoudig verband	128
intramusculaire inspuiting	127
oogdruppeling zonder verband	41
veelvoudig verband	34
klaarzetten van geneesmiddelen	33
complex verband	31
begeleiding van de patiënt naar bed	24
aanbrengen van zalf	19
elastische kousen aan- en uitdoen	16
opzetten/kleden zonder toilet	14
<u>blaasspoeling</u>	<u>6</u>
bloeddrukmeting	5
bloed- of urineonderzoek met stix	5
overig	94
totaal	1,315

(Bron: Geys en Van Loon, 1989).

### *Solidariteit voor het Gezin*

Binnen de organisatie worden de volgende taken aan verpleegkundigen toevertrouwd (Solidariteit voor het Gezin, 1991):

- verpleging en verzorging
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
- psychosociale begeleiding
- onderhouden van contacten met de huisarts, de patiënt en de familie.

De hoofdverpleegkundigen (opgeleid als sociaal verpleegkundigen) houden zich voornamelijk bezig met het ondersteunen van het personeel, de administratie en alleen indien nodig met directe patiëntenzorg.

Uit schattingen in de enquête bleek dat er geen verschil is aan te brengen tussen de werkzaamheden van gebrevetteerde en gegradueerde verpleegkundigen. Beiden besteden ongeveer 15 procent van hun tijd aan administratieve zaken en de rest aan huisbezoeken. De hoofdwijkverpleegkundige besteedt ongeveer 40% van de tijd aan administratieve zaken en slechts 10% aan huisbezoeken.

### *Kind en Gezin*

Prenatale zorg wordt gegeven

1. in consultatiebureaus die geleid worden door een gyneacoloog, geassisteerd door een sociaal verpleegkundige. De sociaal verpleegkundige is in dienst bij Kind en Gezin. Bij deze consultatiebureaus wordt naast medische controle ook voorlichting en advies verstrekt,
2. tijdens huisbezoeken door sociaal verpleegkundigen.

Neonatale zorg wordt gegeven

1. tijdens bezoeken aan kraamklinieken. Meer dan 95% van de vrouwen in deze klinieken wordt bezocht,
2. tijdens neonatale huisbezoeken. Binnen 6 weken na de bevalling worden er gemiddeld 3 huisbezoeken afgelegd,
3. tijdens groepsbijeenkomsten in kraamklinieken.

Zuigelingen- en kleuterzorg wordt verleend

1. in 'consultatiebureaus voor het jonge kind'. Meer dan 75% van alle kinderen tussen 1 en 2 jaar stonden geregistreerd bij een dergelijk bureau in 1989. Kinderen onder de 4 jaar bezoeken een consultatiebureau gemiddeld vier maal per jaar (Kind en Gezin, 1990). Tijdens de sessies worden vaccinaties verzorgd, worden de kinderen gescreend en worden de moeders van advies gediend. Van alle sessies wordt 58% geleid door kinderartsen en 42% door huisartsen ('omnipracticci'),
2. tijdens huisbezoeken,

### 3. tijdens groepsbijeenkomsten voor jonge ouders.

Tabel 2.14 toont het percentage van de totale werktijd van sociaal verpleegkundigen dat besteed wordt aan een aantal activiteiten.

Tabel 2.14: Percentages van totale werktijd besteed aan een aantal activiteiten door sociaal verpleegkundigen van Kind en Gezin

huisbezoeken	52.1%
waarvan: prenataal	0.7%
postnataal	51.3%
consultatie bureau	24.2%
spreekuur	26.2%
administratie	8.0%

(Bron: enquête)

#### 2.2.6. De intake-procedure

##### *Wit-Gele Kruis*

In de meeste gevallen wordt het contact met het Wit-Gele Kruis door de patiënt zelf gelegd of door de familie (tabel 2.15). De meeste patiënten zijn echter op dat moment al in het bezit van een verwijzing door de huisarts, hetgeen, behalve voor hygiënische zorg, een voorwaarde is om voor vergoeding van thuisverpleging in aanmerking te komen.

Tabel 2.15: Percentage van patiënten met wie eerste contact is geïnitieerd door

patiënt zelf/familie	80%
huisarts	5%
ziekenhuis/verzorgings-/verpleeghuis	15%

(Bron: enquête)

Na verwijzing door de huisarts wordt door een gebrevetteerde verpleegkundige of een gegradueerde verpleegkundige aan de hand van het bij de paragraaf over financiering besproken formulier bepaald hoe de zorg zal worden vergoed (sinds 1 april 1991). Deze stelt vast of het gaat om een valide persoon, een minder valide persoon of een erg zieke/afhankelijke persoon op basis van de Katz-afhankelijkheidsschaal. Op het zelfde formulier kunnen de psychische problemen en de omgevingsfactoren worden aangeduid.

In de eerder vermelde regels omtrent samenwerkingsinitiatieven (zie Wauters,

1990 en paragraaf 2.2.7) wordt de term 'zorgplan' gebruikt. Dit zorgplan zou op zijn minst de taken van verpleegkundigen, huisartsen en maatschappelijk werkers dienen te regelen. De regelgeving is echter zeer vaag als het gaat om de vraag wie dat zorgplan zou moeten opstellen en in welke gevallen. Moet dit bijvoorbeeld gebeuren bij alle patiënten of alleen bij hen die van meer dan één voorziening gebruik maken?

Uit de enquête werd duidelijk dat de verpleegkundigen zelf doorgaans uitmaken wie de zorg zal gaan verlenen. Reeds eerder werd vermeld dat verpleegkundigen ieder de verantwoordelijkheid hebben voor een apart geografisch gebied en derhalve wordt het antwoord op de vraag wie de zorg gaat verlenen bepaald door het gebied waarin de zorgvrager woont.

#### *Solidariteit voor het Gezin*

De (geschatte) percentages die aangeven wie het eerste contact tot stand brengt verschillen enigszins van die van het Wit-Gele Kruis (tabel 2.16). Het meest opmerkelijke verschil is het hoge percentage voor de huisarts (20% resp. 5%). Het is in het kader van deze studie niet mogelijk hier een verklaring voor te geven.

Tabel 2.16: Percentage van patiënten met wie het eerste contact is geïnitieerd door

familie van de patiënt	40%
patiënt zelf	25%
huisarts	20%
gezinsverzorging	5%
ziekenhuis/verzorgings-/verplegingshuis	10%

(Bron: enquête)

Voor alle zorgactiviteiten behalve de hygiënische is een voorschrift van de huisarts nodig en derhalve is deze het die in de meeste gevallen bepaalt wat voor zorg er verleend wordt.

Evaluatie van zorg vindt op vaste tijdstippen plaats, maar alleen wanneer een patiënt met meerdere zorgverleners te maken heeft.

#### *Kind en Gezin*

Tabel 2.17 toont wie bij Kind en Gezin het eerste contact tot stand brengt. In bijna 100% van de gevallen wordt dat contact tot stand gebracht via de kraamklinieken, waar ook bijna alle bevallingen plaats vinden in België.

Tabel 2.17: Percentage patiënten met wie het eerste contact is geënitieerd door

patiënt zelf	2%
kraamkliniek	98%

(Bron: enquête)

De frequentie van bezoeken aan de kraamklinieken en die van de huisbezoeken wordt bepaald door de sociaal verpleegkundige in samenwerking met de arts van het consultatiebureau en/of de kraamkliniek.

### 2.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen

#### *Wit-Gele Kruis*

Volgens Voskuilen (1991) is er samenwerking met huisartsen, ziekenhuizen, en andere professionele zorgverleners. De frequentie van contact is echter niet bekend.

Eerder werd reeds het wettelijke verschil gemeld tussen activiteiten die zonder en die met voorschrift van een arts mogen worden uitgevoerd (Koninklijk Besluit, 18 juni 1990). In de meeste gevallen is een voorschrift nodig. Het aantal artsen waarmee een verpleegkundige te maken heeft kan variëren tussen 2 en 20 (bron: enquête).

Er zijn enige samenwerkingsinitiatieven, waarin de gezinsverzorging ook betrokken is. Lemaire e.a. (1990) tellen 17 van dit soort initiatieven in Wallonië. De auteurs geven tevens richtlijnen en bieden formulieren om de samenwerking tussen de wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinsverzorging te vergemakkelijken. De sleutel tot zinvolle samenwerking blijkt kennis te zijn omtrent elkaars rol en het respect hiervoor. Tevens is het van belang tijdig te herkennen bij welke patiënten er samenwerking nodig is. De auteurs vinden voor dit laatste het hiervóór besproken formulier een nuttig instrument en stellen voor de 'erg zieke of afhankelijke' groep in principe voor coördinatie en samenwerking in aanmerking komen. De coördinatie zelf zou in handen moeten zijn van de meest belangrijke zorgverlener bij de betreffende patiënt.

In Vlaanderen zijn 47 van dit soort initiatieven (bron: enquête).

Verpleegkundigen hebben meestal te maken met 1 of 2 diensten voor gezinsverzorging. Eén van de problemen die bij de samenwerking een rol spelen is de verdeling van taken, met name als het gaat om hygiënische zorg (bron: enquête).

Tabel 2.15 liet zien dat ongeveer 15% van de patiënten van het Wit-Gele Kruis afkomstig was uit het ziekenhuis. Een behoefte aan liaison-verpleegkundigen bleek er niet te zijn. Sommige ziekenhuisverpleegkundigen zijn tevens werkzaam als vrijgevestigde verpleegkundigen in de wijk en kunnen als zodanig met de term liaison verpleegkundigen betiteld worden.

#### *Solidariteit voor het Gezin*

Binnen Solidariteit zijn twee samenwerkingsinitiatieven actief in Vlaanderen (Solidariteit voor het Gezin, 1991). Binnen deze initiatieven wordt samengewerkt tussen:

- de verpleegkundige afdeling van Solidariteit
- de gezinsverzorging-afdeling binnen Solidariteit
- een centrum voor sociaal werk van een ziekenfonds
- de plaatselijke huisartsenvereniging

Voorts worden er contacten onderhouden met ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingstehuizen.

Daarnaast wordt vrijwilligerswerk ondersteund en gestimuleerd en wordt bijscholing georganiseerd en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding gestimuleerd.

Ieder samenwerkingsinitiatief heeft een coördinator. Deze wordt ingeschakeld als één van de deelnemende organisaties een 'moeilijk geval' tegen komt. De coördinator waarschuwt dan de andere deelnemende instanties en deze worden vervolgens uitgenodigd plaats te nemen in een team. Tijdens een vergadering van dit team (meestal niet langer dan 20 minuten) wordt een zorgplan opgesteld, afgesteld op de behoeften van de patiënt. Aan 50% van de vergaderingen in 1990 nam de patiënt zelf deel.

#### *Kind en Gezin*

Het systeem van consultatiebureaus draagt zorg voor een intensief contact tussen huisartsen en kinderartsen enerzijds en de sociaal verpleegkundigen anderzijds. De arts die het consultatiebureau leidt is echter in veel gevallen niet dezelfde als de huisarts van de cliënt en zo kan het zijn dat de sociaal verpleegkundige buiten het consultatiebureau nog te maken heeft met vele andere artsen.

Er zijn geen intensieve contacten met de gezinsverzorging, maar indien nodig kan daarnaar verwezen worden.

In 99% van de kraamklinieken worden patiënten door sociaal verpleegkundigen bezocht. Klinieken in Brussel weigeren dit echter, hetgeen te wijten is

aan het grote aantal artsen daar. Inmenging van sociaal verpleegkundigen wordt door deze artsen niet nodig geacht.

### **2.2.8. Problemen**

#### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

Zoals in vele andere landen is er een behoefte aan meer psychosociale activiteiten, zowel in de jeugdgezondheidszorg als in de ouderenzorg. Dit probleem wordt versterkt door het feit dat psychosociale en ondersteunende activiteiten niet vermeld staan in de nomenclatuur (Geys en Van Loon, 1989). Er is tevens een behoefte aan meer verpleegtechnische handelingen en psychosociale activiteiten bij terminale patiënten .

#### *Arbeidsmarkt*

Er is een tekort aan extramurale verpleegkundigen. Het Wit-Gele Kruis, noch Solidariteit voor het Gezin houdt er echter een wachtlijst (voor patiënten) op na. Als redenen voor het tekort werden door de respondenten genoemd dat het hard werken is voor weinig geld, en dat de overheid niets onderneemt om dit tekort op te heffen. Voorts werkt een groeiend deel van de verpleegkundigen op part-time basis. Bij Kind en Gezin leidde dit tot een verlies van 120 full-time equivalenten in 1989.

#### *Horizontale functiedifferentiatie*

In België zijn er niet alleen verschillende verpleegkundigen voor de preventieve (jeugdgezondheids)zorg en voor de curatieve zorg (thuisverpleging), de taken zijn ook ondergebracht in verschillende organisaties. Er werden echter geen problemen op dit gebied gemeld.

#### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinsverzorging*

Er werd geen probleem gemeld voor wat betreft de taakafbakening tussen het eerste en tweede deskundigheidsniveau binnen de verpleging. Dit onderscheid is in de praktijk ook niet aanwezig (eerste en tweede deskundigheidsniveau verrichten dezelfde taken en hebben dezelfde bevoegdheden). Wel werd het bestaan van problemen met de taakafbakening met de gezinsverzorging gemeld (met name bij lichamelijk-hygiënische zorg). Er is geen gemeenschappelijke indicatiestelling met gezinsverzorging. Wel is er een nieuwe organisatie van de intake binnen de thuisverpleging.

#### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

Thuisverpleegkundigen zijn zeer afhankelijk van voorschriften van de huisarts. Hierover werden echter geen problemen gemeld.



### *Samenwerking met ziekenhuis*

Met betrekking tot de samenwerking met het ziekenhuis werden geen problemen gemeld, al lijkt er in sommige gevallen toch een behoefte te zijn aan liaison verpleegkundigen.

### *Financiering*

Volgens het Waalse dagblad La Libre Belgique (26 maart 1991) dient de nomenclatuur te worden aangepast aan de voortschrijdende technische mogelijkheden in de thuiszorg en zou palliatieve zorg er in moeten worden opgenomen. Voorts wordt gesteld dat het hoge forfait (voor de erg zieke/afhankelijke patiënten) voor terminale patiënten onvoldoende is.

Volgens Van Loon (geciteerd in Het Volk, 26 maart 1991) heeft de overheid een te klein budget gereserveerd voor thuiszorg.

## Literatuur

COMMISSARIAT-GENERAL FOR INTERNATIONAL CO-OPERATION - FLEMISH COMMUNITY. Flan ders fact-sheet "child and family". Brussels: 1990.

DE STANDAARD. Wit-Gele Kruis acht forfait thuisverplegers aanvaardbaar. De Standaard, 26 March 1991.

GEYS, L., H. VAN LOON. Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging? Frequentie van verpleegkundige handelingen in het Wit-Gele Kruis; Concepten en cijfers ter financiering van de thuisverpleging. Brussel: Nationale Federatie Wit-Gele Kruis, 1989.

KATZ, S., FORD, A.B., MOSKOWITZ, R.W., JACKSON, B.A., JAFFE, M.W.. Studies of illness in the aged; the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, Journal of the American Medical Association, 1963, pp. 914-919.

KIND EN GEZIN. Jaarverslag 1989. Brussels: 1990.

KONINKLIJK BESLUIT 18 JUNI 1990.

KOSTER, M.K., J. DEKKER, P.P. GROENEWEGEN. De positie en opleiding van enkele paramedische beroepen in het Verenigd Koninkrijk, Nederland, de Bondsrepubliek Duitsland en België. Utrecht: NIVEL, 1991.

LEMAIRE, G., A. SCHIFFINO, H. VAN LOON. Co-ordination des soins et services à domicile: comment s'y prendre. Bruxelles: Fédération Nationale des Associations Croix Jaune et Blanche, 1990.

LOON, H. VAN, GEYS, L. Patientenprofielen in de thuisgezondheidszorg. Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruisverenigingen, 1990.

OECD. Ageing populatons; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING. Nationale overeenkomst tussen de gegradueerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, de verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met dezen gelijkgestelden en de verzekerings instellingen. Brussel: 4 December 1990.

SCHEPERS, R., H. NYS. De beroepen in de gezondheidszorg. In: H. Nys, M. Foets and J. Mertens (eds.). Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen, pp. 53-76. Antwerpen: Van Loghum Slaterus, 1985.

SCHOOF, M.-J.. De vier basisdisciplines in de thuiszorg. Kontakt nr.45, September 1990.

SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN. Jaarverslag 1990. Gent: Solidariteit voor het gezin, 1991.

STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 1990.

VANDENBERGHE L. Van Nationaal Werk voor Kinderwelzijn naar 'Kind en Gezin'; De groei en ontwikkeling van de kindzorg in Vlaanderen gedurende de 20e eeuw. Welzijns-gids - Organisatie II.B. 1.2, juli 1984.

VOSKUILEN, A.H.M.. Thuisverpleging in Nederland en België; afstudeerscriptie gezondheidswetenschappen. Utrecht: NIVEL, 1991.

WAUTERS, M.. Thuisverpleging in Vlaanderen: op een nieuwe leest geschoeid? Overzicht van de nieuwe reglementering van 21 december 1990. Kontakt nr.47, maart 1991.

WIT GELE KRUIS VAN BELGIE. Jaarverslag 1989. Brussels: 1990.



### 3. EXTRAMURALE VERPLEGING IN CANADA

#### 3.1. De omgeving

##### 3.1.1. Bevolking<sup>1</sup>

* totale bevolking (1987)	25,7
* % ouder dan 65 (1988)	10,7
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	12,8
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	14,6
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	18,6
* % jonger dan 15 (1988)	21,3
* levensverwachting bij geboorte	71,9 (mannen) 79,0 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1988)	14,4
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup>	3
* bevolkingsgroepen: Canada is tweetalig. In Quebec is Frans de officiële taal, terwijl in de rest van het land Engels gesproken wordt. Daarnaast zijn er vele minderheden uit andere Europese en Aziatische landen en natuurlijk de oorspronkelijke bevolking van Indianen en Inuit (Hatcher e.a., 1984).	

##### 3.1.2. Het gezondheidszorgsysteem

###### *Inleiding*

In Canada zijn de provincies verantwoordelijk voor hun eigen gezondheids- en onderwijsbeleid binnen door de federale overheid gestelde grenzen. Er zijn tien provincies en 2 Noordelijke Territoria. Deze laatste staan onder het directe bewind van de federale overheid. Door hun relatieve onafhankelijkheid zijn er aanzienlijke verschillen tussen de provincies. In de provincie Alberta bijvoorbeeld wordt van patiënten een eigen bijdrage gevraagd, terwijl dit in andere provincies niet het geval is. Dit ondanks het feit dat de federale gezondheidswet (Canada Health Act) het vragen van eigen bijdragen verbiedt (Palley, 1987).

###### *Ziektekostenverzekering*

Op grond van de Canada Health Act van 1984 zijn alle Canadezen verzekerd voor alle soorten van gezondheidszorg zonder directe kosten (Palley, 1987).

---

<sup>1</sup> Bronnen: Statistical Yearbook of Norway 1990; OECD, 1988.

Er is een mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren, maar zeer weinig mensen maken hier gebruik van.

### *Financiering*

Per provincie wordt door de federale overheid een vast bedrag betaald om hun gezondheidszorg te organiseren. Dit bedrag is afhankelijk van het aantal inwoners van de provincie, maar ook van de welvaart van de provincie (Palley, 1987). Gemiddeld wordt 50% van de kosten door de federale overheid betaald, maar dit percentage wordt lager (bron: enquête).

De ontwikkeling van de kosten in de gezondheidszorg wordt getoond in tabel 3.1.

Tabel 3.1: Totale- en overheidsuitgaven aan gezondheidszorg in percentages van het BNP in Canada

jaar	totale uitgaven % BNP	overheids- uitgaven % BNP	uitgaven per hoofd in Canada
1980	7.36	5.52	941
1981	7.52	5.70	1092
1982	8.37	6.37	1262
1983	8.62	6.57	1391
1984	8.46	6.35	1485
1985	8.50	6.35	1592
1986	8.77	6.53	1745
1987	8.69	6.42	1866

(Bron: Program ECO-SANTE, BASYS/CREDES)

### *Huisartsen*

In 1988 waren er in Canada 26.079 huisartsen, hetgeen neerkomt op 1 per 1001 inwoners (Minister of Supply and Services Canada, 1990). Huisartsen hebben toegang tot ziekenhuisfaciliteiten en kunnen tevens zorg verlenen aan hun patiënten in het ziekenhuis.

Artsen worden per verrichting betaald.

### *Institutionele zorg*

De gemiddelde opnameduur in algemene of academische ziekenhuizen was 10,7 dagen in 1980 (OECD, 1987). Voor ziekenhuisopname is een verwijzing door een arts noodzakelijk. Dit kan zowel een huisarts als een specialist zijn.

Tabel 3.2: Aantal ziekenhuisbedden en personeel per bed

jaar	bedden totaal	bedden per 1000	personeel per bed
1980	158868	6.6	2.10
1981	161048	6.6	2.13
1982	166020	6.7	2.12
1983	167721	6.7	2.10
1984	169361	6.7	2.14
1985	170523	6.7	2.16
1986	170670	6.7	2.23
1987	171928	6.7	2.25

(Bron: Program ECO-SANTE, BASYS/CREDES)

### 3.2. Extramurale verpleging

Zoals de gehele gezondheidszorg wordt ook de extramurale verpleging per provincie geregeld. Dit heeft tot gevolg dat er twaalf verschillende manieren zijn waarop de extramurale verpleging georganiseerd is. Zoals gezegd ontvangt de provincie een vast bedrag van de federale overheid. De provincie is vervolgens vrij de verdeling van het geld over verschillende soorten van gezondheidszorg zelf te bepalen.

In de meeste provincies (zoals Ontario) zijn de curatieve (ouderen-) zorg en de preventieve (jeugd-) gezondheidszorg in aparte organisaties ondergebracht. In Quebec daarentegen worden beide door de lokale overheid georganiseerd en vinden beide plaats in of vanuit gezondheidscentra met verpleegkundig personeel, artsen, therapeuten, maatschappelijk werkers, enzovoorts (Pringle, 1989).

Een deel van de nu volgende beschrijving van de extramurale verpleging in Canada is gebaseerd op informatie over de Victorian Order of Nurses (VON). Dit is één van de belangrijkste niet-overheidsorganisaties voor thuiszorg, met afdelingen in 9 provincies (Pringle, 1989).

Aangezien niet alle provincies behandeld kunnen worden werd de keuze gemaakt voor wat betreft de curatieve zorg alleen Ontario in ogenschouw te nemen. Voor wat betreft de preventieve zorg zal gekeken worden naar de St. John's & District Health Unit in de provincie Newfoundland. Dit is een overheidsinstantie die zich bezig houdt met alle soorten van preventieve verpleegkundige zorg.

### 3.2.1. Geschiedenis

#### *Victorian Order of Nurses*

De Victorian Order of Nurses (VON) werd in 1897 opgericht om thuiszorg te verlenen aan zieken en stervenden en aan zwangeren in de stad zowel als op het platteland. In die tijd werden zowel preventieve als curatieve taken verricht. Tot 1975 waren er slechts lokale afdelingen, die niet per provincie gegroepeerd waren. De lokale afdelingen regelden zelf hun financiering. In 1975 begonnen de provincies de organisatie en financiering van thuiszorg ter hand te nemen. In sommige gevallen werd hierbij gebruik gemaakt van bestaande diensten, zoals de VON. In andere provincies organiseerde de provinciale overheid de thuiszorg zelf. Door het toenemende belang van de provinciale overheid werd het door de VON nodig geacht provinciale afdelingen op te richten zodat op provinciaal niveau kon worden onderhandeld over prijzen en vergoedingen (Bron: enquête).

#### *St. John's & District Health Unit*

Vóór 1980 werden zaken met betrekking tot de volksgezondheid, waaronder ook de preventieve extramurale verpleegkundige zorg wordt gerekend, in de provincie Newfoundland/Labrador centraal geregeld. Om echter de mogelijkheid te vergroten aan de behoeften van de bevolking te voldoen werd in 1980 tot decentralisatie overgegaan. De provincie werd verdeeld in 5 'Regional Health Units', waarvan de St. John's & District er één is (Bron: enquête).

### 3.2.2. Organisatie en financiering

#### *Organisatie Victorian Order of Nurses*

De VON is een non-profit organisatie met eenheden op lokaal, provinciaal en federaal niveau (figuur 3.1).

Figuur 3.1: Organisatie Victorian Order of Nurses in Canada

---

Federaal/nationaal niveau:	Board of Directors maakt beleid voor de gehele organisatie en bestaat uit een Executive Director en Directors of Clinical Practice, Communications, Finance and Human Relations.
Provinciaal niveau (9 provincies):	Board of Directors en Executive Directors. Deze onderhouden de relaties met de provinciale overheid en coördineren de lokale afdelingen.
Lokaal niveau (73 afdelingen):	73 afdelingen in 9 provincies. Dichtbevolkte gebieden hebben meer afdelingen. Iedere afdeling verzorgt een vast omschreven gebied. Iedere afdeling heeft een bestuur dat aan de Executive Director moet rapporteren. Iedere afdeling heeft haar eigen statuut, dient financieel onafhankelijk te zijn en regelt zelf de inkomsten en uitgaven.

---



Binnen de VON worden vier typen verpleegkundigen onderscheiden (zie ook paragraaf 3.2.3):

- clinical nurse specialists
- public health nurses
- registered nurses
- registered nurse assistants.

In sommige provincies is ook de gezinsverzorging ondergebracht bij de VON. Dit is echter niet het geval in Ontario.

Specialistische kennis is op het lokale niveau in de organisatie aanwezig in de persoon van de nurse specialists. Op het nationale niveau zijn verpleegkundige teams werkzaam met specialistische kennis. Deze teams ontwikkelen in samenwerking met de Director of Clinical Practice thuiszorgprogramma's en informatiebrochures.

Het is mogelijk de VON 24 uur per dag te bereiken en zorg kan worden verleend gedurende de avonden, weekends, en nachten.

Verpleegkundigen hebben doorgaans een vast omschreven individueel verzorgingsgebied. Volgens Pringle (1989) is er echter een toenemende druk om een systeem van specialistische teams in te stellen. Zo'n specialistisch team zou zich dan bezig kunnen houden met bijvoorbeeld zorgfuncties als pijnbestrijding, ademhalingsproblemen of dementie. In dichtbevolkte gebieden zijn dergelijke teams al werkzaam, waarbij de generalistisch werkende verpleegkundige echter verantwoordelijk blijft voor de patiënten bij wie specialistische zorg niet nodig is.

#### *Organisatie St. John's & District Health Unit*

Deze organisatie wordt bestuurd en gefinancierd door de overheid. De taken zijn gericht op preventie van ziekte, het bevorderen van gezonde leefgewoonten en het voorkomen van milieuproblemen in St. John's en omgeving. De Medical Health Officer staat aan het hoofd van de dienst, die in zes onderdelen verdeeld is:

1. Public Health Nursing Services
2. Public Health Inspection Services
3. Administrative Support Services
4. Epidemiology and Disease Control
5. Health Promotion
6. Family Health

Er zijn 'public health nurses', 'public health inspectors', een 'health educator', een voedingsdeskundige, en administratief personeel. Iedere verpleegkundige werkt solistisch maar regelmatig wordt er in teamverband vergaderd.

De organisatie is telefonisch bereikbaar tijdens de kantooruren, maar de zorgverlening vindt ook daarbuiten plaats indien nodig.

### *Financiering*

De extramurale verpleging wordt voor 95% door de overheid gefinancierd (tabel 3.3). Zowel de betalingen van de federale overheid als die van de provinciale overheid worden door de provinciale overheid geregeld.

Tabel 3.3: Bronnen van inkomsten van lokale afdelingen van de VON

federale belasting	-
provinciale belasting	-
particuliere aanvullende verzekering	1-2%
donaties	2-3%

(Bron: enquête)

Er is geen eigen bijdrage voor extramurale verpleging.

In sommige gemeenten in Ontario is de VON niet de enige organisatie die een contract heeft met de provinciale overheid. Er kunnen ook andere organisaties, waaronder for-profit, zijn met een dergelijk contract en er is dus soms sprake van concurrentie. In andere provincies kan sprake zijn van concurrentie met door de overheid bestuurde 'official home care agencies'. In het algemeen spelen for-profit organisaties (nog) geen belangrijke rol. In de gezinsverzorging is dit wel het geval (Pringle, 1989).

Verpleegkundigen ontvangen een vast salaris van de lokale afdelingen waar ze werken.

De St. John's & District Health Unit wordt eveneens geheel en al door de overheid betaald.

### 3.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht

#### *Opleiding*

Binnen de VON zijn vier soorten verpleegkundigen werkzaam:

- de clinical nurse specialist, met (na 5 jaar highschool) een zesjarige universitaire opleiding die leidt tot de titel Master of Science in Nursing
- de public health nurse, met (na 5 jaar highschool) een vierjarige universitaire opleiding die leidt tot de titel Bachelor of Science in Nursing.
- de registered nurse, met (na 4 of 5 jaar highschool) een drie- tot vierjarige opleiding aan een college die leidt tot een diploma.
- de registered nursing assistant, met (na 4 jaar highschool) een opleiding van 10 maanden heeft gehad die leidt tot een certificaat.

Binnen de St. John's & District Health Unit zijn twee soorten verpleegkundigen werkzaam:

- public health nurses, met een driejarige opleiding tot registered nurse plus een jaar specialisatie in public health nursing.
- public health nurses met een vierjarige universitaire opleiding.

Volgens Pringle (1989) vervangt de universitaire opleiding meer en meer de opleiding die leidt tot een diploma. Zij vraagt zich af of dit een wenselijke ontwikkeling is en of een academische opleiding werkelijk noodzakelijk is om de verantwoordelijkheden binnen de thuiszorg te dragen.

Een ander probleem is dat verpleegkundigen in de preventieve sector zich meer en meer bezig gaan houden met volksgezondheidsprogramma's en het werken met groepen, terwijl de opleiding daar niet op berekend is. De opleiding is namelijk nog steeds gericht op het werken met individuele patiënten van alle leeftijden. (Pringle, 1989).

Een derde probleem heeft betrekking op de andere verpleegkundigen, die zich niet zozeer bezig houden met preventieve zorg. Hier speelt het dilemma tussen specialistisch en generalistisch werken (Pringle, 1989).

#### *Menskracht*

Cijfers over de menskracht binnen de VON in Canada of Ontario bleken niet beschikbaar. Het aantal verpleegkundigen wordt door iedere lokale afdeling zelf bepaald.

In de St. John's organisatie zijn twee stedelijke afdelingen en zes landelijke. In iedere stedelijke afdeling zijn 14 public health nurses werkzaam naast een hoofdverpleegkundige, een health inspection officer, administratief personeel, een dietist en een 'health educator'. In de zes landelijke afdelingen werken in

totaal 13 public health nurses die worden geassisteerd door één nursing assistent.

Er zijn ongeveer 2 public health nurses per 3.000 inwoners.

### 3.2.4. Patiëntenpopulaties

#### *Victorian Order of Nurses*

Tabel 3.4 toont enige kenmerken van de patiënten die uit de zorg ontslagen werden gedurende een jaar (maart 1989 april 1990). Ouderen boven de 65 nemen 64 procent van het totaal aantal patiënten voor hun rekening en zelfs 73% van het totaal aantal huisbezoeken. De meest voorkomende ziekten zijn kanker (neoplasma's) en hart- en vaatziekten. De patiënten worden alleen thuis verzorgd.

Tabel 3.4 Kenmerken van patiënten in zorg bij VON (N=101.122) in Canada (cijfers hebben alleen betrekking op uit zorg ontslagen patiënten)

classificatie van ziekten		leeftijd	
infecties	1%	0-14	4%
neoplasma's	15%	15-44	14%
stofwisseling	6%	45-64	18%
bloed	1%	65-74	23%
mentaal	2%	75-84	28%
zenuwaandoeningen	8%	85+	13%
bloedsomloop	16%		
ademhalingssysteem	5%		
spijsvertering	8%		
genito-urinair	3%		
huidziekten	7%		
bewegingsapparaat	7%		
kwetsuur/vergif	1%		
zuigelingen	1%		

(Bron: enquête)

#### *St. John's & District Health Unit*

Hier bleken geen statistieken beschikbaar over de patiëntenpopulatie. Er mag echter worden aangenomen dat het meestal om kinderen gaat. Binnen het Adult Health Program hebben patiënten doorgaans recht op één huisbezoek per dag maar op grond van de toestand van de patiënt kunnen uitzonderingen gemaakt worden.

### 3.2.5. Type zorg

#### *Victorian Order of Nurses*

De landelijke organisatie VON-Canada voorziet in verschillende diensten. Niet al deze diensten zijn echter in iedere provincie aanwezig. In Ontario wordt in de meeste gemeenten de gezinsverzorging bijvoorbeeld niet door VON georganiseerd.

- visiting nurse service: thuisverpleging door verpleegkundigen,
- adult day care service: dagopvang voor ouderen door vrijwilligers en vakpersoneel,
- home making services: gezinsverzorging door gezinsverzorgsters,
- maaltijdvoorziening: door vrijwilligers,
- volunteeer visiting: psychosociale begeleiding thuis door vrijwilligers,
- bedrijfsgezondheidsdienst,
- senior citizens counselling (soort maatschappelijk werk voor ouderen),
- pedicure,
- hospice care, respite care: meestal terminale zorg door getrainde vrijwilligers.

Binnen de visiting nurse service worden alle soorten van verpleegkundige thuiszorg gegeven. Het maximum aantal bezoeken dat aan een patiënt wordt afgelegd varieert van provincie tot provincie. In Ontario is er een maximum van 3-4 bezoeken per dag binnen een beperkte periode. Hierbij wordt de term 'beperkt' niet gedefinieerd maar het blijkt meestal te gaan om terminale patiënten of zwaar zieke patiënten die anders in het ziekenhuis terecht zouden komen. Na deze 'beperkte' periode is 1-2 bezoeken per dag het normale maximum. Soms zijn er vrijwilligers beschikbaar voor permanente bewaking van de toestand van de patiënt. Zij worden 'friendly visitors' genoemd.

Clinical nurse specialists werken specialistisch en public health nurses en registered nurses werken all-round, waarbij de public health nurse zich vooral bezig houdt met preventieve zorg en het identificeren van risicogroepen. De registered nursing assistants houden zich voornamelijk bezig met hygiënische verzorging.

Tabel 3.5 toont het percentage van de totale werktijd dat aan een aan een aantal activiteiten wordt besteed. De clinical nurse specialists besteden vrij weinig tijd aan huisbezoeken en meer aan raadgeving aan hun collega's. De nursing assistants besteden relatief weinig tijd aan administratieve bezigheden.

Tabel 3.5: Ruwe schatting van percentage werktijd besteed aan een aantal activiteiten

	huis- bezoeken	spreekuur	administratief
clinical specialist nurses	25%	50-60%	25%
public health nurses	80%	-	20%
registered nurses	80%	-	20%
reg. nursing assistants	95%	-	5%

(Bron: enquête)

### *St. John's & District Health Unit*

Deze organisatie houdt zich vooral met preventie bezig. Er zijn 9 programma's (ontleend aan informatiebrochure):

1. Prenatal Program: ondersteuning en informatie aan zwangeren.
2. Postnatal Program: ondersteuning van vrouwen na ontslag uit de kraamkliniek of ziekenhuis. Hierbij zijn huisbezoeken inbegrepen na een verwijzing door het ziekenhuis of kraamkliniek.
3. Early Childhood Program: consultatiebureauzittingen met voorlichting, vaccinatie en screening.
4. School Health Program: screening van schoolkinderen, individuele raadgeving en screening van de schoolomgeving.
5. Adolescent Health Counselling Service: raadgeving aan jongeren tussen 12 en 19 jaar. Desgewenst wordt ook informatie verschaft aan een ieder die met jongeren werkt.
6. Communicable Disease Control: controle van besmettelijke ziekten.
7. Public Health Inspection: controle en inspectie van factoren in het milieu die een bedreiging kunnen zijn voor de gezondheid.
8. Community Nutrition: voedingsadviezen.
9. Adult Health Program: gezondheidsvoorlichting en opvoeding voor volwassenen en op beperkte schaal ook thuisverpleging.
10. Health Education: verzorgen van informatie naar de media, tijdens workshops, congressen e.d..

Er bleken geen cijfers beschikbaar over de hoeveelheid tijd die aan bepaalde activiteiten werd besteed. Alle taken worden verricht door public health nurses. De twee nursing assistants assisteren daarbij en houden zich zelden bezig met verpleegtechnische handelingen.

### 3.2.6. De intake-procedure

#### *Victorian Order of Nurses*

Bijna alle patiënten komen in contact met de VON via een zogenaamde home care co-ordinator. Dit is bijna altijd een verpleegkundige die in veel gevallen werkt vanuit het ziekenhuis en is aangesteld door de lokale overheid. Dat de home care co-ordinator vanuit het ziekenhuis werkt wil niet zeggen dat hij of zij alleen ziekenhuispatiënten verwijst. Ook thuiswonende patiënten kunnen worden doorverwezen.

De home care co-ordinator verwijst naar de zogenaamde VON-intake worker en gebruikt daarbij een eenvoudig intake formulier. De home care co-ordinator stelt tevens een bepaalde frequentie van huisbezoeken voor en de frequentie van evaluatie van de zorg. De frequentie van de evaluatie is doorgaans maandelijks. Een verpleegkundige van de VON kan de beslissing van de home care co-ordinator aanvechten op basis van haar eigen bevindingen.

De supervisor van de VON afdeling beslist bij welke verpleegkundige de patiënt in zorg komt. Meestal is dit op voorhand bepaald door het gebied waarin de patiënt woont.

Pringle (1989) meldt een groeiende vraag naar uniforme en veelomvattende intakeprocedures, gebaseerd op een overeengekomen filosofie en zorgdoel.

Iedere verpleegkundige is verantwoordelijk voor haar eigen handelingen.

#### *St. John's & District Health Unit*

Er bleken geen gegevens voorhanden te zijn met betrekking tot de vraag wie het eerste contact tot stand brengt. Uitgaande van het feit dat de meeste diensten betrekking hebben op zuigelingen en het feit dat de meeste bevallingen in kraamklinieken of ziekenhuizen plaats vinden kunnen we aannemen dat veel van de contacten via die kraamklinieken of ziekenhuizen tot stand komen. De public health nurse doet de intake en verwijst naar andere zorgverleners indien nodig. Ieder huisbezoek opnieuw wordt de zorg geëvalueerd door de public health nurse. Voor de intake en screening worden standaardformulieren gebruikt.

Iedere verpleegkundige is verantwoordelijk voor haar eigen activiteiten en de zorg die ze naar anderen delegeert.

### 3.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen

#### *Victorian Order of Nurses*

De VON-afdelingen onderhouden contacten met 'home care programs', gezinsverzorging, huisartsen, fysio- en andere therapeuten.

Contacten met huisartsen vinden meestal telefonisch plaats om hem te informeren over de toestand van de patiënt, een probleem te bespreken, een advies te geven of om hem te vragen bepaalde medicijnen of activiteiten voor te schrijven. Voorts wordt iedere maand rapport opgemaakt van de toestand van de patiënt en wordt dit rapport naar de arts gezonden. Een verpleegkundige kan te maken hebben met wel 15 of 20 of meer artsen.

Er is zeer weinig contact tussen VON verpleegkundigen en de gezinsverzorging. De eerder genoemde home care co-ordinator doet het meest op het gebied van samenwerking.

In kleine gemeenten heeft een verpleegkundige meestal te maken met slechts één instantie voor gezinsverzorging. In grotere gemeenten kan dit aantal oplopen tot 6 of 8. Men dient zich hierbij te bedenken dat er een omvangrijke for-profit sector in de gezinsverzorging is.

Contacten met het ziekenhuis vinden voor het grootste deel plaats via de home care co-ordinator, die in veel gevallen vanuit het ziekenhuis werkt.

#### *St. John's & District Health Unit*

Deze organisatie werkt samen met artsen, het Department of Social Service, scholen, ziekenhuisverpleegkundigen, liaison verpleegkundigen en thuiszorgorganisaties.

Public health nurses hebben ad-hoc contact met artsen als dat nodig is. Er is geen overleg op vaste tijden. In landelijke gebieden heeft een verpleegkundige doorgaans te maken met 1 of 2 huisartsen. In stedelijke gebieden kan dit veel meer zijn.

Verpleegkundigen kunnen verwijzen naar het Department of Social Services voor maatschappelijk werk en er wordt nauw samengewerkt met de gezinsverzorging.

De meeste ziekenhuizen hebben liaison verpleegkundigen. Deze houden zich niet met de directe patiëntenzorg bezig doch zorgen ervoor dat gedetailleer-



de informatie naar de extramurale verpleging wordt doorgespeeld en de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt.

### **3.2.8. Problemen**

#### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

Ook in Canada blijkt er een behoefte te zijn aan meer psychosociale activiteiten, met name met ouderen. Bij ouderen is tevens behoefte aan meer gezinszorg en vooral bij psychogeriatrische patiënten is behoefte aan meer hygiënische zorg. Geavanceerde verpleegtechnieken worden gevraagd bij ontslagen ziekenhuispatiënten en binnen de oudere bevolking zouden de risicogroepen beter in kaart gebracht dienen te worden.

#### *Arbeidsmarkt*

Hoewel er een tekort aan verpleegkundigen is hebben de VON diensten in het algemeen geen wachtlijst. Het tekort kan worden geweten aan de gestaag groeiende vraag en het feit dat verpleegkundigen in het ziekenhuis beter worden betaald.

#### *Horizontale functiedifferentiatie*

De toename van het aantal patiënten met een complexe zorgbehoefte en een behoefte aan gespecialiseerde behandeling vormt de basis van het dilemma tussen all-round en specialistisch werken. Er is een toenemende vraag naar gespecialiseerde teams.

#### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinszorg*

Volgens Pringle (1989) wordt de wenselijkheid van steeds meer verpleegkundigen met een academische opleiding in veel provincies betwijfeld. Is een academische opleiding werkelijk noodzakelijk om zich met thuisverpleging bezig te houden?

De taakverdeling tussen gezinszorg en extramurale verpleging werd niet als probleem gemeld, hoewel Pringle (1989) een behoefte aan uniforme intake-procedures te kennen geeft. In Ontario wordt het grootste deel van de coördinatie trouwens gedaan door de home care co-ordinator.

#### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

Op dit gebied werden geen problemen gemeld.

#### *Samenwerking met ziekenhuis*

Evenals met de gezinszorg is coordinatie met het ziekenhuis de taak van de home care co-ordinator of, zoals in St. John's een liaison verpleegkundige. Er werden geen problemen gerapporteerd.

### *Financiering*

Op het gebied van de financiering werden twee problemen gemeld. Ten eerste wordt de groeiende invloed van for-profit organisaties als zorgelijk beschouwd, zeker op het gebied van de gezondheidszorg, dat toch van oorsprong bij de non-profit sector hoort. Ten tweede zijn de budgetten vaak te krap en niet flexibel. Zodoende kan de zorg niet worden uitgebreid als daar behoefte aan blijkt te zijn.

### *Andere problemen*

De opleiding tot public health nurse is niet aangepast is aan de praktijk situatie, waarin steeds meer met groepen gewerkt wordt in plaats van met individuele patiënten.

In Ontario doet de grote invloed van de home care co-ordinator afbreuk aan de autonomie van de verpleegkundigen.

Verpleegkundigen organiseren zich steeds meer in vakorganisaties (zie Cournburn, 1988). Dit veroorzaakt een behoefte aan meer expertise op het gebied van de arbeidsverhoudingen.

## Literatuur

- COBURN, D. The development of Canadian nursing: professionalisation and proletarianisation. *International Journal of Health Services* 18 (1988) 3.
- HATCHER, G.H., P.R. HATCHER, E.C. HATCHER. Health Services in Canada. In: M.W. Raffel, Comparative Health Systems; Descriptive analysis of fourteen National Health Systems. The Pennsylvania State University, 1984.
- MINISTER OF SUPPLY AND SERVICES CANADA. Health personnel in Canada 1988. Ottawa: 1990.
- OECD. Ageing Populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- PALLEY, H.A. Canadian federalism and the Canadian health care program: A comparison of Ontario and Quebec. *International Journal of Health Services* 17 (1987) 4.
- PRINGLE, D.M. Community Nursing in Canada. In: A. Kerkstra and R. Verheij (eds.): Community Nursing; proceedings of the International Conference on Community Nursing, 16-17 March 1989. Utrecht: NIVEL, 1989.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 1990.
- STEWART, J. Moving from institutional to community-based services. Paper presented to the annual meeting of the Canadian Hospital Association, June 15, 1984.



## 4. EXTRAMURALE VERPLEGING IN DUITSLAND (situatie vóór 1990)

### 4.1. De omgeving<sup>1, 2</sup>

#### 4.1.1. Bevolking<sup>3</sup>

* totale bevolking (1987)	61,2 miljoen
* % ouder dan 65 (1987)	15,1
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	17,1
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	20,4
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	21,7
* % jonger dan 15 (1987)	14,7
* levensverwachting bij geboorte	71,8 (mannen) 78,4 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1988)	11,0
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup> (1987)	246
* bevolkingsgroepen: minderheden uit voornamelijk Mediterrane landen. Recente immigratie uit oost-Europese landen.	

#### 4.1.2. Het gezondheidszorgsysteem

##### *Inleiding*

De Bondsrepubliek Duitsland is een federale staat. Op nationaal niveau houden het ministerie van Gesundheit en het ministerie van Familie und Senioren zich bezig met thuiszorg. Veel beslissingsbevoegdheid ligt echter bij de deelstaten (Länder) en de ziekenfondsen (Krankenkassen) en er is geen sprake van een nationale planning voor geheel Duitsland. In plaats daarvan

---

1 Co-auteur van deze paragraaf is drs. P. van der Heijden.

2 Bronnen:

- M. Schneider et al. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Augsburg: BASYS 1989.
- B. Abel-Smith. Eurocare: European health care analysis. Basle: HeathE-con s.a.
- E. Carrillo et al. Requirements & constraints for minimum data sets. S.L.: McAce 1989.
- D.L. Crombie et al. The interface study. London: The Royal College of General Practitioners 1990.
- Federal minister for youth, family affairs, women and health. The health care system in the Federal Republic of Germany. Kiel: Schmidt & Klauinig 1988.

3 Bronnen: Statistical Yearbook of Norway, 1990; OECD, 1988.

wordt veel overgelaten aan particulier initiatief en de overheid komt alleen in actie als het minimale voorzieningen niveau door particulier initiatief alleen niet bereikt wordt. Als het gaat om de ziekenhuizen hebben de Länder een plannende functie.

### *Ziektekostenverzekering*

Duitsland heeft een pluralistisch ziektekostenverzekeringssysteem. Er zijn drie mogelijkheden (cijfers afkomstig uit Crombie e.a., 1990):

1. Wettelijke Ziekenfondsverzekering (Gesetzliche Krankenkassenversicherung): 85% van de bevolking.
2. Ziekenfonds met aanvullende verzekering: 8% van de bevolking.
3. Particuliere ziektekostenverzekering: 7% van de bevolking.

Er is een groot aantal ziekenfondsen. Elk daarvan is vrij om, binnen zekere grenzen, de hoogte van de premie te bepalen. Die premie wordt door werkgevers en werknemers betaald.

De GKV (Gesetzliche Krankenkassenversicherung) is verplicht voor alle mensen in loondienst en alle vrijgevestigde personen met een inkomen onder een bepaalde grens. Verzekerden betalen een bedrag dat afhankelijk is van het inkomen.

Binnen de GKV wordt onderscheid gemaakt tussen de Pflichtkrankenkassen voor lager personeel en de Ersatzkrankenkassen voor hoger personeel. De GKV wordt uitgevoerd door de lokale en regionale ziekenfondsen. Dit zijn onafhankelijke instanties met eigen verantwoordelijkheid voor het innen van de premies.

### *Financiering*

Tabel 4.1: Totale- en overheidsuitgaven aan gezondheidszorg in percentages van het BNP in Duitsland

jaar	totaal uitgaven % BNP	overheids- uitgaven % BNP
1980	7.92	6.29
1981	8.20	6.50
1982	8.06	6.35
1983	7.97	6.20
1984	8.09	6.31
1985	8.16	6.37
1986	8.11	6.32
1987	8.06	6.33

(Bron: Program ECO-SANTE by CREDES and BASYS)

Samenstelling van de totale uitgaven aan gezondheidszorg:

- \* totale uitgaven aan institutionele zorg in % van totale uitgaven aan gezondheidszorg (in 1982) (OECD, 1985): 38,6
- \* totale uitgaven aan ambulante zorg in % van totale uitgaven aan gezondheidszorg (in 1982) (OECD, 1985): 26,7
- \* totale uitgaven aan medicijnen in % van totale uitgaven aan gezondheidszorg (in 1982) (OECD, 1985): 20,2

#### *Ambulante Zorg*<sup>4</sup>

De ambulante zorg wordt sterk beheerst door artsen. Hieronder zijn zowel huisartsen als specialisten. Zij zijn vrijgevestigd en er is vrije concurrentie tussen allen. Alle artsen kunnen in principe zonder verwijfsbrief geraadpleegd worden. Patiënten zijn vrij welke arts dan ook te kiezen. Vaak worden andere professionals in de gezondheidszorg door een arts ingehuurd. Alleen een huisarts of vrijgevestigde specialist kan een patiënt naar het ziekenhuis verwijzen.

Volgens Groenewegen (e.a., 1991) zijn er twee soorten huisartsen: 'Allgemein Ärzte', gespecialiseerd in huisartsgeneeskunde, en 'Praktischer Ärzte', zonder specialisatie.

Meestal wordt in solopraktijken gewerkt, hoewel een groeiend aantal artsen er toe over gaat er in groepsverband laboratoriumfaciliteiten op na te houden.

Naast het spreekuur komen visites veel voor.

Alle artsen worden door hun vakorganisatie (Kassenärztliche Vereinigung) betaald, op basis van verrichtingen. Deze Kassenärztliche Vereinigungen worden op hun beurt betaald door de ziekenfondsen.

Patiënten zijn in principe vrij zelf een arts te kiezen, maar is er eenmaal een keus gemaakt, dan zit men er voor de volgende drie maanden aan vast (hoewel heen en weer verwijzen mogelijk blijft). Er is geen registratieplicht.

In 1987 waren er 76.000 vrijgevestigde artsen (1,1 per 1000 inw.) met een contract met het ziekenfonds, waarvan 30.000 huisartsen (alleen Allgemeinärzte), hetgeen neerkomt op ongeveer 0,5 per 1000 inwoners.

---

<sup>4</sup> Bronnen: Crombie e.a., 1990; Groenewegen e.a., 1991.

### *Institutionele zorg*

Er is in Duitsland slechts zelden sprake van poliklinieken die aan ziekenhuizen verbonden zijn. Ziekenhuizen zijn er dus echt alleen voor institutionele zorg.

Er zijn twee soorten ziekenhuizen: voor acute gevallen en specialistische ziekenhuizen. De acute ziekenhuizen zijn bedoeld voor patiënten die slechts kort in het ziekenhuis hoeven te blijven en de specialistische voor chronisch patiënten.

Tabel 4.2: Aantal ziekenhuisbedden en personeel per bed

jaar	bedden totaal	bedden per 1000	personeel per bed
1980	707710	11.5	1.08
1981	695603	11.3	1.11
1982	683624	11.1	1.14
1983	682747	11.1	1.16
1984	678708	11.1	1.17
1985	674742	11.1	1.21
1986	674382	11.0	1.23
1987	673687	11.0	1.25

(Bron: Program ECO-SANTE by BASYS/CREDES)

## **4.2. Extramurale verpleging**

### **4.2.1. Geschiedenis**

De huidige extramurale verpleging in Duitsland heeft zich ontwikkeld uit voornamelijk confessionele organisaties. Bijna iedere gemeente had een klooster en de thuisverpleging was de taak van de diaconessen en nonnen. Na de tweede wereldoorlog speelden deze organisaties een belangrijke rol in de wederopbouw. Financiering vond plaats door de kerk. Ziekenfondsen of andere financiers hadden met extramurale verpleging niets te maken.

In de jaren zestig kwam het voorzieningenniveau in gevaar. Jonge mensen voelden niet veel voor het klooster en de kloosterpopulatie werd steeds ouder. In die tijd werd de groeiende vraag naar thuiszorg door ouderen steeds evidentier. Het was tijd voor een verandering in de organisatie van de thuiszorg.

In het midden van de jaren zeventig begon de ontwikkeling van een netwerk van zogenaamde Sozialstationen (Institut für Gerontologische Forschung, 1987), een nieuw type organisatie dat de extramurale verpleegkundige zorg zou overnemen, en in sommige gevallen ook de gezinsverzorging. Het aantal Sozialstationen groeit nog steeds, maar in de meeste gebieden is nu een



dergelijke voorziening aanwezig. De Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1987) definieert een Sozialstation als een organisatie die verschillende soorten zorg levert. Volgens deze definitie was 33% van alle extramurale verpleegkundige organisaties een Sozialstation in 1984. In de volksmond wordt echter iedere organisatie die zich met extramurale verpleging bezig houdt beschouwd als een Sozialstation.

#### **4.2.2. Organisatie en financiering**

##### *Organisatie*

Na een aantal experimenten ontwikkelde zich dus een netwerk van Sozialstationen. Een groot aantal hiervan staat nog steeds onder toezicht van confessionele organisaties. In 1987 waren er volgens het Instituut für Gerontologische Forschung (1987) tussen 1600 en 1900. De taken, organisatiestructuur en personeelsstructuur van deze Sozialstationen kunnen nogal uiteen lopen.

Hoewel een aantal (33%) Sozialstationen ook gezinsverzorging en maatschappelijk werk aanbiedt, ligt over het algemeen de nadruk op verpleging (Instituut für Gerontologische Forschung, 1987). De reden kan zijn dat de ziekenfondsen, de belangrijkste financiers, slechts vergoeden als de zorg dient ter voorkoming van ziekenhuisopname of als deze deel is van de medische behandeling die voorgeschreven wordt door een arts.

Er zijn 6 koepelorganisaties voor Sozialstationen:

1. Diakonisches Werk, voor Sozialstationen met protestantse achtergrond.
2. Caritas, met een katholieke achtergrond.
3. Arbeiterwohlfahrt, met een sociaal-democratische achtergrond.
4. Deutsches Rotes Kreuz, het Duitse Rode Kruis.
5. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, voor niet gebonden Sozialstationen.
6. Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland, voor Sozialstationen met Joodse achtergrond.

De koepelorganisaties onderhouden contacten en onderhandelen met de ziekenfondsen en andere verzekeringsinstanties om te komen tot tarieven en vaststelling van de taken van Sozialstationen. In enkele gevallen hebben de koepelorganisaties ook een functie voor verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en maatschappelijke dienstverlening. Bijna alle Sozialstationen zijn non-profit organisaties. De enkele for-profit organisaties maken geen deel uit van een van bovengenoemde koepelorganisaties.

Vooral in stedelijke gebieden komt het voor dat in een gebied meer dan één Sozialstation werkzaam is. In dergelijke gebieden hebben patiënten keuzevrijheid. Soms is er een centraal bureau ingesteld waar patiënten naar

kunnen bellen, waarna zij worden toegewezen aan een bepaald Sozialstation. Vooral in landelijke gebieden is het aantal Sozialstationen gering en is de patiënt genoodzaakt het Sozialstation te kiezen dat het dichtst bij is.

In het Sozialstation zelf kan uiteenlopend personeel werkzaam zijn, variërend van 'examinierte Krankenschwestern', 'examinierte Kinderkrankenschwestern', 'Altenpflegerinnen', 'Hauspflegerinnen', 'Familienpflegerinnen' en 'Sozialarbeiter'. Voorts zijn er in veel gevallen gewetensbezwaarden voor militaire dienst (Zivildienstleistenden) aangesteld. Een inventariserende studie in 1984 (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1987) liet zien dat in 89% van de Sozialstationen verpleging wordt aangeboden, in 75% Altenpflege, en in 49% Haus- und Familienpflege (zie voor beschrijving van deze termen paragraaf 4.2.3).

Er zijn geen formele regelingen als het gaat om het verwerven van specialistische verpleegkundige kennis.

Enkele Sozialstationen zijn 24 uur per dag telefonisch bereikbaar.

Het Sozialstation richt zich met name op de oudere bevolking. Weliswaar is er in Berlijn een Sozialstation dat zich richt op kinderen (Burmeister e.a., 1989), maar over het algemeen vindt de preventieve zuigelingen- en kleuterzorg plaats door de zogenaamde Mutterberatung, een consultatiebureauachtige voorziening die door de lokale overheid gratis geleverd wordt. Verpleegkundigen kunnen zowel solo als in een team werkzaam zijn. In één van de Sozialstationen die werden bezocht had iedere verpleegkundige de verantwoordelijkheid over een kerkgemeenschap, een erfenis uit de tijd waarin de verpleegkundigen direct door de kerk werden betaald. Waar in teamverband wordt gewerkt kan dit team bestaan uit verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en gezinsverzorging.

### *Financiering*

Sozialstationen worden uit diverse bronnen gefinancierd (tabel 4.3).

Tabel 4.3: Bronnen van inkomsten van Sozialstationen (schatting)

---

belastingen	10-20%
particuliere verzekeringen	< 10%
ziekenfondsen	60%
eigen bijdrage	10%
koepelorganisaties	< 10%

---

(Bron: enquête)

Om voor financiering in aanmerking te komen zijn er verschillende criteria. Deze criteria zijn door de overheid van de deelstaat opgesteld en variëren dan ook van deelstaat tot deelstaat. Het overheidsaandeel in de financiering is doorgaans afhankelijk van de personeelssterkte en de opleiding van het personeel.

Eigen bijdragen worden in 5 gevallen van de patiënt verlangd:

1. de verleende diensten zijn niet door een arts voorgeschreven,
2. de verleende dienst is wel door een arts voorgeschreven, maar wordt niet door het ziekenfonds gedekt,
3. de verleende dienst wordt niet door de particuliere verzekering gedekt,
4. de patiënt is niet verzekerd en de sociale dienst weigert bij te springen,
5. de verleende dienst wordt niet door een verzekering gedekt en het inkomen van de patiënt is te hoog voor de sociale dienst om bij te springen.

Naast een bedrag ineens door de deelstaat, zijn de ziekenfondsen de belangrijkste financiers. Er wordt per verrichting uitgekeerd. In Berlijn worden vier verschillende bedragen uitgekeerd, afhankelijk van of het gaat om 'Grundpflege', 'Behandlungspflege', insuline injecties of 'Haushaltshilfe' (zie paragraaf 4.2.5.). Hierbij wordt Behandlungspflege het best betaald.

Er zijn verschillende criteria voor de financiering door ziekenfondsen. Volgens paragraaf 37 van de federale wet op de thuisverpleging (häusliche Krankenpflege) wordt thuisverpleging gefinancierd indien:

1. ziekenhuisopname noodzakelijk is, maar niet mogelijk of als deze door thuisverpleging kan worden bekort of voorkomen,
2. behandeling door een arts dient te worden aangevuld met thuisverpleging,
3. de familie de zorg niet op zich kan nemen.

In ieder geval moet thuisverpleging plaats vinden in combinatie met behandeling door een arts. Het maximum hierbij is 3 huisbezoeken per dag gedurende vier weken. Indien voortzetting na deze periode noodzakelijk is, is wederom goedkeuring van het ziekenfonds vereist.

Volgens paragraaf 53 van de federale wet op de Schwerpflegebedürftigen is thuisverpleging nodig en wordt vergoed indien:

1. een arts vaststelt dat de patiënt chronisch en substantieel hulp nodig heeft,
2. de patiënt geen rechten heeft volgens paragraaf 37.

Deze patiënten worden Schwerpflegebedürftigen genoemd en zij hebben per maand recht op maximaal 25 huisbezoeken van 1 uur. Het door het ziekenfonds vergoede bedrag mag niet meer zijn dan 750 DM per maand.

Volgens paragraaf 57 mag de patiënt, in plaats van huishoudelijke hulp van buitenaf ook ervoor kiezen deze hulp zelf te regelen en door anderen uit te laten voeren. De patiënt krijgt hiervoor een vergoeding van 400 DM van het ziekenfonds. Hiervoor is echter ook weer toestemming van de huisarts noodzakelijk.

Zowel paragraaf 57 als paragraaf 53 zijn pas sinds 1 januari 1991 in werking getreden en het is op dit moment nog niet mogelijk uitspraken te doen over de gevolgen ervan. Een test-studie door Brandt en Schweikart (1990) wees uit dat ongeveer tweederde van alle Schwerpflegebedürftigen zou kiezen voor de 400 DM volgens paragraaf 57. Volgens recentere informatie (enquête) heeft 90% van de nieuwe aanvragen voor huishoudelijke hulp betrekking op de 400 Mark-regeling. Voorts vindt een overschakeling van hulp van een Sozialstation en het zelf regelen slechts zelden plaats en moet worden aangenomen dat veel aanvragen afkomstig zijn van patiënten die voorheen niet door een Sozialstation verzorgd werden.

Voor de mantelzorg is er een speciale regeling sinds 1989. Indien men meer dan 12 maanden voor een hulpbehoevende gezorgd heeft bestaat er de mogelijkheid om een vakantie van vier weken te nemen. Gedurende deze vakantie wordt de zorg dan overgenomen door een professional. Hiertoe betaalt het ziekenfonds 1.800 DM aan de patiënt, die dan die professional zelf dient te zoeken. Dit wordt 'Urlaubspflege' genoemd. In 1989 waren er 65.000 gevallen van Urlaubspflege.

Gezinsverzorging wordt door de meeste ziekenfondsen vergoed indien het niet meer mogelijk is een huishouden zonder professionele hulp draaiende te houden en een arts de aanvraag goedkeurt.

Zoals gezegd worden Sozialstationen per verpleegkundige verrichting betaald. Tijdens een bezoek aan een Sozialstation bleek een probleem dat met dit systeem samenhangt. Veel patiënten ontvangen namelijk meer dan één soort zorg tijdens een huisbezoek. Aangezien het slechts mogelijk is om één verrichting per huisbezoek te declareren wordt in dat geval de duurste verrichting gedeclareerd en de rest niet.

Verpleegkundigen zelf krijgen een maandsalaris. Er zijn echter ook verpleegkundigen die op uurbasis werken.

#### *Recente ontwikkelingen*

Er wordt op dit moment een verandering van het financieringssysteem overwogen. De deelnemers aan de discussie hebben verschillende plannen, maar

ook één ding gemeenschappelijk: de vergoedingen dienen te variëren met het afhankelijkheidsniveau van de patiënt (Tophoven, 1991).

#### 4.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht

##### *Algemeen*

In het algemeen worden er vier soorten gekwalificeerde extramurale verpleegkundigen onderscheiden:

- Krankenschwester
- Kinderkrankenschwester
- Altenpflegerin
- Krankenpflegehelferin

Van dit rijtje werkt de Krankenschwester generalistisch (wèl bijna uitsluitend met ouderen), de Kinderkrankenschwester richt zich natuurlijk vooral op kinderen en de Altenpflegerin richt zich met name op ouderen. De Krankenpflegehelferin vertegenwoordigt het tweede deskundigheidsniveau.

Behalve de bovengenoemde verpleegkundigen zijn er twee andere beroepsgroepen die meer, maar niet uitsluitend, gezinsverzorgingsactiviteiten doen:

- Hauspflegerin
- Familienpflegerin

Er is echter een grote variatie tussen de deelstaten als het gaat om het werk van de Hauspflege en de Familienpflege. In sommige deelstaten is er geen enkele formele opleiding, terwijl er in andere een tweejarige opleiding bestaat.

##### *Opleiding<sup>5</sup>*

De wet op de verpleging (Krankenpflegegesetz) van 1985 voorziet in de regelgeving met betrekking tot de opleiding van het boven vermelde verpleegkundig personeel. De opleiding tot Altenpflegerin valt echter onder de wetgeving van de deelstaten. De opleidingsinstituten dienen volgens deze wet steeds verbonden te zijn aan een ziekenhuis. Tabel 4.4 geeft enige relevante kenmerken van de opleidingen. Hierbij dient men te bedenken dat er in veel staten geen officiële opleiding is voor Familienpflege en Hauspflege. Tijdens een bezoek aan een Sozialstation bleek dat het huishoudelijke werk voornamelijk gedaan wordt door ongeschoold personeel.

---

<sup>5</sup> Belangrijkste bron: Schnell, 1987.

Tabel 4.4: Verpleegkundige basisopleidingen in Duitsland

titel	duur van opleiding	theoretische gedeelte in uren	praktijk gedeelte in uren
Kranken-schwester	3 jaar	1600	3000
Kinderkranken-schwester	3 jaar	1600	3000
Altenpflegerin	2-3 jaar	1400-2240	1200-3000
Kranken-pflegehilfe	1 jaar	500	1100
Familien-pflege/ Hauspflege*	2 jaar	18 maanden	6 maanden

\* een opleiding tot Familienpflege/Hauspflege bestaat slechts in een aantal deelstaten (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1987)

De praktische onderdelen van de verschillende studies kunnen in ziekenhuizen plaats vinden of in andere organisaties. Het praktische deel van de opleiding tot Krankenpflegehilfe vindt echter alleen plaats in verpleeghuizen of ziekenhuizen.

Er zijn verschillende mogelijkheden voor vervolgopleidingen. Specialisatie in de thuisverpleging duurt 1 jaar (800 uur theoretisch, 25 weken praktijk). Deze specialisatie kan echter alleen gevolgd worden door verpleegkundigen met de driejarige opleiding en na minimaal 2 jaar ervaring in de praktijk. Sinds kort is er ook een universitaire studie verpleegkunde.

### *Menskracht*

Zoals gezegd kwamen er in de jaren zestig en zeventig steeds minder extramurale verpleegkundigen. Zo waren er in de deelstaat Hessen in 1966 nog 1310 personen als zodanig werkzaam, en in 1977 nog slechts 867. In 1983 was dat aantal echter weer gegroeid tot het niveau van 1966. Deze ontwikkeling lijkt zich landelijk te hebben voorgedaan.

Voorts dient te worden opgemerkt dat er een behoorlijke variatie van regio tot regio is in menskracht. Het aantal inwoners per verpleegkundige in de Mainz-Kinzig-Kreis varieerde van gemeente tot gemeente tussen 288 en 2220.

Door velen wordt een verhouding van 1 op 3.500 inwoners wenselijk geacht. Eenentwintig van de negenentwintig gemeenten kwamen echter als minder gunstig naar voren (Deppe en Priester, 1987).

In West-Berlijn daalde het aantal inwoners per verpleegkundige gestaag tussen 1984 en 1988 (tabel 4.5).

Tabel 4.5: Aantal inwoners per verpleegkundige in West Berlijn\*

	alle verpleeg- kundigen**	'examinierte Kranken- schwester'
1984	1115	3255
1985	1188	3438
1986	988	2703
1987	1052	2316
1988	905	1690

\* Alleen verpleegkundigen werkzaam in non-profit Sozialstationen.

\*\* Betreft examinierte Krankenschwestern, examinierte Kinderkrankenschwestern, Altenpflegerinnen, Hauspflegerinnen, Familienpflegerinnen, and Sozialarbeiter.

(Bron: berekend uit Jahresgesundheitsbericht, 1988, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 1990a)

Het eerder genoemde streefgetal van 3.500 inwoners per verpleegkundige wordt dus in Berlijn in gunstige zin overschreden. Dit is echter niet representatief voor de gehele bondsrepubliek: reeds in 1984 had Berlijn de grootste verpleegkundigen-dichtheid (zie tabel 4.6), hoewel dit voor het grootste deel terug te voeren was op verpleegkundigen van het tweede deskundigheidsniveau (Deutscher Verein für öffentliche und Private Fürsorge, 1987).

De snelle groei van het aantal verpleegkundigen die werd waargenomen in Berlijn dient ons ervoor te waarschuwen geen uitspraken te doen over de situatie vandaag. Als immers het aantal tussen 1984 en 1988 kon verdubbelen in Berlijn, dienen we voorzichtig te zijn met de cijfers die worden gepresenteerd in tabel 4.6 en die betrekking hebben op 1984.

Tabel 4.6: Aantal verpleegkundigen per 10.000 inwoners naar deelstaat (full-time equivalent) in 1984

Schleswig-Holstein	4.6
Hamburg	5.3
Niedersachsen	4.1
Bremen	4.4
Nordrhein-Westfalen	2.8
Hessen	2.6
Rheinland-Pfalz	3.0
Baden-Württemberg	4.0
Bayern	3.0
Saarland	2.5
Berlin (west)	11.0
<b>Bundesrepublik</b>	<b>3.6</b>

(Bron: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1987).

Volgens de inventariserende studie van de Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1987) werkte er in 1984 een totaal aantal van 21.893 full-time equivalenten van verschillende pluimage in de Bondsrepubliek (tabel 4.7).

Tabel 4.7: Samenstelling van personeel in de extramurale verpleging (n=21893), aantal full-time equivalenten en aantal inwoners per verpleegkundige

	%	aantal full-time equivalenten	aantal inwoners per verpleegkundige
Krankenschwester	47%	(10257)	5977
Altenpflegerin	9%	(1959)	31295
Haus- und Familienpflegerin/ Dorfhelferin	13%	(2972)	20628
Krankenpflegehelferin	6%	(1310)	46799
Helferin*	25%	(5395)	11364
<b>totaal</b>	<b>100%</b>	<b>(21893)</b>	<b>2800</b>

\* De categorie Helferin omvat al het assisterend personeel behalve Krankenpflegehelferin.

(Bron: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1987 and own computations)



Er bleek ook een grote regionale variatie in de personeelssamenstelling. Zo bleek in Hamburg slechts 10% Krankenschwester en 80% Helferin te zijn, terwijl dit in Rheinland Pfalz respectievelijk 60% en 8% was.

#### 4.2.4. Patiëntenpopulaties

Volgens diverse bronnen varieert populatie per Sozialstation tussen de 12.000 en 50.000 inwoners. Dit aantal is mede afhankelijk van de urbanisatiegraad. Meestal hebben urbane gebieden een hoger inwonertal per Sozialstation. Iedere lidstaat heeft zogenaamde 'Förderrichtlinien', eisen waaraan een Sozialstation dient te voldoen, die soms ook melding maken van een minimum en maximum aantal inwoners.

Tabel 4.8: Kenmerken van patiënten in zorg bij Sozialstationen

woonplaats	leeftijd		pathologie
- thuis	0-60	5-20%	- vnl. chronisch ziekten (ongeveer 90%)
- verzorgingstehuis (zelden)	> 60	80-95%	

(Bron: enquêtes)

In Berlijn waren er in 1986 56 Sozialstationen. Deze hadden tezamen gedurende één week in oktober 1986 6054 patiënten in zorg (Senator für Gesundheit und Soziales, 1987).

Volgens de eerder vermelde studie door Brandt en Schweikart (1990) onder Schwerpflegebedürftigen, is 50% van hen ouder dan 80 en 85% ouder dan 65. In ongeveer 50% van de gevallen betrof het aandoeningen aan het centraal het zenuwstelsel en in 43% ging het om cerebro-vasculaire aandoeningen. Bij 40% speelden beide aandoeningen tegelijk een rol. Op de derde plaats kwamen de aandoeningen aan het bewegingsapparaat (26%).

#### 4.2.5. Type zorg

Er wordt een zeer belangrijk onderscheid gemaakt tussen Grundpflege en Behandlungspflege (zie ook paragraaf 4.2.2.).

Grundpflege heeft voornamelijk betrekking op de zorgactiviteiten (ADL, HDL, psychosociale activiteiten, preventie van decubitus, eventueel eten en drinken klaar zetten, bloeddruk meten, beweging) (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 1990b).

Behandlungspflege heeft meer betrekking op de verpleegtechnische activiteiten zoals injecties, (intraveneus) infuus, wondbehandeling, medische baden, en zuurstoftherapie (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 1990b).

In sommige gevallen is het verschil tussen Behandlungspflege en Grundpflege niet erg duidelijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor het zalven van wonden. Dit heeft consequenties voor de vergoeding. Als een behandeling zowel als Grundpflege als Behandlungspflege kan worden beschouwd, zullen Sozialstationen deze snel als Behandlungspflege beschouwen. Behandlungspflege betaalt immers beter.

De test-studie door Brandt en Schweikart (1990) geeft cijfers omtrent de soorten zorg die geboden worden in Münster en Amberg. Ongeveer 75% van de Schwerpflegebedürftigen werd dagelijks bezocht, en 20% wekelijks. Van hen die dagelijks bezocht werden werd 25% meer dan één keer bezocht. Ongeveer 67% van alle patiënten ontvangt zowel Grundpflege als Behandlungspflege en 13% bovendien nog gezinsverzorging. Hoewel in deze studie geen vergelijking getrokken wordt met 'gewone' patiënten, zal duidelijk zijn dat de Schwerpflegebedürftigen de meest zware gevallen vertegenwoordigen.

De twee soorten zorg worden over het algemeen verleend door de Krankenschwester en, met uitzondering van de verpleegtechnische handelingen, door de Krankenschwesterhelferinnen en Altenpflegerinnen. Baden en medicijnen klaarzetten wordt soms ook door Haus- of Familienpflegerinnen gedaan.

Huisbezoeken nemen 80 tot 90% van de totale werktijd in beslag. Ongeveer 5% wordt aan spreekuur besteed en 5 tot 10% aan administratieve werkzaamheden. Helferinnen hebben minder administratieve bezigheden. Zeer weinig tijd wordt er besteed aan puur preventieve huisbezoeken aan ouderen.

Een derde type zorg is de Haus- en Familienpflege en de Haushaltshilfe. De drie namen zijn illustratief voor de verwarring over wat het is en wie het moet doen (zie ook paragraaf over opleiding). In Berlijn wordt hieronder slechts de noodzakelijke boodschappen en het schoon houden van het huis verstaan.

#### **4.2.6. De intake-procedure**

De eerder genoemde studie van Deppe en Priester (1987) maakt melding van een aantal manieren waarop het eerste contact met een Sozialstation tot stand kan komen:

- Thuiswonende patiënten of hun familie of vrienden leggen het eerste contact. De verpleegkundige doet haar werk onafhankelijk van de behan-

delend arts. Slechts in geval van noodzakelijke medische behandeling wendt de verpleegkundige zich tot de arts.

- De verpleegkundige neemt het initiatief een patiënt te bezoeken zonder dat deze er om gevraagd heeft. Meestal gebeurt dit ook zonder dat een arts er van weet. De mogelijkheden voor deze gang van zaken zijn beperkt wegens een gebrek aan menskracht.
- Het ziekenhuis maakt het eerste contact, een aantal dagen voor het ontslag van de patiënt en de verpleegkundige legt vervolgens een huisbezoek af.
- In het overgrote deel van de gevallen vraagt een arts echter een afspraak te maken met een patiënt.

Gegevens omtrent de procentuele verdeling naar de bovenstaande categoriën variëren van plaats tot plaats en in de enquête vermelde schattingen liepen sterk uiteen.

De intake wordt uitgevoerd door een verpleegkundige, een hoofdverpleegkundige of een arts. In de meeste gevallen is een prescriptie van de (huis)arts noodzakelijk, zodat voor de intake al voor een groot deel duidelijk is wat er gedaan moet worden.

In sommige Sozialstationen wordt gebruik gemaakt van intake formulieren die naast de noodzakelijke persoonlijke gegevens melding maken van alle items die vergoed worden.

Het is meestal de hoofdverpleegkundige die beslist wie de zorg zal gaan geven, maar dit is meestal de verpleegkundige die in het gebied werkzaam is waar de patiënt woont.

In geval van fouten zijn artsen verantwoordelijk voor wat ze hebben voorgeschreven maar verpleegkundigen voor de wijze waarop dit is uitgevoerd, ook al zouden ze eigenlijk de expertise niet hebben om het voorschrift van de arts op te volgen (dit is tenminste zo in Berlijn). De hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor het zenden van een goede verpleegkundige naar een patiënt en voor fouten tijdens de intake. De werkgever is tenslotte verantwoordelijk voor het houden van voldoende gekwalificeerd personeel (Der Senator für Gesundheit und Soziales, 1987).

#### 4.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging, en ziekenhuizen

##### *(Huis)artsen*

Formeel is de verpleegkundige afhankelijk van voorschriften van de arts. Alleen die activiteiten worden immers vergoed (wat nog niet betekent dat alles wat een arts voorschrijft ook wordt vergoed). In vele gevallen wordt echter zonder voorafgaande opdracht van de huisarts gewerkt (zie ook par. 4.2.6). In dat geval maakt zij haar eigen verpleegplan en vraagt pas achteraf om toestemming van de huisarts (Deppe en Priester, 1987). De meeste verpleegkundigen oordelen positief over hun relatie met de huisarts, hoewel er uitzonderingen zijn. Dit bleek uit de studie van Deppe en Priester, maar ook tijdens studiebezoek aan een tweetal Sozialstationen. Er is echter wel behoefte aan een duidelijker taakverdeling tussen huisarts en thuisverpleging. Eén van de taken die op dit moment ter discussie staan is het toedienen van infuus en intraveneuze injecties aan bijvoorbeeld AIDS patiënten of kankerpatiënten. Meestal vindt contact met de huisarts op ad-hoc basis plaats.

In Berlijn (in 1986) (Senator für Gesundheit und Soziales, 1987) werken de meeste huisartsen samen met 1 tot 3 Sozialstationen. Een groot aantal huisartsen was op de hoogte van de diensten die door de Sozialstationen worden aangeboden, maar slechts 27% wist van alle diensten. De meeste artsen (68%) vonden het personeel van de Sozialstationen voldoende gekwalificeerd, maar 37% vond dat er teveel ongekwalificeerd personeel was. Deze cijfers zijn echter relatief oud en er kan intussen veel veranderd zijn.

##### *Gezinsverzorging*

Zoals gezegd zijn er Sozialstationen die zowel verpleegkundige zorg als gezinsverzorging verlenen. De gezinsverzorging wordt verleend door zogenaamde 'Hauspflegerinnen' of 'Familienpflegerinnen'. Er is discussie over de verdeling van taken tussen de verpleegkundigen en gezinsverzorgenden.

##### *Ziekenhuizen*

Contact met ziekenhuizen is er meestal in gevallen waar het gaat om nazorg. Persoonlijke relaties zoals vriendschappen spelen een belangrijke rol bij deze contacten. Samenwerking is meestal informeel. Telefonisch contact komt het meest voor, maar af en toe worden er ook patiënten in het ziekenhuis bezocht (Deppe en Priester, 1987).

Ondanks het feit dat als doelstelling van thuiszorg expliciet gerefereerd wordt aan vervroegd ontslag uit het ziekenhuis, zijn er geen speciale verpleegkundigen die zich bezig houden met de relaties tussen ziekenhuis en extramurale verpleging.

### *Andere Sozialstationen*

Het bestaan van meer dan één Sozialstation in een gebied is meestal geen probleem (Deppe en Priester, 1987). In Frankfurt bleek men zelfs op een centrale intake overgegaan te zijn. Patiënten konden bellen naar een speciaal telefoonnummer. Hiervandaan werd het dichtstbijzijnde Sozialstation ingeschakeld om met de patiënt een afspraak te maken. Voor het overige bleef de frequentie van contacten tussen Sozialstationen beperkt. Voorheen kwam contact slechts voor als een Sozialstation te kampen had met te weinig personeel en een ander gevraagd werd bij te springen.

### **4.2.8. Problemen**

#### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

Deskundigen gaven aan dat er vooral een behoefte is aan meer psychosociale activiteiten, stimuleren van mantelzorg, geven van informatie over bijvoorbeeld medicijnen, preventieve zorg in het algemeen en gezinszorg. Dit alles met name bij de oudere bevolking. De intensiteit van deze problemen varieert van plaats tot plaats.

#### *Arbeidsmarkt*

In veel gebieden is er een tekort aan verpleegkundig personeel, voornamelijk gekwalificeerd personeel. De algemeen geaccepteerde norm van 1 verpleegkundige op de 3.500 inwoners zou betekenen dat er 17.500 verpleegkundigen zouden moeten zijn. Er zijn er in het hele land echter slechts 10.000. Vooral in zuid Duitsland doet dit probleem zich gelden (Brandt en Schweikart, 1990). Een deel van dit probleem kan worden teruggevoerd op het feit dat veel verpleegkundigen slechts enkele jaren actief blijven. Hiervoor kan als verklaring wellicht worden aangevoerd dat er slechts weinig mogelijkheden zijn voor een vervolgopleiding; conflicten met huisartsen (het conflict tussen zelfstandig werken en tegelijkertijd afhankelijk zijn van de arts voor prescriptie en verwijzing); het feit dat de ziekenhuisverpleging beter betaalt; en weinig bevrediging van het werk in het algemeen.

In sommige gebieden zijn wachtlijsten. Waar ze niet zijn hoeft dat nog niet te betekenen dat er voldoende voorzieningen zijn. Als er namelijk geen organisatie is, kan er ook geen wachtlijst zijn.

#### *Horizontale functiedifferentiatie*

Op het gebied van de horizontale functiedifferentiatie werden geen problemen gemeld.

### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinszorg*

Op het gebied van de taakafbakening tussen gezinszorg en thuisverpleging werden enige problemen gerapporteerd. Er is namelijk onduidelijkheid over de bevoegdheden en vereiste opleiding van Haushaltshilfen en Familienpfleger.

### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

Deppe en Priester (1987) melden dat de samenwerking tussen thuisverpleging en de huisarts vaak zwak ontwikkeld is. Dit ondanks het feit dat er voor alle thuisverpleegkundige activiteiten een verwijzing door de huisarts nodig is. Deppe en Priester melden tevens dat de autonomie van de extramurale verpleegkundigen te lijden heeft van het feit dat voor alles een verwijsbriefje nodig is.

### *Samenwerking met ziekenhuis*

Eveneens volgens Deppe en Priester, is de samenwerking tussen ziekenhuis en thuisverpleging zwak ontwikkeld. Contact vindt meestal plaats op ad-hoc basis.

### *Financiering*

Deppe en Priester zijn voorstanders van een holistische benadering in de ouderenzorg. Zij keren zich tegen de volgens hen kunstmatige wettelijke verdeling tussen 'zieke mensen', 'mensen die verpleging nodig hebben' en 'mensen die hulp nodig hebben met ADL'. De drie categorieën zijn immers vaak verenigd in één persoon.

Ook het financieringssysteem op basis van verrichtingen staat een holistische benadering in de weg. Hieronder vallen immers niet de psychosociale activiteiten. De meeste deskundigen in de studie van Deppe en Priester zij daarom voorstanders van een systeem van vergoedingen ineens.

Het vergoedingensysteem staat momenteel ter discussie. Waarschijnlijk wordt binnen enige tijd overgegaan op een systeem waarin de hoogte van de vergoeding varieert met het niveau van afhankelijkheid van de patiënt.

### *Overige problemen*

Niet alle gebieden in Duitsland zijn voorzien van georganiseerde thuisverpleging. Er bestaan grote regionale verschillen in het voorzieningsniveau.

Volgens Neuhaus en Schröder (1985) en Deppe en Priester (1987) is er een behoefte aan meer gecentraliseerde planning.

Brandt en Schweikart (1990) voorzien problemen met betrekking tot de kwaliteit van zorg als steeds meer mensen opteren voor de 400 Mark-regeling en de zorg (Grundpflege) zelf organiseren. Zij vragen zich tevens af wat er

gedaan kan worden om te voorkomen dat Sozialstationen minder gekwalificeerd personeel aan gaan nemen om de kosten te drukken.

## Literatur

- BRANDT, F., R. SCHWEIKART. Häusliche Pflegehilfen für Schwerpflegebedürftigen; Zwischenbericht zum Modellversuch des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., 1990.
- BURMEISTER, I., N. GOSCHIN, E. HOLTHAUS, J. KORPORAL, H. MÜLLER, J. RÄBIGER, U. RAHE-BADENHOOP, H. WILKE, A. ZINK. Häusliche Kinderkrankenpflege; Modellprojekt externer Pflegedienst in Berlin. Band II: Ergebnisse der sozialmedizinischen und ökonomische Begleitung. Gerlingen: Robert Bosch Stiftung, Bleicher Verlag, 1989.
- CROMBIE, D.L., J. VAN DER ZEE, P. BACKER, (eds.). The Interface Study: COMAC-HSR in collaboration with European General Practice Research Workshop. London: RCGP, 1990.
- DEPPE, H.U., K. PRIESTER. Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege; Arbeitsweise und Stellung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH., 1987.
- DER SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES. Die Berliner Sozialstationen: Angebot und Entwicklung. Bearbeitet von Priv.-Doz. Dr. G. Meinschmidt und Marlies Wanjura. Berlin: 1987.
- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE. Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste (Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflege) im Bundesgebiet. Bearbeitet von R. Höft-Dzemski. Band 65 Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 1987.
- GROENEWEGEN, P.P., J. VAN DER ZEE, R. VAN HAAFTEN. Remunerating General Practitioners in Western Europe. Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care 1991.
- INSTITUT FÜR GERONTOLOGISCHE FORSCHUNG. Gutachten über Sozialstationen, München: 1987.
- LANDESVERSORGUNGSAMT BAYERN. Richtlinien zur Förderung ambulanter sozialpflegerischer Dienste. München: 1989.
- NEUHAUS, R., W.F. SCHRÄDER. Planning and management of public health in the Federal Republic of Germany. Health Policy, 5 (1985) pp. 99-109.
- OECD. Ageing populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- OECD. Measuring health care 1960-1983; expenditure, Costs and Performance. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1985.
- SCHNELL, W. Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung: Handbuch zur Aus- und Weiterbildung in der Krankenpflege. Bonn: Reha-Verlag, 1987.



SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES. Jahresgesundheitsbericht 1988.  
Berlin: 1990 a.

SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES. Rundschreiben über Abschluß einer  
neuen Entgelvereinbarung über Hausliche Krankenpflege, Haushaltshilfe und häusliche  
Pflege für Schwangere. In: Amtsblatt für Berlin 40 (2 November 1990 b) 55.

STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 1990.

TOPHOVEN, C. Die Absicherung des Pflegerisikos, aus Sichte der GKV. In: Arbeit und Sozial-  
politik (1991) 3-4.



## 5. EXTRAMURALE VERPLEGING IN ENGELAND

### 5.1. De omgeving<sup>1, 2</sup>

#### 5.1.1. Bevolking<sup>3</sup>

* totale bevolking Groot Brittanië + Noord Ierland (1987)	56,9 miljoen
* % ouder dan 65 (1987)	15,3
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	14,5
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	14,6
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	16,3
* % jonger dan 15 (1987)	18,9
* levensverwachting bij geboorte (1985-87) (Engeland en Wales)	71,9 (mannen) 77,6 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1988)	13,8
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup> (1987)	233
* bevolkingsgroepen: culturele minderheden uit Mediterrane landen en voormalige Britse kolonies.	

---

1 Co-auteur van deze paragraaf is drs. P. van der Heijden.

2 Belangrijkste bronnen:

- P.P. Groenewegen, R. Willemsen. Naar een sterkere eerste lijn? 2: Buitenlandse ervaringen. Utrecht: NIVEL, 1987.
- A. Maynard. Financing the U.K. national health services. Health Policy; 6, 1986, no. 4, p. 329-340.
- Minister to end discussions on GPs' new contract this month. British Medical Journal; 298, 1989, no. 6673, p. 606.
- Department of Health. Health and personal services statistics for England, 1990 edition. London: HMSO, 1990, Chapter 3.
- Office of Health Economics. Compendium of health statistics. London: OHE, 1989, Chapter 3.
- E. Carrillo et al. Requirements & constraints for minimum data sets. S.L.: McAce, 1989.
- D.L. Crombie et al. The interface study. London: The Royal College of General Practitioners, 1990.
- B. Abel-Smith. Eurocare: European health care analysis. Basle: HeathEcon s.a.

3 Bronnen: Statistical Yearbook of Norway, 1990; OECD, 1988.

### 5.1.2. Het gezondheidszorgsysteem

#### *Inleiding*

Engeland maakt deel uit van het Verenigd Koninkrijk, dat bestaat uit vier landen: Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland. De vier landen genieten een aanzienlijke autonomie op het gebied van opleiding, gezondheidszorg, woningbouw en sociaal beleid.

Op lokaal niveau zijn er verschillen in de structuur van de gezondheidszorg tussen Engeland en de drie andere landen. Deze beschrijving richt zich met name op Engeland.

Enige jaren geleden is het voormalige Department of Health and Social Service gesplitst in het Department of Health en het Department of Social Services. Tegenwoordig is op nationaal niveau het Department of Health (DoH) verantwoordelijk voor het formuleren van beleid in relatie tot gezondheid, vaststellen van behoeften, het toewijzen van financiële middelen en het vaststellen van prioriteiten. Het Department of Health regelt de financiering en is verantwoording schuldig aan het parlement.

Op regionaal niveau zijn aan de 14 Regional Health Authorities in Engeland (RHAs) drie taken toebedeeld:

- direct bestuur van het district: toewijzen van financiële middelen, de behoeften vaststellen, en het functioneren van de diensten in kaart brengen;
- het bouwen van ziekenhuizen;
- het maken en uitvoeren van tien-jarenplanning, volgens richtlijnen van het Department of Health.

Op lokaal niveau besturen de 192 District Health Authorities de gezondheidszorgvoorzieningen en stellen de lokale behoeften vast. Ook maken zij de lokale plannen en voeren deze uit (zie ook figuur 5.1).

Ongeveer 90 Family Health Services Authorities (FHSAs) zijn eveneens actief op lokaal niveau. Zij regelen de contracten met de huisartsen, tandartsen, apothekers en opticiens. De FHSAs zijn aangesteld door de Secretary of State en bestaan uit 30 leden, waarvan er 15 behoren tot de bovengenoemde beroepsgroepen, en 15 zijn leken. Na april 1991 zijn de RHAs verantwoordelijk voor het toewijzen van financiële middelen aan zowel de FHSAs als de DHAs (North West Thames Regional Health Authority, 1991).

De hierboven geschetste structuur bestaat ook in Wales, maar in Schotland en Noord-Ierland bestaan er zogenaamde Health Boards, die dezelfde functie hebben als de DHAs en de FHSAs.

### Ziektekostenverzekering

Alle inwoners van het Verenigd Koninkrijk vallen sinds 1948 onder de National Health Service (NHS). De NHS voorziet in gratis eerstelijns- en ziekenhuiszorg, hoewel er eigen bijdragen zijn voor medicijnen, tandheelkundige zorg en sommige hulpmiddelen. Er is een kleine particuliere ziekenhuissector voor bepaalde chirurgische ingrepen die niet door de NHS worden vergoed.

### Financiering

De NHS in Engeland is verdeeld over drie sectoren: (1) de ziekenhuizen en de 'community health' (hospital and community health services (NCHS)) (2) de huisartsen (family practitioner services (FPS)) en (3) de maatschappelijke dienstverlening (Local Authority Social Services (LASS)).

Het budget van de NCHS wordt verdeeld onder de RHAs volgens een formule (Resource Allocation Working Party (RAWP)) die gebaseerd is op bevolkingsaantallen die gestandaardiseerd zijn naar sterfte. Iedere RHA kan zelf bepalen hoe dit budget te verdelen over de verschillende DHAs.

Ambulante medische zorg wordt gefinancierd uit het budget van de FPS. Dit budget is niet vast. De hoogte ervan wordt bepaald door de vraag: hoe meer (huis)artsen er zijn met een contract met de FPS, en hoe meer ze doen, des te meer wordt er uitgegeven.

De LASSs worden gefinancierd uit lokale belastingen en subsidies van de centrale overheid. In tegenstelling tot de FPS moeten de LASSs werken met een vast budget. De subsidies van de centrale overheid zijn afhankelijk van de lokale behoeften.

Tabel 5.1: Totale- en overheidsuitgaven gezondheidszorg in percentages van het BNP in het Verenigd Koninkrijk

jaar	totale uitgaven % BNP	overheids- uitgaven % BNP	uitgaven in £ per hoofd
1980	5.78	5.18	237
1981	6.05	5.40	273
1982	5.94	5.22	292
1983	6.16	5.40	330
1984	6.11	5.33	349
1985	5.99	5.20	373
1986	6.02	5.22	400
1987	6.05	5.23	435

(Bron: Program ECO-SANTE by BASYS/CREDES)

### *Huisartsen*<sup>4</sup>

De gehele bevolking heeft directe toegang tot huisartsenzorg en tandartsenzorg, apotheken en opticiens. Hiervan houden huisartsen een patiëntenregistratie bij. Voor deze patiënten zijn zij verantwoordelijk. Een patiënt kan iedere huisarts kiezen die hij wil, als deze hem maar op de patiëntenlijst wil zetten. Huisartsen vervullen de rol van poortwachter naar tweedelijnsvoorzieningen. Er wordt voornamelijk in groepspraktijken gewerkt (70%) of duopraktijken (18%). Slechts 12% werkt in een solo praktijk. 25% werkt in een gezondheidscentrum.

Huisartsen, tandartsen en apothekers zijn niet in dienst bij de NHS, maar hebben een contract als 'independent contractor'. Het vergoedingensysteem aan huisartsen is een mix van basissubsidies (voor huisvesting, apparatuur etc) en vergoedingen. Het grootste deel van de vergoedingen is gebaseerd op het aantal patiënten in de praktijk. Daarnaast is er een vergoeding voor iedere nieuwe ingeschreven patiënt op de lijst en extra betalingen voor vaccinaties, uitstrijkjes, kleine chirurgie en enige andere verrichtingen.

Er zijn 0,56 huisartsen per 1000 inwoners (National Yearbook, 1987). Van alle contacten vindt 15% plaats tijdens visites.

### *Institutionele zorg*

Het ziekenhuis is ook deel van de NHS en is gratis. Er is in ziekenhuizen ook de mogelijkheid tot poliklinische behandeling en dagbehandeling. In tegenstelling tot de huisartsen, zijn specialisten bijna altijd aan een ziekenhuis verbonden en ontvangen een vast salaris. Er is een relatief klein aantal bedden in de particuliere sector. Patiënten dienen door hun huisarts verwezen te zijn.

De gemiddelde ligduur was 13,3 dagen in 1980 (OECD, 1987).

---

4

Bron: Crombie e.a., 1990.

Tabel 5.2: Aantal ziekenhuisbedden en personeel per bed

jaar	bedden totaal	bedden per 1000	personeel per bed
1980	458000	8.1	1.40
1981	455000	8.1	1.50
1982	453000	8.0	1.53
1983	446400	7.9	1.58
1984	430815	7.6	1.64
1985	421195	7.4	1.71
1986	409962	7.2	1.76
1987	388711	6.8	1.86

(Bron: Program ECO-SANTE by BASYS/CREDES)

## 5.2. Extramurale verpleging

Extramurale verpleging wordt in Engeland voornamelijk door district nurses en health visitors aangeboden. Er zijn drie niveaus van deskundigheid, achtereenvolgens: registered nurses, enrolled nurses, en auxiliaries.

Alvorens over te gaan op de beschrijving van de taken en andere kenmerken van deze verpleegkundigen zal eerst de geschiedenis, organisatie en financiering van de extramurale verpleging in Engeland behandeld worden.

### 5.2.1. Geschiedenis

District nursing zowel als health visiting ontstond in de tweede helft van de 19e eeuw naar aanleiding van een cholera-epidemie in Manchester. Het doel was thuiszorg te bieden aan alle zieken, niet alleen de rijken. In 1948 kwamen district nursing en health visiting onder de National Health Service.

Health visiting was aanvankelijk gericht op het bevorderen van de gezondheid en de hygiëne bij de bevolking in het algemeen. Aan het begin van de 20e eeuw, naar aanleiding van de hoge kindersterfte, verschoof echter de nadruk naar de jeugdgezondheidszorg en zuigelingenzorg. Tegenwoordig vindt echter weer een verschuiving plaats naar zorg voor de volksgezondheid in het algemeen.

### 5.2.2. Organisatie en financiering

Figuur 5.1: Hiërarchie in de planning van de extramurale verpleging in Engeland



District nurses en health visitors worden per maand betaald door de District Health Authorities (DHAs).

Iedere District Health Authority heeft een zogenaamde 'community unit', een soort departement voor de eerstelijnszorg. Deze community unit kan verdeeld zijn over verschillende 'lokaliteiten', buurten en sectoren. Bij lokaliteiten en buurten gaat het om een indelingsprincipe naar functie (bijvoorbeeld gebieden met veel sociale deprivatie of met veel sociale woningbouw). Bij sectoren is het gebied zonder zo'n principe verdeeld in bijvoorbeeld vier gelijke stukken.

Voor iedere lokaliteit, buurt of sector is een manager aangesteld die verantwoordelijkheid draagt voor de inzet van personeel. In zo'n gebied zijn meestal een aantal gezondheidscentra.

De meeste district nurses werken vanuit gezondheidscentra, hoewel dit niet hun dagelijkse basis hoeft te zijn. Volgens Dunnell en Dobbs (1982) beschouwt 61% van de district nurses hun huis als basis, en 6% van de health visitors. Volgens informatie uit de enquête heeft er echter de laatste jaren een verschuiving plaats gevonden naar gezondheidscentra, in ieder geval voor wat betreft district nurses.

Vanuit het gezondheidscentrum worden doorgaans diensten verleend die variëren van district nursing, health visiting, huisartspraktijk, school nursing tot chiropodie. In de samenstelling en functionele samenhang van deze diensten is er veel verschil tussen de gezondheidscentra. Ook het aantal inwoners dat door een gezondheidscentrum wordt bediend verschilt, evenals de perso-



neelssterkte. Er is op dit terrein geen regelgeving, hoewel in het verleden wel richtlijnen zijn geformuleerd.

Bij dit alles dient te worden opgemerkt dat de NHS op dit moment gereorganiseerd wordt. Er wordt hierbij gestreefd naar het creëren van een interne markt voor aanbieders van zorg. 'Nurses in the community setting will operate within a system of a government funded, internal market, offering contracted work to budget holding health authorities and family doctors or to private health facilities' (Butterworth, 1990). Dit betekent voor zowel health visitors als district nurses dat zij in de toekomst kunnen worden betaald door verschillende organisaties.

De keuze voor een type organisatie, waarvan er een aantal worden aangedragen door de North West Thames Regional Health Authority (1990), dient op lokaal niveau gemaakt te worden. Derhalve zal de uitkomst van deze keuze plaatselijk verschillen. (zie ook Appendix 4).

De volgende beschrijving beperkt zich tot de situatie in februari 1991.

### **5.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht**

#### *Algemeen*

Er zijn verschillende soorten verpleegkundigen werkzaam in de gemeenschap. De belangrijkste zijn:

- district nurses
- health visitors
- community psychiatric nurses
- school nurses
- GP practice nurses

Er drie verschillende deskundigheidsniveaus: registered nurses, enrolled nurses en auxiliaries.

In het navolgende zal het met name gaan om district nurses en health visitors.

Naast de bovengenoemde verpleegkundigen zijn er district nurses die zich gespecialiseerd hebben in bijvoorbeeld stomazorg of diabetes. De meeste van deze verpleegkundigen treden voornamelijk op als raadgever naar andere verpleegkundigen maar houden zich tevens bezig met directe patiëntenzorg.

Ook zijn er health visitors die zich gespecialiseerd hebben, bijvoorbeeld in kinderen met bijzondere leerbehoeften. Deze specialisten zijn werkzaam bij de district health authority en zij houden zich meestal tevens bezig met

directe patiëntenzorg en kunnen soms samen met de gewone health visitor een huisbezoek afleggen.

Ten tweede zijn er zogenaamde nurse managers die zich meestal niet met de directe zorg bezig houden.

### *Basisopleiding*

Er zijn drie basisopleidingen: tot registered nurse (drie jaar), tot enrolled nurse (twee jaar) en tot auxiliary (geen formele eisen). De meeste opleidingen vinden plaats op scholen die aan een ziekenhuis verbonden zijn. Er zijn echter ook 8 universiteiten (in 1985-6, Hoad, 1987) die een verpleegkundige opleiding bieden. Aan het eind van deze laatste opleiding is men dus in het bezit van een academische graad en tevens geregistreerd verpleegkundige.

### *Vervolgopleiding*

Er zijn veel mogelijkheden, met een verschillende duur en bij verschillende instituten, om na de basisopleiding verder te gaan. Aanvullende kwalificaties kunnen bijvoorbeeld behaald worden in de 'community psychiatry', health visiting, district nursing, verloskunde, orthopedie, gezinsplanning, geestelijk gehandicapten, bedrijfsgezondheid en school nursing.

Bij de meeste verpleegkundigen had de vervolgopleiding betrekking op de certificaten voor gezinsplanning, verloskunde en het certificaat voor district nursing. Van de verpleegkundigen werkzaam als district nurse was 61% in het bezit van het district nursing certificaat. 25% had een certificaat voor verloskunde. Van de health visitors had 99% het health visiting certificaat (Dunnell & Dobbs, 1982). Dit laatste is niet zo verwonderlijk aangezien dat certificaat wettelijk verplicht is.

De aanvullende opleiding voor health visiting duurt 51 weken en wordt gegeven op een college of higher education, aan een universiteit of een hogeschool. Het district nursing certificaat kan behaald worden na een cursus van 9 maanden, waarvan tweederde in de praktijk en een derde theorie. Voor enrolled nurses is er een 4 tot 6 maanden durende cursus in district nursing.

### *Ontwikkelingen in de opleiding*

De structuur van de opleidingen tot verpleegkundige wordt op dit moment herzien. In het nieuwe onderwijsprogramma, project 2000, is één van de belangrijkste wijzigingen dat een opleiding tot het tweede deskundigheidsniveau er niet meer is. In plaats daarvan komt er slechts één opleiding van drie jaar, met specialisaties in de laatste 18 maanden daarvan.

Tegelijkertijd realiseert men zich echter dat er wel een behoefte is aan personeel van een lager deskundigheidsniveau. Derhalve is de term 'support worker' uitgevonden. Hoewel dit nog niet zeker is zal de opleiding hiertoe

waarschijnlijk twee jaar duren. Waarschijnlijk zullen er binnen de 'support workers' een aantal verschillende deskundigheidsniveaus aangebracht worden.

Een andere belangrijke ontwikkeling is dat in het nieuwe onderwijsprogramma meer de nadruk zal komen te liggen op de extramurale verpleging. Toekomstige verpleegkundigen zullen meer getraind worden in het omgaan met 'echte mensen' in plaats van 'patiënten'. Praktijkervaring zal meer dan voorheen in 'de wijk' worden opgedaan.

### *Menskracht*

Het totaal aantal verpleegkundigen in Engeland, in 1985 tot en met 1989 wordt getoond in tabel 5.3. Hier blijkt dat het tweede deskundigheidsniveau bijna uitsluitend werkzaam is binnen de district nursing. Per registered nurse in district nursing is er ongeveer 0,5 enrolled nurse.

Tabel 5.3: Aantal full-time equivalenten in Engeland in 1985, 1986, 1988 en 1989.

	1985	1986	1987	1988
health visiting:				
health visitors	10.240	10.393	10.333	10.313
andere registered*	871	460	641	689
andere enrolled*	100	93	91	102
student health visitors	866	832	785	786
ander verpleegkundig personeel	204	224	260	235
district nursing:				
district nurses	8.998	9.119	8.691	8.648
district nursing tutorial	50	43	43	42
andere registered*	1.876	1.315	1.732	1.763
andere enrolled*	4.216	4.296	4.232	4.221
student district nurses	704	680	650	608
ander verpleegkundig personeel	2.998	3.203	3.300	3.265
school nursing service:				
registered nurses	2.493	2.485	2.473	2.415
enrolled nurses	189	182	162	142

\* = verpleegkundigen zonder district nursing, resp. health visiting certificaat.

(Bronnen: Department of Health, 1990; White, 1990)

In 1972 stelde het toenmalige Department of Health and Social Services een algemene optimale verdeling van één district nurse per 4000 inwoners en één per 2.500 inwoners in gebieden met een hoog percentage ouderen of een

hoog gebruikerspercentage (Baker e.a., 1987). Voor health visitors werd een algemeen ratio berekend van één op 4.300 inwoners en één op 3.000 in gebieden met een hoog percentage immigranten of hoog gebruikerspercentage.

In tabel 5.4 wordt het aantal inwoners per health visitor, per district nurse en per school nurse.

Tabel 5.4: Aantal inwoners per health visitor, district nurse en school nurse in 1988 in Engeland (full-time equivalenten)

health visitors	4.609
district nurses	5.497
registered school nurses	19.683

(Bron: Department of Health, 1990; White, 1990; own computations)

Uit de tabel blijkt dat de bovengenoemde optimale verdelingen op landelijk niveau nog niet zijn gehaald. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de auxiliaries niet in de cijfers verwerkt zijn.

Helaas waren nationale gegevens over het aantal auxiliaries niet beschikbaar. Wel zijn er op dit punt gegevens uit het district Wycombe in 1986 (Findlay e.a., 1986). In dit district was er één auxiliary per twee verpleegkundigen.

#### 5.2.4. Patiëntenpopulaties

##### *District nurses*

Uit tabel 5.5 kan worden afgelezen dat de district nurses zorg verlenen aan thuiswonenden, maar ook in verzorgingstehuizen (old people's homes) waar geen verpleegkundig personeel van het eerste deskundigheidsniveau aanwezig is. Tijdens een bezoek aan de district nurses in Manchester werd verteld dat deze old people's homes als paddestoelen uit de grond schieten en dat er geen opleiding of andere kwalificatie nodig is om er één te beginnen. Er is daarom veel verschil in kwaliteit.

De meeste patiënten, of cliënten, zoals een aantal district nurses ze noemen wil, zijn boven de 65. Slechts een klein percentage bestaat uit kinderen aangezien de gezonde kinderen onder de health visitors vallen, en alleen de zieke kinderen onder de verantwoordelijkheid van de district nurses.

Tabel 5.5: Kenmerken van patiënten in zorg bij district nurses.

woonplaats	personen in zorg bij district nurses naar leeftijd in 1987/88 (n=3,459,600)		categorie
- thuis	< 5	3.8	- geestelijk gehandicapt
- verzorgings- tehuis	5-16	5.4	- lichamenlijk gehandicapt
	17-64	43.5	- psychische problemen
	> 65	47.3	- terminale zorg
	totaal	100%	- chronisch zieken
	(Bron: Department of Health, 1990)		- nazorg

\*) Voor terminale patiënten is een aparte organisatie in het leven geroepen: het MacMillan Fund. Deze organisatie voorziet in extra hulp.

Per 1000 inwoners werden er volgens gegevens van het Department of Health (1990) 73 personen per jaar door district nurses verzorgd.

Volgens Dunnell en Dobbs (1982) is er binnen de district nursing weinig verschil tussen registered en enrolled nurses als het gaat om de tijd die aan verschillende patiëntencategorieën wordt besteed. Auxiliaries houden zich weliswaar meer bezig met lichamenlijke problemen maar spenderen evenveel tijd aan ouderenzorg.

#### *Health visitors*

Health visitors werken met name met het gezonde deel van de bevolking. De cliëntenpopulatie bestaat voor het grootste deel uit kinderen (tabel 5.6) en moeders. Health visitors stellen echter dat zij zorg verlenen 'van de wieg tot het graf'. De diensten aan ouderen hebben meestal de vorm van cursussen over gezonde leefgewoonten, en hoe om te gaan met ouderdomsproblemen. Daarnaast zij er enige screening programma's voor gezonde ouderen en follow-up bezoeken naar aanleiding van ontslag uit het ziekenhuis of naar aanleiding van een sterfgeval.

Een afnemend percentage van de bevolking ouder dan 65 wordt door health visitors bezocht. (7,4% in 1978 en 5,3% in 1987/88) (Department of Health, 1990). Volgens Dunnell en Dobbs (1982) besteden health visitors slechts 9% van hun tijd aan oudere patiënten.

Tabel 5.6: Kenmerken van patiënten in zorg bij health visitors

woonplaats	aantal personen dat thuis bezocht werd naar leeftijd in 1987/88 (n=4.093.000)	categorie
- thuis	geboorten 18%	- zwangeren
	1-4 38%	- moeders en zuigelingen
	5-16 5%	- gezonde ouderen
	17-64 29%	
	> 65 10%	
	totaal 100%	
	(Bron: Department of Health, 1990)	

In 1987/88 werd 8.6 procent van de totale bevolking bezocht door een health visitor (Department of Health, 1990). Naast de huisbezoeken werd 94% van alle zuigelingen tijdens consultatiebureauzittingen gezien in het geboortjaar.

### 5.2.5. Type zorg

#### *District nursing*

In tabel 5.7 worden de activiteiten van district nurses op een rijtje gezet. Sommige district nurses hebben zich gespecialiseerd in bijvoorbeeld stoma zorg of diabetes (zie boven).

Tabel 5.7: Soorten zorg door district nurses

- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
- identificeren van risicogroepen
- hygienische zorg
- verpleegtechnische handelingen
- gecompliceerde verpleegtechnische handelingen
- informatie over bijvoorbeeld medicatie en voeding
- **enige** psychosociale activiteiten
- stimuleren mantelzorg

Er zijn geen regels met betrekking tot de maximale hoeveelheid zorg die een patiënt kan krijgen.

Het tweede deskundigheidsniveau, de enrolled nurse, houdt zich met name bezig met de hygiënische zorg, de eenvoudige verpleegtechnische handelingen en het stimuleren van mantelzorg.

Het bleek niet mogelijk om recente data te verkrijgen over het percentage van de totale werktijd, dat besteed wordt aan bepaalde activiteiten. Registered en enrolled nurses besteden naar schatting ongeveer 70% van hun tijd aan huisbezoeken, auxiliaries ongeveer 90% (inclusief reizen). Registered nurses besteden ongeveer 25% van hun tijd aan administratieve werkzaamheden, enrolled nurses ongeveer 10% en auxiliaries ongeveer 5%. Individuele preventieve zorg wordt meestal uitgevoerd door de registered nurses. (Bron: enquête)

Vergelijkbare cijfers kwamen naar voren in de eerder genoemde studie in Wycombe (Findlay e.a., 1986). Registered en enrolled nurses besteedden 51% van hun tijd aan huisbezoeken; 19% aan reizen; 5% aan behandelingen; 24% aan niet patiënt gebonden activiteiten. In deze studie bleek echter dat er ook op het gebied van de administratieve activiteiten geen verschil was tussen enrolled nurses en registered nurses.

#### *Health visiting*

Health visiting heeft betrekking op de gehele gezonde bevolking. Health visitors besteden echter de meeste tijd aan preventieve activiteiten met kinderen en hun omgeving. Verpleegtechnische handelingen worden, uitgezonderd vaccinaties, nauwelijks verricht.

Tabel 5.8: Soorten zorg door health visitors

---

- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
  - identificatie risicogroepen
  - informatie over bijvoorbeeld voeding en medicatie
  - psychosociale activiteiten
  - stimuleren mantelzorg
  - vaccinaties
- 

Het bleek niet mogelijk cijfers te geven met betrekking tot het percentage van de totale werktijd die besteed werd aan bepaalde activiteiten zoals huisbezoeken, spreekuur en consultatiebureau.

Consultatiebureauzittingen vinden in 38% van de gevallen zonder arts plaats.

### **5.2.6. De intake-procedure**

#### *District nursing*

De manieren waarop het eerste contact tot stand komt staan vermeld in tabel 5.9.

Tabel 5.9: Verdeling van het totale aantal patiënten naar aanmeldingsbron bij district nursing (schatting)

patiënt zelf/familie	5%
huisarts	40%
gezinsverzorging	5%
ziekenhuis/verzorgings-/verpleeghuis	40%
andere zorgverleners	10%

(Bron: enquête)

Hierbij is met name het hoge percentage patiënten met wie het eerste contact tot stand kwam via ziekenhuizen of verpleeghuizen opvallend. Het was niet mogelijk binnen deze categorie een onderscheid te maken. In de studie in Wycombe (Findlay e.a., 1986) werd 70% van de patiënten verwezen door de huisarts en slechts 17,5% door ziekenhuizen. De conclusie valt hieruit te trekken dat deze gegevens van gebied tot gebied verschillen.

De intake is een taak van de registered nurse. Hierbij wordt meestal geen gebruik gemaakt van uitgebreide formulieren, hoewel er op dit gebied wel experimenten zijn uitgevoerd (zie Baker e.a., 1987). Wie de zorg moet gaan geven wordt eveneens bepaald door de registered nurse. Deze kan ook besluiten dat in een bepaald geval gezinsverzorging nodig is en vervolgens het contact tussen gezinsverzorging en patiënt tot stand brengen. De district nurse is steeds verantwoordelijk voor de zorg die zij delegeert naar lagere deskundigheidsniveaus.

Evaluatie vindt op informele wijze plaats bij ieder huisbezoek. Formele evaluatie of het opnieuw bekijken van de noodzaak van zorg wordt eveneens door registered nurses gedaan.

#### *Health visiting*

Bevallingen in Engeland vinden hoofdzakelijk plaats in ziekenhuizen of kraamklinieken. Thuisbevallingen komen slechts zelden voor. De meeste cliënten van health visitors zijn derhalve verwezen door ziekenhuizen of kraamklinieken (tabel 5.10).

Tabel 5.10: Verdeling van totale aantal patiënten naar aanmeldingsbron bij health visiting (schatting)

patiënt zelf/familie	30-35%
huisarts	10-15%
ziekenhuis/kraamkliniek	50-60%

(Bron: enquête)



Bij health visiting worden richtlijnen gehanteerd om de ontwikkeling van het kind bij te houden.

### **5.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen**

#### *Algemeen*

De betrekkingen tussen verschillende hulpverleners in Engeland staan momenteel erg in de belangstelling, aangezien er een totale reorganisatie van de NHS (zie appendix 4) op komst is.

#### *District nurses*

De meeste district nurses werken huisarts-gebonden. Dit betekent dat de patiëntenpopulatie dezelfde is als die van één of meer huisartsen. Dit systeem is mogelijk aangezien huisartsen, wegens het financieringssysteem, verplicht zijn een lijst van patiënten bij te houden. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Frankrijk, België en Duitsland. De gemiddelde verpleegkundige heeft te maken met twee tot drie praktijken. Aangezien er een voorschrift van de huisarts nodig is voor alle medische interventies, kan worden aangenomen dat er regelmatig contact is tussen district nurses en huisartsen. Dunnell en Dobbs (1982) melden dat 60% van alle district nurses meer dan 5 maal per week contact had met een huisarts. Cumberlege (e.a., 1986) meldde dat huisarts-gebonden werken het nadeel heeft dat de patiënten van een bepaalde huisarts niet altijd in een bepaald gebied geconcentreerd zijn. Er wordt daardoor relatief veel tijd aan reizen besteed.

Er dient te worden opgemerkt dat er momenteel een discussie gaande is over het voorschrijven door district nurses. Er zijn hierbij een aantal experimenten uitgevoerd (zie Baker e.a., 1987; Butterworth, 1990; Smith, 1991; Rawlings, 1991). Vermoedelijk zal de district nurse in de toekomst een grotere bevoegdheid krijgen voor wat betreft het voorschrijven. Er worden op dit gebied tamelijk concrete voorstellen gedaan in het Report of the Advisory Group on Nurse Prescribing (Department of Health, 1989).

Er zijn grote veranderingen gaande in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Een nieuwe ontwikkeling is bijvoorbeeld de huisartscontractering (GP contracting). Hierbij ontvangt de huisarts een budget van de National Health Service, dat hem in staat stelt diensten te kopen van andere zorgverleners. Hieronder vallen ook de district nurses. Dit betekent dat de huisarts in grotere mate de spil van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe district nursing in het nieuwe systeem zal ingepast worden. Gevreesd wordt dat taken die eerder tot de district nursing behoorden in toenemende mate zullen worden overgenomen

door zogenaamde practice nurses, verpleegkundigen die direct bij de huisarts in dienst zijn. Deze laatste groep verpleegkundigen houdt zich bezig met behandelingen, screening en advies in de huisartspraktijk en daarnaast in toenemende mate met het screenen van ouderen in de bevolking. De huisarts is sinds kort wettelijk verplicht een bezoek af te leggen bij iedere persoon ouder dan 75 jaar in zijn praktijk.

De gezinsverzorging in Engeland wordt niet beschouwd als onderdeel van de gezondheidszorg op lokaal niveau en opereert onafhankelijk van de NHS. De gezinsverzorging is lokaal georganiseerd en ook de financiering varieert van plaats tot plaats. In het algemeen is een vergoeding afhankelijk van inkomen verschuldigd.

In de meeste gevallen heeft een verpleegkundige slechts met één organisatie voor gezinsverzorging te maken. Voorts is er meestal geen vast overleg tussen gezinsverzorging en district nurses. Er lijkt echter wel een tendens te zijn waarin de gezinsverzorging enige taken van de wijkverpleging over gaat nemen: basiszorgverlening, baden, aan- en uitkleden etc.

De eerder genoemde verandering in de organisatie van de gezondheidszorg heeft ook betrekking op de relaties tussen de maatschappelijke dienstverlening (waaronder gezinsverzorging) en de gezondheidszorg verleners. De district health authorities, de family health services associations en de local authority social services departments zullen waarschijnlijk meer gaan samenwerken. In dit kader is het echter opmerkelijk dat het Department of Health and Social Services recentelijk is opgesplitst in een Departement of Health en een Department of Social Services, waarmee ook op centraal niveau een organisatorisch onderscheid wordt aangebracht tussen onder andere extra-murale verpleging en gezinszorg.

Tabel 5.9 liet zien dat een relatief groot deel van het aantal eerste contacten tussen district nurse en patiënt tot stand kwam via ziekenhuizen of verpleeghuizen. Hieruit kan worden afgeleid dat er frequent contact is. In veel ziekenhuizen zijn zogenaamde liaison-verpleegkundigen werkzaam, die de continuïteit van zorg bewaken in de overgang van eerste- naar tweedelijnsgezondheidszorg. Volgens informatie uit de enquête is er voorts een levendige belangstelling in vervroegd ontslag uit het ziekenhuis en programma's als het Hospitalisation à Domicile in Frankrijk (zie hoofdstuk 7).

### *Health visiting*

Evenals de district nurses werken ook de health visitors vaak huisarts-gebonden (Baker e.a., 1987). Dunnell en Dobbs (1982) melden dat 89% van de health visitors ten minste één maal per week contact heeft met een huisarts. Een health visitor heeft doorgaans te maken met 1 tot 3 praktijken. In 62%

van de consultatiebureauzittingen werkt de health visitor samen met een arts.

Er zijn ook health visitors die gebiedsgebonden werken. In dit geval zijn de contacten minder frequent en kan een health visitor te maken hebben met wel 20 praktijken.

De toekomst met betrekking tot de relatie met de huisarts is onzeker. Reeds eerder werd gesteld dat huisartsen meer en meer het middelpunt van de eerste lijn lijken te worden en dat practice nurses in toenemende mate taken van health visitors lijken over te nemen. Deze trend wordt door de overheid aangemoedigd aangezien er (bijvoorbeeld) van iedere huisarts verwacht wordt dat hij een preventief bezoek aflegt bij iedere patiënt ouder dan 75 jaar. Ook inentingen worden in toenemende mate door huisartsen gedaan.

Er is weinig contact met de gezinsverzorging, maar indien nodig kan ernaar verwezen worden. In de meeste gevallen heeft een health visitor slechts met één lokaal department of social services te maken.

Soms zijn er door DHA's zogenaamde liaison health visitors aangesteld. Zij houden zich naast de normale taken van de health visitor bezig met de relaties met EHBO-afdelingen en poliklinieken in ziekenhuizen.

#### **5.2.8. Problemen**

##### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

In de eerste plaats blijkt het een probleem te zijn dat verpleegkundigen niet bevoegd zijn tot enige meer gecompliceerde verpleegtechnische taken, terwijl aan de andere kant er geen wettelijke regeling is die verbiedt dat vrienden of kennissen van de patiënt, die een instructie in het ziekenhuis hebben gekregen, deze taken verrichten.

Ten tweede is er een behoefte aan meer mantelzorg en zou er meer aan het stimuleren daarvan gedaan dienen te worden. Dit geldt met name voor patiënten met psychische problemen.

Ten derde is er behoefte aan meer gezinsverzorging, hygiënische zorg en preventieve zorg voor ouderen. Deze behoefte werd reeds onderkend door Dunnell en Dobbs (1982).

Ten vierde blijkt er een grote behoefte te zijn aan gezinsverzorging bij mensen met psychische problemen.

Er wordt onder health visitors geklaagd over een toenemende werkdruk. Het gaat daarbij met name om het verplichte screenings- en vaccinatieprogramma. Hierdoor komt het preventieve werk met families en de gemeenschap als geheel in het gedrang.

### *Arbeidsmarkt*

In principe is er geen tekort aan verpleegkundig personeel binnen het extramurale veld, maar dan zou het wel mogelijk moeten worden om de minder gecompliceerde zorg over te dragen aan minder gekwalificeerd personeel. Daarbij dient ook te worden opgemerkt dat het aantal leerlingen dat de opleiding tot district nurse volgde, tussen 1986/87 en 1989/90 daalde met 6,5% (English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 1991).

Terwijl het aantal patiënten gelijk blijft neemt het aantal health visitors af. Deze afname is met name zichtbaar in de statistieken van de English National board for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1991). Hieruit blijkt een afname van 3% in het aantal leerling health visitors tussen 1985/86 en 1989/90.

### *Horizontale functiedifferentiatie*

Volgens sommigen heeft de preventieve zorg voor ouderen te lijden van de taakverdeling tussen health visitors en district nurses. Volgens hen is namelijk het onderscheid tussen gezonde en zieke ouderen niet erg efficiënt en zij pleiten ervoor dat de district nurse ook de zorg voor gezonde ouderen op zich moet nemen (Ross, 1985; 1987; Slater, 1987).

Voorts wordt in tijden van beperkte financiële middelen preventie al gauw beschouwd als luxe, waarop bezuinigd kan worden (Fatchett, 1990). Tenslotte wijzen Cumberlege e.a. (1986) erop dat doordat district nurses en health visitors in verschillende teams werken, ze weinig van elkaars werkzaamheden op de hoogte zijn en derhalve vaak langs elkaar heen werken.

### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinsverzorging*

De behoefte om minder geschoold personeel in te schakelen lijkt in contrast te staan met het feit dat de opleiding tot enrolled nurse (het tweede deskundigheidsniveau) niet meer bestaat. Zoals Cumberlege (e.a., 1986) schreven, hebben enrolled nurses 'a clear and important role in community nursing. Their training enables them to carry out a wide range of duties which can be delegated to them after proper assessment by the fully qualified community nurse'.

Opheffing van de opleiding tot enrolled nurse vindt plaats om de totale status van de verpleegkunde op een hoger plan te brengen. Daarbij wordt echter wel een nieuwe opleiding gestart, namelijk tot support worker. Deze opleiding zal waarschijnlijk resulteren in een deskundigheidsniveau dat ligt tussen dat van auxiliary en enrolled nurse. Waarschijnlijk zullen er onder de support workers verschillende niveaus van deskundigheid komen.

Gezinsverzorging en district nursing vallen onder verschillende organisaties, toch is er discussie over de taakverdeling tussen verpleegkundigen en de gezinsverzorging. Het gaat hierbij met name om de hygiënische zorg. Er lijkt een tendens te zijn om hiervoor steeds meer de gezinsverzorging in te schakelen.

#### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

De meeste district nurses en health visitors werken huisarts-gebonden. Het voordeel hiervan is dat er meer mogelijkheden tot overleg zijn. Het nadeel is echter dat de patiënten van huisartsen niet geografisch geconcentreerd wonen en dat er derhalve door de verpleegkundige relatief veel gereisd moet worden.

Recente overheidspublicaties laten een tendens zien om de huisarts de spil in de gezondheidszorg te laten zijn.

De taakverdeling tussen health visitors en huisartsen is problematisch. Steeds meer preventieve activiteiten lijken door de huisarts of zijn practice nurses te worden overgenomen.

Medische handelingen kunnen slechts na prescriptie van de huisarts verricht worden. Beperkte prescriptie van medicijnen en verpleegkundig materiaal door verpleegkundigen is wordt echter overwogen.

#### *Samenwerking met ziekenhuis*

In veel ziekenhuizen werken liaison verpleegkundigen die tot taak hebben de relaties tussen ziekenhuis en district nursing in stand te houden. Daarnaast zijn er zogenaamde liaison health visitors. Zij zijn echter niet in het ziekenhuis werkzaam maar in de gemeenschap.

#### *Financiering*

Het financieringssysteem gaat veranderen. Er zal meer concurrentie komen tussen zorgverleners. Het resultaat van deze verandering is nog niet bekend en zal van plaats tot plaats anders zijn.

#### *Andere problemen*

Tijdens een bezoek aan district nurses en health visitors bleek dat dezen bij veel patiënten een gebrek aan verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid onderkenden. Dit geldt in het bijzonder voor de generatie die is opgegroeid met gratis medische zorg onder de NHS (nà 1948).

## Literatuur

- BAKER, G., J.M. BEVAN, L. MCDONNELL AND B. WALL. Community Nursing; Research and Recent Developments. New York: Croom Helm, 1987.
- BUTTERWORTH, C.A. The Nurse Practitioner in the United Kingdom. Accepted for publication in the Journal of the Academy of Nurse Practitioners.
- CROMBIE, D.L., J. VAN DER ZEE, P. BACKER, (eds.). The Interface Study: COMAC-HSR in collaboration with European General Practice Research Workshop. London: RCGP, 1990.
- CUMBERLEGE, J. A. CARR, P. FARMER, E. GILLESPIE. Neighbourhood Nursing: A Focus for Care. Report of the Community Nursing Review Team. London: Her Majesty's Stationery Office, 1986.
- DEPARTMENT OF HEALTH. Report on the Advisory Group on Nurse Prescribing. London: 1989.
- DEPARTMENT OF HEALTH. Health and Personal Services Statistics for England 1989. London: Government Statistical Service, 1990.
- DUNNELL, K. AND J. DOBBS. Nurses Working in the Community; A survey carried out on behalf of the Department of Health and Social Security in England and Wales in 1980. London: Her Majesty's Stationery Office, 1982.
- ENGLISH NATIONAL BOARD FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING. Annual Report 1989-1990. Sheffield: 1991.
- EUROSTAT. Demographic Statistics 1988. Luxembourg: Office des publications officielles de Communautés européennes, 1988.
- FATCHETT, A.B. Health Visiting: a withering profession? Journal of Advanced Nursing (1990) 15, pp. 216-222.
- FINDLAY, M., A. LEONARD, D. MAWSON, A. ROTHWELL, S. STENHOUSE, S. ROGERS. Focus on District Nursing; A study of the District Nursing Service of the Wycombe Health Authority. Wycombe: Wycombe Health Authority and Oxford Regional Health Authority, 1986.
- HMSO. Promoting Better Health. London: HMSO, 1987.
- HOAD, P. The role of sociology in the teaching of post-registration nurses in Britain. Lecture at the Tenth International Conference on Social Science and Medicine, 1987.
- NORTH WEST THAMES REGIONAL HEALTH AUTHORITY. Nursing in the community, report of the working group, 1991.
- OECD. Measuring Health Care 1960-1983; expenditure, costs and performance. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1985.
- OECD. Financing and Delivering Health Care; a comparative analysis of OECD countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1987.

- OECD. Ageing populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- RAWLINGS, M. Prescription for success. Community outlook, March 1991, pp. 36-37.
- ROSS, F. A challenging district. Nursing Mirror 180 (1985) 8, pp. 35-37.
- ROSS, F. District Nursing. Recent Advances in Nursing (1987) 15, pp. 132-160.
- SLATER, J. Health for all. Journal of District Nursing 6 (1987) 4, pp. 18-22.
- SMITH, F. Pharmacists and the health care team. Community outlook, february 1991, pp. 33-34.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvingen: Statistisk Sentralbyrå, 1990.
- WHITE, E. Community Psychiatric Nursing; the 1990 National Survey. Stockport: Community Psychiatric Nurses Association Publications, 1990.
- WHO. Legislation Concerning Nursing/Midwifery Services and Education; Report on a WHO study. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1981.





## 6. EXTRAMURALE VERPLEGING IN FINLAND

### 6.1. De omgeving

#### 6.1.1. Bevolking<sup>1</sup>

* totale bevolking (1987)	4,9 miljoen
* % ouder dan 65 (1989)	13,1
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	14,4
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	16,8
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	21,7
* % jonger dan 15 (1989)	19,4
* levensverwachting bij geboorte	70,7 (mannen) 78,7 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1988)	12,8
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup> (1987)	15
* bevolkingsgroepen: er is een Zweeds sprekende minderheid. Geen belangrijke andere minderheden.	

#### 6.1.2. Het gezondheidszorgsysteem

##### *Inleiding*

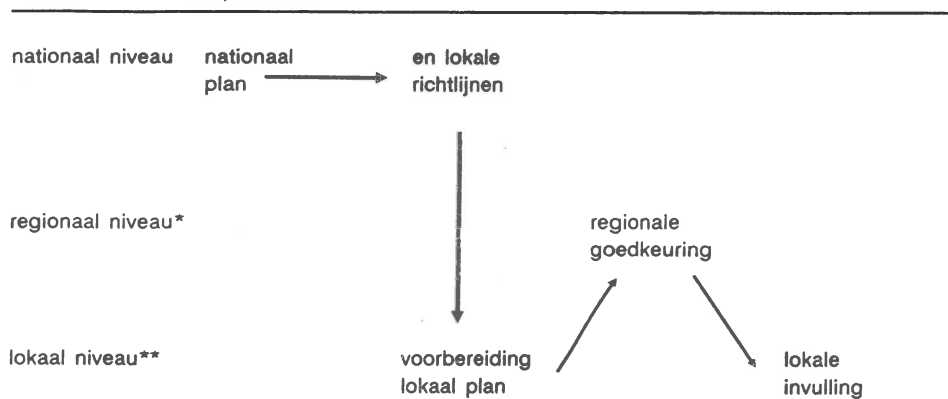
Finland is een tweetalig land, al is de Zweedssprekende minderheid gering van omvang. Voornamelijk aan de zuidwestkust wordt Zweeds gesproken.

De overheid heeft een grote invloed op het dagelijks leven. Zoals ook in de andere Scandinavische landen is de organisatie van gezondheidszorg in Finland de verantwoordelijkheid van de overheid. Planning vindt plaats met behulp van 5-jaren plannen. In het eerste stadium worden op centraal niveau richtlijnen opgesteld voor de lokale plannen. In het tweede stadium wordt het lokale plan opgesteld en vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan het regionale (provinciale) niveau. Als goedkeuring heeft plaats gevonden wordt het lokale plan uitgevoerd (Groenewegen e.a., 1987) (figuur 6.1). Het is de verantwoordelijkheid van de centrale overheid er op toe te zien dat er geen grote regionale verschillen ontstaan in het voorzieningenniveau (Espoo, 1987).

---

<sup>1</sup> Bronnen: Statistical Yearbook of Norway 1990; OECD, 1988.

Figuur 6.1: Planningscyclus 5-jaren plannen voor eerstelijnsgezondheidszorg en sociale zorgverlening in Finland (naar Groenewegen e.a., 1987)



\* 11 provincies

\*\* 461 gemeenten met 217 gezondheidscentra

De staat brengt drie verschillende plannen uit: één op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg, één voor de ziekenhuizen (behalve de ziekenhuizen die bij de gezondheidscentra horen) en één voor milieu zaken. In 1984 werd een dergelijk systeem ook ingevoerd voor sociale zaken (Ministry of Social Affairs and Health, 1987). In 1989 werden de plannen voor gezondheidszorg en sociale zaken met elkaar gecombineerd en momenteel is er één plan met hoofdstukken over de eerstelijnsgezondheidszorg, ziekenhuizen, zaken betreffende het milieu en sociale zaken.

Eerstelijnsgezondheidszorg wordt verleend vanuit zogenaamde gezondheidscentra. Hiervan zijn er 217. Grote gemeenten hebben een gezondheidscentrum voor zich (110). Kleinere gemeenten werken vaak samen in één gezondheidscentrum (107). In de meeste gevallen zijn er verpleegkundigen, huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen, tandartsen en dergelijke werkzaam. De volgende functies worden door het gezondheidscentrum uitgeoefend:

- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
- preventieve geestelijke gezondheidszorg
- screening
- consultatiebureau voor jeugdgezondheidszorg
- geboortenregeling
- schoolgezondheidsdienst
- bedrijfsgezondheidszorg (soms)
- ouderenzorg
- eerstelijns medische en verpleegkundige zorg
- ziekenhuizen
- gebitsverzorging
- ambulance
- laboratorium
- röntgenafdeling
- revalidatie

In de meeste gevallen is er een intramurale afdeling waar vooral chronische patiënten verblijven, maar ook patiënten die ter observatie zijn opgenomen en spoedgevallen. Gemiddeld zijn er in een dergelijk ziekenhuis ongeveer 100 bedden.

Naast gezondheidscentra zijn er bedrijfsgezondheidsdiensten, die eveneens deel zijn van het algemene gezondheidszorgsysteem. Het doel van deze diensten is het voorkomen van gezondheidsrisico's in de werkomgeving. Werkgevers kunnen deze dienst zelf opzetten maar kunnen ook een contract aangaan met de lokale overheid (het gezondheidcentrum) of met particuliere ondernemingen (Helsinki City Health Department, 1987). De werkgever krijgt voor deze diensten een vergoeding van ongeveer 55% (in 1991) van de overheid. Ongeveer 12% van de contacten in de eerstelijnsgezondheidszorg vinden plaats binnen de bedrijfsgezondheidsdiensten (Liukko e.a., 1991).

#### *Ziektekostenverzekering*

Er is slechts één, verplichte, ziektekostenverzekering. Deze ontwikkelde zich van een vrijwillige werkloosheidsverzekering in de jaren '30 tot een omvangrijk systeem waarin de pensioenen, ziektekosten, bedrijfsongevallen enz. voor de gehele bevolking zijn vervat. Het geheel wordt gefinancierd door premies van werkgevers en werknemers zowel als door lokale en nationale belastinginkomsten (Crombie e.a., 1990).

Eerstelijnsgezondheidszorg wordt zonder eigen bijdrage geleverd. Voor medicijnen is er echter wél een eigen bijdrage. Deze kan variëren van 10% bij chronische aandoeningen tot 50% bij andere aandoeningen (Ministry of Health and Social Affairs, 1987).

#### *Financiering*

Tabel 6.1: Totale- en overheidsuitgaven aan gezondheidszorg in percentages van het BNP in Finland

jaar	totale uitgaven % BNP	overheids- uitgaven % BNP
1980	6.5	5.1
1987	7.4	5.8

(Bron: OECD. Health Data File, 1989)

### *Huisartsen*

De meeste huisartsen werken in gezondheidscentra en blijven daar. Er worden slechts zelden visites afgelegd (Crombie e.a., 1990). Meestal is er sprake van groepspraktijken, waarbij ieder praktijk een vast omlijnd geografisch gebied voor zijn rekening neemt. Patiënten maken een afspraak met de arts die het eerst tijd heeft.

Dit laatste heeft echter enige negatieve consequenties voor de continuïteit van zorg. Onder andere hierdoor heeft de Finse overheid onlangs besloten een landelijk systeem in te voeren van 'personal doctors' in 1990 (Liukko e.a., 1990). Eén van de belangrijkste kenmerken van dit systeem is dat huisartsen individueel verantwoordelijk zijn voor een vast omlijnd gebied. De gemeente wordt hiertoe in sectoren onderverdeeld. Dit principe komt steeds meer voor en er wordt op dit moment onderzoek verricht naar de effecten (het 'population responsibility project', zie appendix 3).

Een van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek is dat 'population responsibility' (bevolkingsverantwoordelijkheid) in combinatie met een ander vergoedingensysteem voor huisartsen de continuïteit van zorg en de toegankelijkheid vergroot heeft. De wachtlijsten bij huisartsen zijn verkort van 2 à 3 weken tot 1 dag (Liukko e.a., 1990).

Huisartsen ontvangen meestal een vast maandsalaris. In het kader van het 'population responsibility' project is echter een nieuw, experimenteel, vergoedingensysteem ingevoerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren en het werken in gezondheidscentra aantrekkelijker te maken. In dit experimenteel systeem kunnen de inkomens van artsen variëren op grond van onder andere aantal inwoners en verrichtingen.

### *Institutionele zorg*

Tabel 6.2: Totaal aantal ziekenhuisbedden en aantal per 1000 inwoners

jaar	bedden totaal	bedden per 1000
1980	58599	12.2
1981	58906	12.2
1982	59534	12.3
1983	59888	12.3
1984	61103	12.5
1985	60958	12.4
1986	60448	12.3
1987	59531	12.1

(Bron: Yearbook of Nordic Statistics, 1989)

## 6.2. Extramurale verpleging

Er zijn in Finland drie soorten verpleegkundigen die zich bezig houden met extramurale verpleging: de public health nurse, de registered nurse en de practical nurse. De eerste houdt zich bezig met alle soorten van zorg, zowel curatief als preventief, de tweede houdt zich met name bezig met de curatieve zorg en de derde voornamelijk met hulp met ADL- (algemene dagelijkse levensverrichtingen) en HDL- (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen) activiteiten.

De zorg wordt verleend vanuit gezondheidscentra.

### 6.2.1. Geschiedenis

Verpleegkundigen worden sinds 1879 aangesteld door gemeenten. In 1944 werden gemeenten verplicht om verloskundigen, verpleegkundigen en artsen aan te stellen. Van oudsher was de belangrijkste taak van de verpleegkundige het bestrijden van epidemieën door middel van vaccinaties en gezondheidsvoorlichting. De nadruk lag op preventieve activiteiten maar ook acute curatieve zorg werd verleend.

Een van de belangrijkste historische gebeurtenissen was de introductie van de 'Primary Health Care Act' in 1972. Het doel van deze wet was een systeem van geïntegreerde, gratis eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen te scheppen voor de gehele bevolking. Daarbij werd gestreefd naar een evenwichtige geografische verdeling (Ministry of Social Affairs and Health, 1987). Iedere gemeente werd verplicht een gezondheidscentrum op te richten, eventueel in samenwerking met andere gemeenten. In Finland duidt de term gezondheidscentrum slechts op een organisatorische eenheid. De voorzieningen worden doorgaans niet allemaal op dezelfde plek of in hetzelfde gebouw aangeboden. De wet voorzag tevens in een vergroting van de mogelijkheid op centraal niveau te plannen (zie ook par. 6.1.2) en regionale sociaal-economische ongelijkheid op te heffen.

### 6.2.2. Organisatie en financiering

#### *Organisatie*

De term gezondheidscentrum wil in Finland niet zeggen dat alle zorg in of vanuit dezelfde lokatie verleend wordt. Het kan daarom voorkomen dat de wijkverpleging vanuit een eigen, aparte lokatie opereert.

In veel gemeenten zijn extramurale verpleging en gezinsverzorging geïntegreerd, en dit komt steeds meer voor.

Verpleegkundigen werken doorgaans van 8 tot 16.00 uur maar er is ook regelmatig spreekuur in de avonduren. Zorg wordt ook 's avonds verleend en indien noodzakelijk ook in de nacht en weekends. Het gezondheidscentrum is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar.

Specialistische kennis en vaardigheden zijn beschikbaar bij in health centers werkende verpleegkundigen met een specialistische opleiding of bij andere professionele zorgverleners. De specialistische verpleegkundigen houden zich doorgaans ook bezig met directe patiëntenzorg. In feite kan de gebruikte term 'public health nursing' worden onderverdeeld in zwangerschapszorg, zuigelingen­zorg, schoolgezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg, thuiszorg en poliklinische zorg (Helsinki City Health Department, 1988). In veel gevallen zijn verpleegkundigen speciaal aangesteld voor één van deze taken. In 40% van de gevallen nemen public health nurses meer dan één van deze taken voor hun rekening. Indien nodig kan specialisten in ziekenhuizen om raad gevraagd worden.

Grote steden zijn onderverdeeld in districten. Hierbij heeft ieder district een aantal 'health stations' en een ziekenhuis. Helsinki is bijvoorbeeld verdeeld in vijf districten met ongeveer 10.000 inwoners. Ieder district is weer onderverdeeld in sectoren, waarbij het 'health station' verantwoordelijk is voor de eerstelijnsgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg in die sector (Helsinki City Health Department, 1987).

De wijze van organisatie van extramurale verpleging is momenteel in discussie. Het eerder genoemde 'population responsibility' project maakt onderscheid tussen drie modellen (Liukko e.a., 1990) waarvoor de lezer verwezen wordt naar appendix 3.

De meeste verpleegkundigen in Finland werken gespecialiseerd. Bijvoorbeeld alleen op het terrein van de zuigelingen­zorg.

### *Financiering*

De extramurale verpleging maakt deel uit van het lokale plan dat vermeld werd in paragraaf 6.1.2.

De gezondheidscentra worden zowel uit nationale als uit lokale overheidsbronnen gefinancierd. De bijdrage van de nationale overheid is afhankelijk van de welvarendheid van de gemeente, van de verenigbaarheid van nationale en lokale plannen en natuurlijk van het budget waar de gemeente om vraagt. De meest welvarende gemeenten ontvangen slechts 35% van de nationale overheid, terwijl de minst welvarende tot 70% gesubsidieerd worden (cijfers uit 1982) (Espoo, 1987). Gemiddeld is de verdeling fifty-fifty.

Verpleegkundige zorg wordt gratis verstrekt, hoewel er eigen bijdragen dienen te worden betaald voor medicijnen (zie par. 6.1.2). Voor gezinsverzorging wordt een eigen bijdrage gevraagd die afhankelijk is van het inkomen. De minima zijn hiervan vrij gesteld.

### **6.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht**

#### *Algemeen*

In Finland zijn drie soorten verpleegkundigen werkzaam in de wijk:

- public health nurses
- registered nurses
- practical nurses

Public health nurses en registered nurses vormen samen het eerste deskundigheidsniveau, de practical nurses het tweede.

#### *Opleiding*

Sinds 1987 hebben alle verpleegkundige een specialisatie. Public health nursing is er daar één van. Afhankelijk van de vooropleiding duurt de studie 3,5 tot 4,5 jaar. Er is een mogelijkheid om de opleiding op een universiteit voort te zetten om uiteindelijk een doctor's of doctorandus' titel te behalen in public health nursing.

All-round verpleegkundigen worden niet meer opgeleid en de term 'registered nurse' verwijst naar iemand die vóór 1987 de basisopleiding tot all-round verpleegkundige heeft gedaan òf naar iemand die zich ná 1987 in een andere richting heeft gespecialiseerd dan public health nursing.

De opleiding tot practical nurse duurt 1,5 tot 2,5 jaar, eveneens afhankelijk van de vooropleiding.

Bij alle opleidingen vindt ongeveer de helft van het programma plaats in de praktijk van het betreffende specialisme (Liukko e.a., 1990).

#### *Menskracht*

Iedere gemeente is vrij de eigen personeelssterkte te bepalen. Zo wordt deze in Helsinki bepaald door uit te gaan van het aantal bezoeken aan eerstelijnsvoorzieningen (moeder en kind zorg, schoolgezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg, huisbezoeken) dat nodig is bij iedere leeftijdsgroep in de populatie. Daarna wordt bepaald hoeveel van dit soort contacten een zorgverlener voor zijn of haar rekening kan nemen. Deze gegevens combinerend kan worden uitgerekend hoeveel personeel er nodig is (Aho e.a., 1987). Elders worden andere methoden toegepast en daardoor kan het aantal verpleegkundigen in verhouding tot de bevolking regionaal verschillen. Landelijke cijfers zijn echter voorhanden en worden in tabel 6.3 gepresenteerd.

Tabel 6.3: Aantal inwoners per extramurale verpleegkundige die zich met directe patiëntenzorg bezighoudt in full-time equivalenten (totaal aantal wijkverpleegkundigen in full-time equivalenten tussen haakjes)

public health nurses	1107 (4487)
registered nurses	4200 (1187)
practical nurses	3903 (1273)

(Bron: National Statistics, 1989)

We kunnen de aantallen public health nurses en registered nurses bij elkaar optellen en het resultaat beschouwen als het aantal verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau en dat aantal vervolgens vergelijken met het aantal practical nurses. Er blijken dan bijna 4,5 maal zoveel verpleegkundigen van het eerste niveau te zijn als van het tweede.

#### 6.2.4. Patiëntenpopulaties

Volgens resultaten van het population responsibility project (zie boven) heeft gedurende 6 maanden in 1989 27% van de bevolking contact gehad met de public health nurse. Dit aantal heeft betrekking op zowel curatieve als preventieve zorg en zowel op zorg verleend in het gezondheidscentrum als bij de patiënt thuis.

Het is niet mogelijk uitspraken te doen over welke verpleegkundige de zorg voor welke patiënten voor haar rekening neemt. Dit verschilt per gemeente. In Orivesi bijvoorbeeld, een kleine stad in midden Finland, neemt iedere verpleegkundige een bepaald geografisch gebied voor haar rekening, waarin zij alle voorkomende taken verricht (het generalistische model, zie appendix 3). In Jyväskylä, een grotere stad in midden Finland, wordt gedifferentieerd gewerkt. Eén verpleegkundige neemt bijvoorbeeld de zuigelingen en kleuters voor haar rekening, terwijl een andere alleen de ouderenzorg doet, gecombineerd met schoolgezondheidszorg (het gedifferentieerde model, zie appendix 3).

Tabel 6.4 toont enige kenmerken van patiënten die bij public health nurses in zorg zijn. Hierbij zijn alle specialismen bij elkaar genomen. Cijfers voor registered en practical nurses waren niet beschikbaar, maar aangenomen wordt dat bij hen het percentage ouderen hoger is aangezien zij zich niet bezig houden met moeder en kind zorg. Ook zou het percentage ouderen hoger geweest zijn als alleen naar de thuiszorg gekeken zou zijn. Zo is 80% van de thuiszorgpatiënten in Helsinki ouder dan 75 jaar (Helsinki City Health Department, 1987). In de gepresenteerde cijfers zijn echter zowel huisbezoeken als



contacten in het gezondheidscentrum verwerkt.

Tabel 6.4: Kenmerken van patiënten van public health nurses (alle specialisten samen)

woonplaats	samenstelling patiënten populatie naar leeftijd*		categorie
- thuis	0-6	22.0%	- zwangeren
	7-14	20.4%	- moeders en zuigelingen
	15-24	9.6%	- geestelijk gehandicapten
	25-44	15.7%	- lichamelijke gehandicapten
	45-64	15.5%	- psychisch zieken
	65-74	9.6%	- terminale patiënten
	75-	7.3%	- chronisch zieken
		100%	- revalidatie
	(Bron: population responsibility project)		- volwassenen zorg

\* cijfers gebaseerd op gegevens uit 5 gezondheidscentra

### 6.2.5. Type zorg

Het zwaartepunt van de werklust van public health nurses ligt op de zorg voor zuigelingen en (aanstaande) moeders (tabel 6.5). Uit de tabel blijkt dat de meeste contacten plaats vinden binnen de schoolgezondheidszorg. De oorzaak hiervan is waarschijnlijk gelegen in het feit dat bij een bezoek aan een school relatief veel kinderen in korte tijd kunnen worden gezien. Bij de categorieën in tabel 6.5 wordt aan gezondheidsvoorlichting- en opvoeding gedaan, het identificeren van risicogroepen, verpleegtechnische handelingen, psychosociale activiteiten en het stimuleren van mantelzorg. In sommige gevallen worden ook gezinsverzorging-achtige activiteiten verricht, maar meestal is dit de taak van de gezinsverzorging, die georganiseerd wordt door het gemeentelijke departement van sociale zaken.

Tabel 6.5: Typen zorg door public health nurses in % van totaal aantal patiëntcontacten (n=5597\*)

zwangerschapszorg en geboortenregeling	10%
zuigelingen en kleuterzorg	16%
schoolgezondheidszorg	38%
volwassenen zorg	2%
chronisch zieken, terminale en psychisch zieke patiënten	16%
anders	17%
	100%

\* totaal aantal contacten in 9 gezondheidscentra in één week (Bron: population responsibility project)

Public health nurses besteden zeer weinig tijd aan huisbezoeken (slechts 9% van de totale werktijd). Dit is blijkbaar meer de taak van registered of practical nurses, die, zoals eerder vermeld, zich meer richten op ouderenzorg. Onder public health nurses zijn ook huisbezoeken in het kader van de zuigelingen en jeugdgezondheidszorg een weinig voorkomend fenomeen. In de meeste gevallen wordt de moeder na de bevalling slechts één of twee keer bezocht. Daarna vinden de contacten plaats op het consultatiebureau, één maal per maand gedurende het eerste jaar en daarna jaarlijks tot het zevende jaar. Slechts 9% van alle contacten binnen het kader van de moeder en kind zorg vinden thuis plaats, en slechts 5% van alle contacten met zwangere.

De meeste activiteiten van registered nurses zijn curatief van aard. Zij besteden ongeveer 50% van hun werktijd aan huisbezoeken, evenals de practice nurse.

Er dient vermeld te worden dat de taakverdeling onder public health nurses en tussen public health nurses en registered nurses op dit moment ter discussie staat en dat verschillende mogelijkheden op dit gebied worden geprobeerd.

#### 6.2.6. De intake-procedure

Resultaten van het population responsibility project (aan de hand van een enquête onder 2099 cliënten) laten zien dat de meeste contacten met de public health nurse worden geïnitieerd door de patiënt zelf of zijn/haar familie of door de public health nurse zelf (tabel 6.6). Het hoge percentage contacten dat door de public health nurse zelf wordt geïnitieerd heeft te maken met het feit dat het bij deze contacten vaak gaat om vrouwen die uit de kraamkliniek ontslagen zijn. In dat geval stelt de kraamkliniek namelijk de public health nurse op de hoogte en die brengt vervolgens het contact met de

patiënt tot stand.

Bij tabel 6.6 dient te worden vermeld dat het hier gaat om het totale aantal contacten en niet om alleen het eerste.

Tabel 6.6: Percentage van het totaal aantal contacten (N=2111) met public health nurses geïnitieerd door:

familie	4%
patiënt zelf	48%
huisarts	10%
gezinsverzorging, ziekenhuis, verpleeghuis, anders	6%
public health nurse (stuurt uitnodiging of maakt afspraak tijdens vorige bezoek)	32%
	<hr/> 100%

(Bron: population responsibility project)

De intake wordt gedaan door een public health nurse of registered nurse. Deze bepaalt tevens wie de zorg gaat verlenen. In het algemeen worden er geen uitgebreide intake-formulieren gebruikt. Bij de zuigelingenzorg worden echter richtlijnen gevolgd die zijn opgesteld door de National Board of Health. De intake voor gezinsverzorging en wijkverpleging vindt niet geïntegreerd plaats. De verpleegkundige kan naar de gezinsverzorging verwijzen indien nodig.

In het algemeen is iedere verpleegkundige verantwoordelijk voor haar eigen activiteiten.

#### **6.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen**

In de meeste gezondheidscentra wordt in teamverband gewerkt. In zo'n team neemt echter iedere verpleegkundige individueel een geografisch gebied voor haar rekening, of een bepaalde patiëntencategorie. In sommige gemeenten is zijn er zogenaamde 'areal teams', waarbinnen regelmatig overleg plaats vindt en die bestaan uit verschillende disciplines. Zo'n team heeft weer betrekking op een vast omliggend geografisch gebied.

In het algemeen heeft de verpleegkundige regelmatig contact met huisarts(en). Dit kan variëren van 1 tot 4 keer per maand. Daarnaast is er ad-hoc contact indien nodig. Het werken in dezelfde organisatie biedt goede mogelijkheden voor contact. Afhankelijk van de afmetingen van het werkgebied van de verpleegkundige heeft zij te maken met 1 tot 5 huisartsen.

Gezinsverzorging en extramuraal verpleging zijn in Finland meestal niet geïntegreerd hoewel dat in een toenemend aantal gemeenten wel het geval is. Gezinsverzorging en extramuraal verpleging worden op een andere manier gefinancierd. Zo wordt er, in tegenstelling tot de extramuraal verpleging, voor gezinsverzorging wel een eigen bijdrage gevraagd.

In sommige gemeenten wordt er regelmatig gezamenlijk vergaderd (1 tot 4 keer per maand) maar ad-hoc contacten komen meer voor.

Er kunnen 1 tot 10 gezinsverzorgsters zijn met wie de verpleegkundige te maken heeft.

In enkele, meest dun bevolkte, gemeenten is er onduidelijkheid over de taakverdeling tussen gezinsverzorging en wijkverpleging. Het is de vraag of eenvoudige verpleegkundige handelingen zoals het klaarzetten van medicijnen altijd door de verpleging dienen te worden gedaan. En zouden de huishoudelijke activiteiten altijd alleen maar door de gezinsverzorging verricht moeten worden? In deze dun bevolkte gebieden kan in verband met lange reisafstanden het erg inefficiënt zijn als verschillende disciplines dezelfde patiënt bezoeken.

Betrekkingen met ziekenhuizen zijn soms problematisch wanneer extramuraal verpleegkundigen vinden dat ze te weinig of te laat informatie krijgen over ontslagen ziekenhuispatiënten. Op basis van een onderzoek bij één ziekenhuis stelt Saltman (1987): 'het kwam soms voor dat de extramuraal verpleging pas op de hoogte gesteld werd van een ontslag op dezelfde dag dat de patiënt thuis zou komen, een beslissing die soms genomen werd zonder na te gaan of thuiszorg in voldoende mate beschikbaar was'.

Vooraf bij patiënten die aanspraak maken op zowel gezinsverzorging als extramuraal verpleging kunnen de contacten met het ziekenhuis soms verbeterd worden. De informatie komt soms te laat.

De communicatie tussen kraamklinieken en extramuraal verpleging is meestal weinig problematisch.

#### **6.2.8. Problemen**

##### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

Er werd gemeld dat er een behoefte was aan meer van de volgende activiteiten:

- hygiënische zorg, psychosociale activiteiten, stimuleren mantelzorg en gezinszorg, met name voor ouderen. Soms worden ouderen in een verpleeghuis opgenomen vanwege te weinig mogelijkheden in de thuiszorg.
- hygiënische zorg en stimuleren mantelzorg voor terminale patiënten.
- psychosociale activiteiten met kinderen en hun moeders. Problemen op dit gebied treden steeds meer naar de voorgrond. Veel verpleegkundigen vin-

den dat ze door de uitgebreide lijst van vaccinaties en screening niet toekomen aan de psychosociale begeleiding.

#### *Arbeidsmarkt*

Hoewel er in sommige gebieden een tekort aan verpleegkundigen is, is er niets bekend over het bestaan van wachtlijsten voor de thuisverpleging.

#### *Horizontale functiedifferentiatie*

Na enkele jaren ervaring met de specialistische benadering, waarbij met name de ouderenzorg gescheiden werd van de zuigelingenverzorging, staat deze manier van werken nu ter discussie. Men ervoer een ongewenste fragmentatie van zorgverlening, en een verminderde betrokkenheid van de verpleegkundige bij de bevolking (en andersom). Aan de andere kant vraagt de toegenomen complexiteit van zorg om specialisatie.

Volgens onderzoekers die deelnemen in het population responsibility project dient de oplossing voor dit dilemma gezocht te worden in de lokale behoeften van de bevolking en is de oplossing onder andere van de bevolkingsdichtheid en -opbouw afhankelijk.

#### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinszorg*

Bij de toegenomen gecombineerde hulpvraag naar extramurale verpleging en gezinszorg dienen hogere eisen gesteld te worden aan de relaties tussen beide disciplines. Er is dan ook een trend naar meer integratie.

Er werden geen problemen gerapporteerd met betrekking tot de taakverdeling tussen verschillende soorten verpleegkundigen of met de gezinszorg.

#### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

Op het gebied van de samenwerking en taakafbakening met de huisarts werden geen problemen gemeld.

#### *Samenwerking met ziekenhuis*

De betrekkingen met het ziekenhuis zijn soms problematisch. Het komt voor dat extramurale verpleegkundigen het gevoel hebben te laat of onvoldoende op de hoogte te worden gehouden van ontslagen. Dit is met name problematisch bij patiënten met zowel een behoefte aan gezinszorg als aan extramurale verpleging.

#### *Financiering*

Er werden geen problemen gemeld op het gebied van de financiering van de extramurale verpleging.

## Literatuur

- AHO,S-L., S. ELFVING. Norms set for health care: functions and personnel. Helsinki: 1987.
- CROMBIE, D.L., J. VAN DER ZEE, P. BACKER (eds.). The Interface Study: COMAC-HSR in collaboration with European General Practice Research Workshop. London: RCGP, 1990.
- ESPOO, A.S.. Health expenditure by area in Finland - an indicator of equity. Health Policy, 7 (1987) pp. 299-315.
- GROENEWEGEN, P.P., R. WILLEMSSEN. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 2: buitenlandse ervaringen. Utrecht: NIVEL, 1987.
- HELSINKI CITY HEALTH DEPARTMENT. Health care in the city of Helsinki. Helsinki: 1987.
- HELSINKI CITY HEALTH DEPARTMENT. A change to community nursing. Handout at Conference on Health Target Challenges to Nursing Practice in Vienna 1988.
- LIUKKO, M., K. PERTTILÄ, S. ARO. Small area based population responsibility; an action - research approach to reorganize primary care. Paper issued by National Public Health Institute, Health services research unit. Helsinki: 1990.
- LIUKKO, M., K. PERTILÄ, S. ARO. Egenläkarsystem prövas inom Finländsk primärvård. Nordisk Medicin 106 (1991) 4.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH, NATIONAL BOARD OF HEALTH. Health Care in Finland. Helsinki: 1987.
- OECD. Ageing populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- SALTMAN, R.B.. Management control in a publicly planned health system: a case study from Finland. Health Policy 8 (1987) pp. 283-298.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 1990.
- STATISTICAL YEARBOOK OF FINLAND. Central statistical Office of Finland, 1987.
- YEARBOOK OF NORDIC STATISTICS 1989. Stockholm: Nordic Council of Ministers and the Nordic Statistical Secretariat, 1990.

## 7. EXTRAMURALE VERPLEGING IN FRANKRIJK

### 7.1. De omgeving

#### 7.1.1. Bevolking<sup>1</sup>

* totale bevolking (1987)	55,6 miljoen
* % ouder dan 65 (1989)	13,8
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	15,3
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	16,3
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	19,5
* % jonger dan 15 (1989)	20,3
* levensverwachting bij geboorte	72,0 (mannen) 80,3 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1987)	13,8
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup> (1987)	101
* bevolkingsgroepen: culturele minderheden uit Mediterrane landen en uit vroegere Franse kolonies.	

#### 7.1.2. Het gezondheidszorgsysteem

##### *Inleiding*

Het gezondheidszorgsysteem in de Franse republiek wordt gekenmerkt door een tamelijk gefragmenteerde structuur. Het centrale wetgevende orgaan is het ministerie van gezondheid. Een deel van de beleidsvorming wordt overgelaten aan de verschillende ziekenfondsen. De gefragmenteerde structuur uit zich ook in aanzienlijke regionale verschillen in de organisatie van voorzieningen en het voorzieningenniveau.

##### *Ziektekostenverzekering<sup>2</sup>*

Er zijn drie soorten verzekeringen in Frankrijk.

1. De verplichte verzekering voor werknemers, gepensioneerden en werklozen (Régime Générale). Het Régime Générale wordt uitgevoerd door de lokale en regionale ziekenfondsen (Caisses Régionales Assurance Maladie). Deze ziekenfondsen verschillen onderling in de hoogte van de premie die dient te worden betaald en in verstrekkingen.

---

<sup>1</sup> Bronnen: Statistical Yearbook of Norway, 1990; OECD, 1988.

<sup>2</sup> Belangrijkste bron: Gloerich e.a., 1989.

In 1982 viel 80% van de bevolking onder het Régime Générale. Er wordt gewerkt met vergoedingen achteraf. De patiënt betaalt eerst zelf de rekening en dient deze vervolgens in bij het ziekenfonds. Volgens De Klein en Collaris (1987) worden medische kosten als volgt vergoed:

- 75% van de kosten van huisartsen en tandartsen;
- 65% voor paramedische behandeling;
- 100% of 70% of 40% van de kosten van medicijnen;
- 80% van de kosten van de eerste 30 dagen van een ziekenhuisopname. Daarna 100%.
- 65% voor onderzoeken en algemene zorg.

De eigen bijdrage wordt 'ticket modérateur' genoemd.

2. Er is een speciale verzekering voor de agrarische sector, mijnwerkers, zeelui, overheidspersoneel en spoorwegbeambten.
3. Men kan zich via de zogenaamde Mutualiteiten aanvullend verzekeren tegen eigen bijdragen en tegen risico's die niet door het Régime Générale worden gedekt. 58% van de bevolking maakt van deze mogelijkheid gebruik.

### Financiering

Tabel 7.1: Totale- en overheidsuitgaven aan gezondheidszorg in percentages van het BNP in Frankrijk

jaar	totaal uitgaven % BNP	overheids- uitgaven % BNP	uitgaven in francs per hoofd
1980	7.56	5.95	3938
1981	7.87	6.25	4595
1982	7.97	6.30	5303
1983	8.15	6.35	5964
1984	8.49	6.57	6742
1985	8.45	6.50	7193
1986	8.54	6.49	7762
1987	8.52	6.37	8095

(Bron: Program ECO-SANTE, BASYS/CREDES)

Samenstelling van de totale uitgaven aan gezondheidszorg in 1983 (OECD, 1985):

- \* Intramurale zorg: 46.2%
- \* Extramurale zorg: 26.0%



### *Huisartsen*<sup>3</sup>

Volgens Crombie e.a. (1990) zijn er 1,25 huisartsen per 1000 inwoners. Patiënten staan niet bij een huisarts ingeschreven en hebben een vrije artskeus. De meeste huisartsen (70%) werken in een solopraktijk. Visites komen algemeen voor en ongeveer een derde van alle patiëntenkontakten vinden op die manier plaats. Huisartsen worden op basis van verrichtingen betaald door de patiënten die op hun beurt de rekening indienen bij het ziekenfonds.

### *Institutionele zorg*<sup>4</sup>

Een hoog percentage van de ziekenhuizen is in particuliere handen. Deze kunnen zowel for-profit zijn als non-profit. Een verwijzing is niet nodig voor specialistische zorg.

De gemiddelde duur van een ziekenhuisopname in 1978 was 13,5 dagen (OECD, 1987).

Tabel 7.2: Aantal ziekenhuisbedden en personeel per bed

jaar	bedden totaal	bedden per 1000	personeel per bed
1980	597800	11.1	1.41
1981	604031	11.1	1.44
1982	601436	11.0	1.48
1983	593867	10.9	1.51
1984	588377	10.7	1.53
1985	579990	10.5	1.56
1986	574612	10.4	1.58
1987	564879	10.2	1.61

(Bron: Program ECO-SANTE, BASYS/CREDES)

## **7.2. Extramurale verpleging**

Er is in Frankrijk een grote diversiteit van organisaties die zich met extramurale verpleging bezig houden. Soms worden binnen één organisatie zowel curatieve als preventieve diensten verleend maar dit is geen regel. Het navolgende zal met name betrekking hebben op de curatieve diensten.

<sup>3</sup> Bron: Crombie, Van der Zee and Backer, 1990.

<sup>4</sup> Bron: Crombie, Van der Zee and Backer, 1990.

In het algemeen zijn er twee soorten van organisaties voor curatieve extramurale verpleging. Het eerste type wordt georganiseerd door de gemeenten en het andere is door particulier initiatief tot stand gekomen, meestal non-profit (associations à but non-lucratif). Binnen deze twee typen komen grote verschillen voor in de uitgebreidheid van de diensten die worden aangeboden en in omvang van de organisatie. Naast deze organisaties wordt een groot deel van de extramurale verpleegkundige zorg in Frankrijk verleend door vrijgevestigde verpleegkundigen (libérales) die op basis van verrichtingen betaald worden. Aan verpleegkundigen in vaste dienst bij een organisatie is het niet toegestaan om zich bezig te houden met directe patiëntenzorg. Zij hebben een co-ordinerende rol en de directe patiëntenzorg dient te worden overgelaten aan zogenaamde 'aides soignantes', verpleegkundigen van het tweede deskundigheidsniveau, vast in dienst bij de organisatie, of aan de vrijgevestigde verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau (bron: enquête).

Aangezien er vrij weinig literatuur is over de extramurale verpleging in Frankrijk zal de volgende beschrijving voor het grootste deel gebaseerd zijn op de twee organisaties die in februari 1991 werden bezocht:

- Association Médico Sociale Anne Morgan (AMSAM) in Soissons, noord Frankrijk en
- Santé Service Charente (SSC) in Angoulême, zuidwest Frankrijk.

Beide zijn non-profit organisaties die zich uit particulier initiatief hebben ontwikkeld. Beide organisaties bieden een aantal verschillende diensten aan.

### **7.2.1. Geschiedenis**

#### *Association Médico Sociale Anne Morgan*

Na de eerste wereldoorlog bleek de provincie Aisne zeer geleden te hebben van het oorlogsgeweld. Buitenlandse hulp werd onder andere door de Amerikanen verzorgd. Naast financiële hulp werden er ook mensen gestuurd om het land weer op te bouwen. Een van die mensen was Anne Morgan. Zij legde de basis voor een organisatie die zou moeten helpen om de bevolking zichzelf te laten helpen. Deze organisatie groeide in 1954 uit tot de Association Médico Sociale Anne Morgan. In dat jaar verleende de organisatie verpleegkundige zorg, maatschappelijk werk en moeder- en kindzorg. In de jaren die daar op volgden werd de dienst uitgebreid met een restaurant voor ouderen en invaliden samen met een maaltijden-aan-huis-dienst (1958), gezinsverzorging (1960), een wasserette (1961) en een keten van 'clubs' waar sociale en culturele activiteiten plaatsvinden (1962).

In 1980 werd de dienst uitgebreid met een Service de Soins à Domicile aux Personnes Agées (SAD, 'thuiszorg voor ouderen') en een Service d'Hospitalisation à Domicile (HAD, 'het ziekenhuis thuis').

In de jaren daarna werd de dienst nog uitgebreid met een Télé Alarme Service (alarmdienst voor thuiswonenden) en een Service d'Auxiliaires de Vie (hulp bij de algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen). Daarnaast werden de bestaande diensten in omvang uitgebreid (Diebolt en Laurant, 1990).

### *Santé Service Charente*

Het initiatief voor deze organisatie werd genomen door de departementale afdeling van de 'Nationale Raad voor de Kankerbestrijding' tezamen met artsen uit een ziekenhuis. Doel was een voorziening op te richten voor patiënten wier toestand een ziekenhuisopname niet rechtvaardigde en voor terminale patiënten van wie de familie te kennen gaf dat de patiënt thuis wilde sterven. In het begin werd de dienst uitgevoerd door vrijwilligers maar al snel werd gesalarieerd personeel aangenomen. In 1974 kreeg de dienst de status van Service d'Hospitalisation à Domicile (HAD). In 1978 kwam daar bij de status van Service de Soins à Domicile aux Personnes Agées (SAD) en in 1982 werd een nieuwe dienst geïntroduceerd die ademhalingsapparatuur bij de patiënt thuis onderhoudt en installeert (Assistance Ventilatoire à Domicile).

In 1990 werden SAD en HAD geïntegreerd in het dienstenaanbod van het departementale ziekenfonds (Mutualité de la Charente) (Bron: enquête).

## **7.2.2. Organisatie en financiering**

### *Organisatie Association Médico Sociale Anne Morgan*

Hoewel AMSAM in feite een onafhankelijke organisatie is, heeft zij nauwe betrekkingen met de lokale overheid.

Er wordt een veelheid aan diensten verleend:

- . Service Social Familial Polyvalent (voornamelijk maatschappelijk werk)
- . Protection Maternelle et Infantile (moeder- en kindzorg)
- . Service de Soins à Domicile (SSD) (algemene thuisverpleging)
- . Service de Soins à Domicile aux Personnes Agées (SAD) (ouderenzorg thuis)
- . Service Hospitalisation à Domicile (HAD) (het ziekenhuis thuis)
- . Maintien à domicile du 3ième âge (ondersteuning van ouderen)
- . Service d'Auxiliaires de Vie (hulp bij algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen)
- . Service Aides Ménagères (gezinsverzorging)
- . Wasserette

- . Clubs
- . Klussendienst
- . Service Télé Alarme (alarmdienst)
- . Service gardes domicile nuit et jour (dag en nacht surveillance)

Naast de bovengenoemde diensten zijn er enkele diensten van de lokale overheid die in feite bestuurd worden door AMSAM:

- . Centre de réinsertion (revalidatiecentrum)
- . Repas à domicile (tafeltje dekje)
- . Sociale centra
- . Verzorgingstehuizen

AMSAM kan vergeleken worden met een octopus met armen van verschillende lengte: het gebied dat door de HAD-dienst wordt verzorgd is kleiner dan dat van de SAD-dienst; de wasserette bedient een kleiner gebied dan dat van de gezinsverzorging, etcetera. Geen van de diensten van AMSAM dekken het gehele departement Aisne. De beide verpleegdiensten verzorgen ongeveer een gebied met 90.000 inwoners.

Andere steden en gebieden in het departement hebben hun eigen organisatie. Sommige delen worden echter helemaal niet bestreken. Vooral in landelijke gebieden is dit een probleem.

Specialistische kennis kan worden verkregen van de opleidingsinstituten voor verpleegkundigen, de school voor gezinsverzorging en organisaties als het Centre d'Animation Soins et Services aux Personnes Agées in Soissons, die onder andere cursussen organiseert voor verpleegkundigen en ander personeel.

AMSAM is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar.

#### *Organisatie Santé Service Charente*

SSC verschilt op twee belangrijke punten van AMSAM. In de eerste plaats is het dienstenpakket niet zo uitgebreid. In de tweede plaats dekken de diensten bij SSC wèl het gehele departement. Naast SAD en HAD is er binnen de organisatie de Assistance Ventilatoire à Domicile. Deze laatste plaatst en onderhoudt ademhalingsapparatuur bij de patiënt thuis en is niet echt een verpleegkundige dienst. De Santé Service maakt deel uit van de Mutualité de Charente, een regionale aanvullende verzekeringsmaatschappij die ook de gezinsverzorging en andere diensten organiseert. In het departement zijn 6 centra van waaruit de zorg verleend wordt, ieder geleid door een 'infirmière co-ordinatrice' de coördinerende verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau, die verantwoordelijk is voor 10 tot 20 'aides soignantes', het

tweede deskundigheidsniveau. Iedere infirmière is verantwoordelijk voor ongeveer 50 patiënten en iedere aide soignante voor ongeveer 6 patiënten per dag. Daarnaast wordt op free-lance basis een onbekend aantal vrijgevestigde verpleegkundigen ingeschakeld.

Er is geen aan de auteurs bekende bron van specialistische kennis.

De organisatie is telefonisch bereikbaar tussen 8.00 en 18.00 uur.

#### *Koepel- en belangenorganisaties*

Er is een keur aan regionale en nationale koepelorganisaties. Hier zal slechts één daarvan besproken worden: Union Nationale des Soins et Services à Domicile (UNASSAD). Deze organisatie kan beschouwd worden als een belangenorganisatie aangezien zij geen macht kan uitoefenen op de deelnemende organisaties. Het belangrijkste doel van deze organisatie is het propageren van een holistische benadering van thuiszorg voor de groeiende groep ouderen in de bevolking. Deze gedachte ziet men weerspiegeld in de lijst van deelnemende organisaties in UNASSAD: gezinsverzorging, extramurale verpleging, alarmdiensten en zo meer. UNASSAD richt zich op:

- hergroeperen en coördineren van departementale structuren die bestaan uit een veelheid van lokale organisaties;
- stimuleren van nieuwe initiatieven;
- vertegenwoordigen van personeel naar overheidsinstanties;
- het creëren van gemeenschappelijke voorzieningen die gebruikt kunnen worden door de lid-organisaties.

Het belangrijkste doel is echter te komen tot een reorganisatie van het financieringssysteem. Tot op heden is de vergoeding van maatschappelijk werk en gezinsverzorging afhankelijk van het departement waarin de patiënt woont, en van zijn sociale verzekeringsmaatschappij. Met ander woorden er zijn regionale en individuele verschillen en dat is de reden waarom de UNASSAD pleit voor een 'fonds national pour un véritable soutien à domicile', een nationaal fonds dat de gehele thuiszorg dekt. (Bron: UNASSAD, 1991)

Zoals we hieronder zullen zien lijkt dit streven effect te hebben, getuige de meest recente overheidspublicatie betreffende ouderenzorg (Assemblée Nationale, 1991) (zie 'recente ontwikkelingen')

#### *Financiering*

Voor iedere organisatie voor SAD en HAD wordt per jaar vastgesteld hoeveel bedden er door die organisatie gemiddeld in zorg mogen zijn. De organisatie krijgt voor dit aantal een bedrag per bed en per dag dat gelijk is aan 305,66 FF voor HAD en 105,75 voor SAD (in 1990). Voor het hiervoor vermelde Service de Soins à Domicile (SSD) krijgt men een bedrag per verrichting. Iedere

thuiszorgorganisatie dient zelf voor toestemming van het ziekenfonds te zorgen om SAD of HAD te leveren en krijgt vervolgens toestemming voor een vast aantal bedden. Het gaat hierbij om een gemiddelde. De Santé Service Charente bijvoorbeeld heeft toestemming voor 125 bedden. Op 1 januari 1990 waren er echter in totaal 141 patiënten in zorg (Santé Service Charente).

De Service de Soins à Domicile (SSD) wordt als zodanig alleen in de statistieken van AMSAM genoemd. Bij SSD geldt een vergoeding per verrichting volgens de 'Nomenclature de actes professionnels'.

Voor HAD is een voorschrift van de huisarts én de behandelend specialist in het ziekenhuis nodig. Voor SSD en SAD is een voorschrift van de huisarts of een specialist noodzakelijk. Bovendien dient men voor SAD ouder dan 60 te zijn, hoewel hierop uitzonderingen gemaakt worden voor met name gehandicapten. Als aan deze voorwaarden is voldaan beslist de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds over het daadwerkelijk in zorg komen van de patiënt (Bron: enquête).

Er zijn veel verschillende ziekenfondsen in Frankrijk en de thuiszorgorganisatie heeft doorgaans met 5 tot 7 daarvan te maken. Hoewel er aanzienlijke verschillen kunnen zijn tussen de ziekenfondsen wordt in het algemeen 70% van de kosten vergoed. De resterende 30% geldt als eigen bijdrage ('ticket modérateur'). De patiënt kan deze zelf betalen of zich aanvullend verzekeren bij een zogenaamde Mutualité (Bron: enquête).

Er wordt een maximum gehanteerd van 4 huisbezoeken van 30 minuten van een vrijgevestigde verpleegkundige en/of 2 bezoeken van 1,5 uur door aides soignantes. Hierop wordt voor terminale patiënten een uitzondering gemaakt. (Bron: enquête)

#### *Recente ontwikkelingen*

In juni 1991 werd door de centrale overheid een rapport gepubliceerd waarin verschillende maatregelen werden voorgesteld om het hoofd te bieden aan de groeiende vraag naar thuiszorg door ouderen (Assemblée Nationale, 1991). Hiervoor werd reeds het streven van UNASSD vermeld naar een nationale verzekering voor ouderenzorg die het gehele spectrum van thuiszorg zou bevatten. Dit is ongeveer wat nu door de Assemblée Nationale wordt voorgesteld.

Er worden een aantal concrete voorstellen gedaan:

- het aantal plaatsen voor thuiszorg verhogen met 45.000.
- integratie van medische en maatschappelijke diensten, in de praktijk zowel als in wijze van financiering.

- introductie van een 'allocation autonomie et dépendance', waarin dit nieuwe vergoedingensysteem wordt geregeld.
- introductie van een vergoedingensysteem waarbij de hoogte van de vergoeding varieert met de mate van afhankelijkheid van de patiënt.
- de (gemiddelde) hoogte van de vergoedingen verhogen.
- een aantal voorstellen voor het vinden van de noodzakelijke financiële middelen voor dit nieuwe systeem.
- een verschuiving van intramurale lange termijn zorg naar thuiszorg.
- stimuleren van mantelzorg.

Deze voorstellen zijn nog steeds in discussie, maar dit is het eerste rapport van de centrale overheid dat concrete voorstellen doet voor een beter systeem van financiering van thuiszorg voor ouderen.

### **7.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht**

#### *Opleiding*

Verpleegkundigen hebben een 3-jarige opleiding op een school voor verpleegkunde. Na deze opleiding zijn er verschillende mogelijkheden voor specialisatie. Er is echter geen specialisatie in de thuisverpleging. Na de 3-jarige opleiding is een cursus van 18 maanden nodig om hoofdverpleegkundige te worden (infirmière co-ordinatrice). Het tweede deskundigheidsniveau, de aides soignantes, heeft een 1-jarige opleiding.

#### *Menskracht*

Recente landelijke statistische gegevens met betrekking tot de menskracht in extramurale verpleging in heel Frankrijk zijn niet voorhanden. Wèl worden door individuele organisaties statistieken bijgehouden, maar deze hebben geen betrekking op de vrijgevestigde verpleegkundigen. De statistieken die er zijn wijzen echter op een snelle groei van het aantal extramurale verpleegkundigen in de laatste paar jaar.

De laatste nationale gegevens die werden gevonden hebben slechts betrekking op organisaties voor SAD en stammen uit 1984 (Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, 1986). Waarschijnlijk zijn niet alle vrijgevestigde verpleegkundigen hierin vervat. Ten eerste blijkt uit de gegevens een zeer snelle groei van het aantal organisaties: van 50 in 1979 tot 650 in 1984. Er zijn echter wel grote regionale verschillen in het voorzieningenniveau. Verschillen die volgens Nijkamp e.a., (1991) nog steeds bestaan.

Tabel 7.3 geeft het aantal verpleegkundigen in organisaties voor SAD in 1984.

Tabel 7.3: Aantal verpleegkundigen in organisaties voor SAD in 1984

---

gesalarieerde infirmières	1400
gesalarieerde aides soignantes	3700
vrijgevestigde infirmières	2400

---

(Bron: Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, 1986)

Uit de tabel komt duidelijk naar voren dat er binnen de organisaties meer dan twee keer zoveel personeel van het tweede deskundigheidsniveau is als van het eerste.

In de organisatie die bezocht werd in Angoulême (Santé Service Charente) zijn zelfs tien keer zoveel aides soignantes als infirmières (13 tegen 133). In deze organisatie is coördinatie de enige taak van de infirmière. De aides soignantes nemen de hygiënische zorg, enige psychosociale zorg en wat gezinsverzorging-achtige zorg zoals boodschappen doen voor hun rekening. De medisch verpleegkundige zorg wordt door de vrijgevestigde infirmières verleend.

De organisatie in Soissons (AMSAM) had 9 gesalarieerde infirmières, 17 aides soignantes en er was een free-lance contract met 12 vrijgevestigde verpleegkundigen.

#### 7.2.4. Patiëntenpopulaties

##### *Algemeen*

De cijfers in paragraaf 7.1.1 geven een relatief hoog percentage ouderen in de bevolking aan. Recente gegevens van de Caisse Nationale Assurance Maladie die worden gepresenteerd in het eerder genoemde rapport van de Assemblée Nationale uit 1991, geven aan dat er op dit moment 38.872 personen boven de 60 thuiszorg ontvangen. Dit komt neer op 0,4% van de totale bevolking ouder dan 60.

##### *Association Médico Sociale Anne Morgan*

In 1987 werden er 77 patiënten verzorgd die onder HAD vielen. De gemiddelde duur van de zorg was 75 dagen. Tabel 7.4 geeft enige kenmerken van deze patiënten (jaarverslag AMSAM, 1989). Een groeiend aantal patiënten verkeert in de terminale fase.



Tabel 7.4: Kenmerken van patiënten in HAD bij AMSAM in 1989

geslacht	pathologie	leeftijd
mannen: 44%	kanker 48%	0-60 26%
vrouwen: 54%	cardio-vasc. 22%	60-80 49%
	neurologie 17%	80- 25%
	chirurgie 12%	
	polypathologie 36%	

(Bron: AMSAM: Rapport d'activités, 1989, Bilan d'activités Hospitalisation à Domicile, 1989)

Onder SAD vielen in 1989 209 patiënten. De gemiddelde verblijfsduur was veel langer dan bij HAD (164 dagen). Ook de gemiddelde leeftijd was hoger: 81 jaar. Dit laatste valt te verklaren uit het feit dat alleen patiënten ouder dan 60 voor SAD in aanmerking komen. Ongeveer 80% van de patiënten werd beschouwd als matig tot zeer afhankelijk (definities van de term 'afhankelijk' ontbreken).

Het is niet bekend hoeveel personen vielen onder het SSD programma en wat hun kenmerken zijn.

#### *Santé Service Charente*

In 1990 waren er in totaal 1003 patiënten in zorg onder het HAD-programma (waaronder 306 terugbestellingen). De lengte van de periode waarin men in zorg was bedroeg 51 dagen. Tabel 7.5 toont een aantal kenmerken van deze patiënten. Opmerkelijk is dat ook zorg wordt verleend in 'herbergements pour personnes âgées' (verzorgingstehuizen).

Tabel 7.5: Kenmerken van patiënten in HAD by Santé Service Charente in 1990 (n=1003).

geslacht	leeftijd	medisch motief voor HAD
mannen 43%	0-60 20%	kanker 31%
vrouwen 57%	60-80 38%	cardio-vascul. 21%
	80- 41%	traumato-orthopedie 21%
		neurologie 10%

(Bron: Santé Service Charente, 1991)

Tabel 7.6 toont de kenmerken van SAD-patiënten. Evenals bij AMSAM blijkt dat ook hier de SAD-patiënten ouder zijn en langer in zorg (135 dagen versus 51).

Tabel 7.6: Kenmerken van patiënten in SAD bij Santé Service Charente in 1990 (n=1203)

geslacht		leeftijd		medisch motief voor SAD	
mannen	35%	0-60	2%	cardiologie	12%
vrouwen	65%	60-80	32%	cario-vascul.	28%
		80-	67%	neurologie	26%
				rheuma	5%
				traumato-orthopedie	13%

(Bron: Santé Service Charente, 1991)

### 7.2.5. Type zorg

De cijfers van de Santé Service Charente tonen dat het grootste verschil tussen SAD en HAD gelegen is in het aantal patiënten dat technisch verpleegkundige zorg behoeft. Hiervan zijn er onder het HAD programma veel meer. Zo worden er onder HAD in 68% van de gevallen injecties gegeven, terwijl dat bij SAD slechts in 34% van de gevallen gebeurt. Tijdens een bezoek van één van de auteurs bleek echter dat in de praktijk het verschil tussen SAD en HAD niet altijd even goed te maken viel, zelfs niet voor de verpleegkundigen zelf.

Tabel 7.7: Soort interventie bij SAD en HAD van de Santé Service Charente in 1990 in percentages van totaal aantal patiënten

	HAD	SAD
toilet	100%	100%
revalidatie	81	80
decubitus preventie	96	96
opstaan	90	95
naar bed gaan	35	15
technisch verpleegkundig:		
- injecties	68	34
- infuus	17	6
- bloeddruk	16	10
- verbanden	30	14
- stoma zorg	4	0
- catheteriseren	19	4
- zuurstof	3	0
- anders	2	1

(Bron: Santé Service Charente, 1991)

Zoals we reeds zagen in paragraaf 7.2.2., werkt de Santé Service Charente met veel aides soignantes en weinig verpleegkundigen. Tabel 7.8 laat zien dat de taken ook zeer verschillen. Aides soignantes besteden ongeveer twee keer zoveel tijd aan huisbezoeken en die bezoeken duren ook veel langer (Santé Service Charente, 1991). Van het totaal aantal huisbezoeken wordt 21% door vrijgevestigde verpleegkundigen gedaan, 71% door aides soignantes en slechts 8% door gesalarieerde verpleegkundigen (Santé Service Charente, 1991).

Tabel 7.8: Tijd besteed aan een aantal activiteiten als percentage van de totale werktijd van gesalarieerd personeel van de Santé Service Charente (exclusief vrijgevestigde verpleegkundigen)

	reizen	huisbezoeken	administratie
gesalarieerde infirmières	10%	45%	45%
aides soignantes	16%	80%	4%

(Bron: Santé Service Charente, 1991)

### 7.2.6. De intake-procedure

Tabel 7.9 toont de verwijzers naar SAD en HAD in de Service Santé Charente (deze statistieken worden door AMSAM niet bijgehouden). De meeste

HAD-patiënten worden verwezen door het ziekenhuis, terwijl bij SAD het meestal de familie, vrienden of de patiënt zelf is die het eerste contact legt. De regels om voor zorg in aanmerking te komen zijn reeds eerder besproken. Op de verwijsbriefjes wordt precies omschreven wat er gedaan dient te worden. Hygiënische zorg wordt per definitie door aides soignantes gegeven en verpleegtechnische zorg door infirmières, dus wíe de zorg gaat leveren is eveneens indirect door de arts bepaald.

Tabel 7.9: Verwijzers naar HAD en SAD van Santé Service Charente in 1990

	HAD	SAD
ziekenhuis	52%	11%
huisarts	10%	14%
patiënt zelf/familie/vrienden	37%	55%
anders	1%	2%
HAD	--	18%

(Bron: Santé Service Charente, 1991)

Gedurende de zorgperiode (SAD en HAD) wordt een dossier bijgehouden, dat achtergrondinformatie over de patiënt, een formulier met de functionele status van de patiënt en kopieën van de verwijsbriefjes. Daarnaast worden de activiteiten bij ieder huisbezoek bijgehouden door zowel de verpleging als de gezinsverzorging als de huisarts. Het HAD-dossier biedt tevens de mogelijkheid algemene observaties door welke zorgverlener dan ook in te laten vullen, zodat de ontwikkeling van de toestand ook chronologisch vermeld staat. Tijdens een bezoek van één van de auteurs aan de Santé Service Charente bleek echter dat vooral de huisarts bij het invullen van het dossier wel eens verstek laat gaan.

Binnen de Service Santé Charente wordt de HAD-zorg wekelijks geëvalueerd en de SAD-zorg maandelijks. Van AMSAM zijn dergelijke regels niet bekend.

### 7.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen

#### *Association Médico Sociale Anne Morgan*

Het verpleegkundig personeel onderhoudt betrekkingen met iedere zorgverlener die bij een bepaalde patiënt betrokken is. De verpleegkundigen onderhouden contacten met vele huisartsen maar in het algemeen maar met één organisatie voor gezinsverzorging, namelijk die van AMSAM zelf. Er is geen probleem met betrekking tot de taakverdeling tussen gezinsverzorging en

extramurale verpleging. Aangezien de voornaamste taak van de infirmières is het onderhouden van contacten in het algemeen, is er geen behoefte aan speciale verpleegkundigen voor de contacten met het ziekenhuis.

#### *Santé Service Charente*

De SSC onderhoudt betrekkingen met ziekenhuizen en vrijgevestigde professionals als huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten. Het is de hoofd-taak van de infirmières co-ordinatrices om deze contacten te onderhouden.

Iedere 30 dagen worden nieuwe aanmeldingen en voortzettingen van zorg besproken met de huisarts. Er zijn regelmatig besprekingen met staf van de gezinsverzorging, met name om te bepalen hoeveel uur zorg een patiënt heeft. Ook hier is de taakverdeling tussen gezinsverzorging en verpleging geen probleem.

Een verpleegkundige kan te maken hebben met een groot aantal verschillende huisartsen en organisaties voor gezinsverzorging.

#### **7.2.8. Problemen**

##### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

Beide organisaties meldden een tekort aan de volgende activiteiten:

- identificatie van risicogroepen in de bevolking, met name bij de moeder- en kindzorg.
- hygiënische zorg bij alle patiëntencategorieën.
- gezinszorg bij alle patiëntencategorieën.

Voorts werd vanuit AMSAM gemeld dat er een grote behoefte is aan stimuleren van de mantelzorg, meer verpleegtechnische zorg en meer verstrekken van informatie over bijvoorbeeld medicatie.

##### *Arbeidsmarkt*

In beide organisaties wordt gesproken over een tekort aan extramurale verpleegkundigen. Twee redenen werden genoemd: slechte betaling in vergelijking met de ziekenhuisverpleging en dat het moeilijk is er tegelijkertijd een gezin op na te houden.

De Service Santé Charente heeft een wachtlijst van een aantal weken. De reden hiervan is dat het aantal patiënten dat zij van het ziekenfonds mogen verzorgen niet groot genoeg is.

Bij AMSAM is geen sprake van een wachtlijst.

### *Horizontale functiedifferentiatie*

Er werden geen problemen gerapporteerd met betrekking tot de horizontale functiedifferentiatie.

### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinszorg*

Ook de verticale functiedifferentiatie lijkt naar ieders tevredenheid te werken. Per definitie wordt de hygiënische zorg door aides soignantes verleend en de verpleegtechnische zorg door de vrijgevestigde verpleegkundigen Coördinatie is de taak van de gesalarieerde verpleegkundigen.

Ook taakafbakening met de gezinszorg bleek geen probleem.

### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

Hoewel voor zowel HAD als SAD een toestemming van de huisarts noodzakelijk is, en voor HAD bovendien nog van een ziekenhuisspecialist, werden geen problemen gemeld.

### *Samenwerking met ziekenhuis*

Op het gebied van de samenwerking met het ziekenhuis werden geen problemen gerapporteerd.

### *Financiering*

De organisatie voor extramurale verpleging heeft doorgaans met een vrij groot aantal ziekenfondsen te maken. Dit is soms een (administratief) probleem. Een ander probleem met betrekking tot de financiering is dat extramurale verpleging en gezinsverzorging niet in het zelfde systeem zitten. Dit laatste gaat echter waarschijnlijk veranderen.

### *Overige problemen*

Er zijn (nog) regionale verschillen in het voorzieningenniveau. In sommige gebieden is (nog) geen georganiseerde thuisverpleging.

## Literatuur

- ASSOCIATION MÉDICO SOCIALE ANNE MORGAN: various information brochures.
- ASSOCIATION MÉDICO SOCIALE ANNE MORGAN: Bilan d'activités Hospitalisation à Domicile, 1989.
- ASSOCIATION MÉDICO SOCIALE ANNE MORGAN: Rapport d'activités. Soissons: 1989.
- ASSEMBLE NATIONALE. Rapport d'Information N<sup>o</sup>2135 déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires culturelles familiales et sociales sur les personnes âgées dépendantes, vivre ensemble. Paris: Assemblée Nationale, 1991.
- COLLARIS, J.W.M., C. DE KLEIN. Sociale ziektekosten verzekeringen in Europees perspectief: Voorstudies en achtergronden. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- CROMBIE, D.L., J. VAN DER ZEE, P. BACKER, (eds.). The Interface Study: COMAC-HSR in collaboration with European General Practice Research Workshop. London: RCGP, 1990.
- DIEBOLT, E., J.P. LAURANT. Anne Morgan; une Américaine en Soissonais (1917-1952); de l'Aisne dévasté à l'action sociale. Soissons: 1990.
- GLOERICH, A.B.M., R.T.J. HAMERS, J. VAN DER ZEE, P.P. GROENEWEGEN. Regional variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium and the North of France: basic information and references. Utrecht: NIVEL, 1989.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE. Publication: service des statistiques de études et des systèmes d'information (SESI). Solidarité Santé; Cahiers Statistiques 8. Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées; caractéristiques-activité-clientèle 1984. Paris: 1986.
- NIJKAMP, P., J. PACOLET, H. SPINNEWYN, A. VOLLERING, C. WILDEROM, S. WINTERS. Services for the elderly in Europe; A cross-national comparative study. Leuven: Commission for the European Communities, 1991.
- OECD. Ageing populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- SANTÉ SERVICE CHARENTE. Statistiques 1990. Angoulême: 1991.
- SANTÉ SERVICE CHARENTE. Various information brochures.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990, 109th issue. Oslo-Kongsvinger: Central Bureau of Statistics, 1990.
- UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE (UNASSAD). Various information brochures.
- WHO. Legislation concerning Nursing/Midwifery Services and Education. Report on a WHO study. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1981.





## 8. EXTRAMURALE VERPLEGING IN NEDERLAND

### 8.1. De omgeving<sup>1</sup>

#### 8.1.1. Bevolking<sup>2</sup>

* totale bevolking (1987)	14,7 miljoen
* % ouder dan 65 (1988)	12,5
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	13,5
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	15,1
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	18,9
* % jonger dan 15 (1988)	18,5
* levensverwachting bij geboorte (1987)	73,4 (mannen) 79,9 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1987)	12,6
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup> (1987)	359
* minderheidsgroepen: immigratie in de zestiger-, zeventiger- en tachtiger jaren uit de landen rond de Middellandse Zee en Suriname.	

#### 8.1.2. Het gezondheidszorgsysteem

##### *Inleiding*

Nederland is een constitutionele monarchie. Relatief weinig politieke beslissingsbevoegdheid is gedelegeerd aan de provinciale en gemeentelijke overheid.

De algemene verantwoordelijkheid voor de ziektekostenverzekering ligt bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). De uiteindelijke beslissingsbevoegdheid met betrekking tot planning, kosten en uitgaven binnen de verplichte ziektekostenverzekering ligt bij de minister. De Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid, verbonden aan het ministerie, heeft toezicht op het kwalitatieve en kwantitatieve niveau van de gezondheidszorg.

In één van de meest recente overheidspublicaties wordt melding gemaakt van de wens van de centrale overheid zich terug te trekken en meer over te laten aan het samenspel tussen ziektekostenverzekeraars, aanbieders van zorg en consumenten (Commissie Werner, 1991b).

---

<sup>1</sup> Co-auteur van deze paragraaf is drs P. van der Heijden.

<sup>2</sup> Bronnen: Statistical Yearbook of Norway, 1990; OECD, 1988.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid geeft advies over de planning, structuur, voorzieningenniveau, kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg in het algemeen en voor de uitvoering van de twee typen ziektekostenverzekering.

De verantwoordelijkheid voor de planning van ziekenhuizen ligt bij de Nationale Ziekenhuisraad.

Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) is verantwoordelijk voor het vaststellen van tarieven in de gezondheidszorg.

De Nationale Ziekenfondsraad adviseert het ministerie over de planning en uitvoering van de ziekenfondswet.

### *Ziektekostenverzekering*<sup>3</sup>

Er zijn twee soorten ziektekostenverzekering:

- De verplichte ziekenfondsverzekering voor alle werknemers onder een bepaald inkomensniveau, gepensioneerden die voor hun pensioen verzekerd waren via het ziekenfonds en alle personen met een uitkering van de overheid. In 1987 was 61,5% van de bevolking verzekerd via het ziekenfonds.
- De rest van de bevolking is verzekerd via particuliere verzekeraars. Zij kunnen kiezen uit verschillende pakketten van verzekerde diensten en uit verschillende niveaus van eigen bijdragen. Ambtenaren hebben een speciale ambtenarenverzekering.

Buitengewone medische kosten worden gedekt door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze wet geldt voor alle ingezetenen van Nederland. Onder deze wet vallen zaken die niet onder de ziekenfondswet vallen, zoals ziekenhuisopnamen langer dan een jaar of verblijf in een verpleeghuis of verblijf in een instelling voor geestelijk gehandicapten. De laatste jaren is het pakket van dienstverlening onder de AWBZ uitgebreid met wijkverpleging (1980), ambulante geestelijke gezondheidszorg (1985), alle geestelijke gezondheidszorg en gezinsverzorging (1989) en medische hulpmiddelen (1990).

Plannen voor een uitgebreide basisverzekering zijn in een vergevorderd stadium. Alle basisfuncties zullen door deze verzekering gedekt worden. Dit nieuwe systeem zal moeten worden uitgevoerd door verzekeraars. Deze kunnen tegen betaling een aanvulling op de basisverzekering aanbieden (Commissie Werner, 1991). In de plannen voor dit nieuwe systeem wordt er de nadruk op gelegd dat professionele thuiszorg alleen mogelijk is indien de informele zorg tekort schiet.

---

<sup>3</sup> Belangrijkste bron: Groenewegen et al. Remunerating General Practitioners in Western Europe. Aldershot, Gower 1991, pp. 92-93.

### Financiering

De verplichte ziekenfondsverzekering wordt hoofdzakelijk gefinancierd uit premies van werkgevers en werknemers. Tekorten worden door de overheid aangevuld. De verzekering wordt uitgevoerd door ongeveer veertig autonome ziekenfondsen. Deze ziekenfondsen zijn regionaal georganiseerd en staan onder supervisie van de Nationale Ziekenfondsraad. De Ziekenfondsraad geeft ook advies over de hoogte van de premies die landelijk worden vastgesteld.

Voor particuliere ziektekostenverzekeringen dient de verzekerde een vastgestelde premie direct aan de verzekeraar te betalen. De hoogte van de premie is afhankelijk van de omvang van het pakket en de hoogte van de eigen bijdrage.

De AWBZ wordt gefinancierd uit algemene belastingopbrengsten.

Tabel 8.1: Uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland

jaar	totale uitgaven als % BNP	overheids-uitgaven als % BNP	uitgaven in guldens per hoofd
1980	8.19	6.21	1949
1981	8.38	6.38	2076
1982	8.58	6.58	2206
1983	8.61	6.57	2279
1984	8.33	6.38	2308
1985	8.22	6.26	2365
1986	8.31	6.11	2445
1987	8.46	6.25	2484

(Bron: Program ECO-SANTE by CREDES and BASYS)

Tabel 8.1 laat zien dat het percentage van het BNP dat aan gezondheidszorg wordt besteed in de loop der tijd tamelijk stabiel is gebleven. De uitgaven per hoofd van de bevolking namen echter toe. In vergelijking met andere OECD landen geeft Nederland veel uit aan gezondheidszorg.

### Ambulante zorg<sup>4</sup>

Huisartsen vervullen in Nederland de rol van poortwachter naar de tweedelijnsvoorzieningen. Een patiënt dient een huisarts te raadplegen alvorens een medisch specialist te kunnen bezoeken. Dit geldt in ieder geval voor zieken-

<sup>4</sup> Belangrijkste bron: Carillo, E. e.a. Requirements & Constraints for minimum data sets. S.I., McACE, 1989, pp. 61.

fondspatiënten maar meestal ook voor particulier verzekerden. De huisarts is meestal vrijgevestigd. De meesten werken alleen, maar een toenemend aantal neemt deel in een groepspraktijk of in multi-disciplinaire teams in gezondheidscentra.

Huisartsen krijgen een vast bedrag per jaar voor de ziekenfondspatiënten in hun praktijk. Hierbij is het bedrag per patiënt hoger voor de eerste 1.600 patiënten dan voor de rest. Particuliere patiënten betalen de huisarts zelf en krijgen dit bedrag later door hun verzekeraar vergoed. De verhouding tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten verschilt van plaats tot plaats.

In 1987 waren er in Nederland 6.243 huisartsen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1989).

Ambulante specialistische zorg wordt in Nederland bijna uitsluitend verleend vanuit poliklinische afdelingen van ziekenhuizen en alleen na verwijzing door een huisarts.

In paragraaf 8.2. worden een aantal andere eerstelijnsvoorzieningen opgenoemd waar verpleegkundigen werkzaam zijn.

#### *Institutionele zorg*<sup>5</sup>

De meeste ziekenhuizen in Nederland zijn in particuliere handen. Alle ziekenhuizen zijn non-profit. De overheid heeft een grote bevoegdheid in de financiering van ziekenhuizen. Er zijn algemene, specialistische en academische ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen leveren het gehele scala aan basis-specialismen, chirurgie en verloskunde. Er is geen sprake van een hiërarchische systeem van ziekenhuizen. Alle algemene ziekenhuizen hebben een poliklinische afdeling. Voorts wordt er steeds meer overgegaan op dagbehandeling.

De meeste specialisten werken vanuit hun eigen praktijk, die aan een polikliniek van een ziekenhuis verbonden is.

---

<sup>5</sup> Belangrijkste bron: Gloerich e.a. 1989.

Tabel 8.2: Aantal ziekenhuisbedden en personeel per bed

jaar	bedden totaal	bedden per 1000 inw.	personeel per bed
1980	127481	9.0	1.43
1981	127206	8.9	1.45
1982	124039	8.6	1.52
1983	123736	8.6	1.50
1984	123522	8.5	1.51
1985	123320	8.5	1.51
1986	122702	8.4	1.54
1987	122353	8.3	1.55

(Source: Program ECO-SANTE by CREDES and BASYS)

In de tachtiger jaren daalde het aantal bedden met ongeveer 5.000. Het aantal bedden per inwoner daalde met 0,7, en het personeelsaantal per bed groeide van 1,43 naar 1,55 personen per bed.

## 8.2. Extramurale verpleging

Extramurale verpleging, zoals gedefinieerd in de inleiding wordt in Nederland door een aantal verschillende organisaties aangeboden. Deze organisaties zijn overal in Nederland te vinden, maar hebben niet overal dezelfde taken.

- Basisgezondheidsdiensten: preventie en behandeling van besmettelijke ziekten, zorg voor een gezond milieu, preventieve gezondheidszorg voor kinderen tussen 4 en 19 jaar;
- Bedrijfsgezondheidsdiensten;
- Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheid (RIAGGs);
- Een klein aantal particuliere verpleegbureaus;
- Regionale Kruisorganisaties.

In al deze organisaties zijn extramurale verpleegkundigen werkzaam. Als het echter gaat om het aantal werkzame verpleegkundigen, dan zijn de kruisorganisaties het belangrijkste.

Binnen de kruisorganisaties wordt een organisatorisch onderscheid gemaakt tussen kraamzorg en wijkverpleging. Onder kraamzorg wordt in Nederland verstaan (Hingstman, 1991):

- het assisteren van een huisarts of verloskundige tijdens de bevalling;
- lichamelijke verzorging van de baby;
- helpen bij borstvoeding;

- geven van algemene gezondheidsvoorlichting;
- zorgen voor familieleden en enig huishoudelijk werk.

Kraamzorg wordt verleend gedurende de eerste 8 dagen na de bevalling.

Het navolgende zal voornamelijk betrekking hebben op de preventieve en curatieve verpleegkundige diensten die vanuit de kruisorganisaties worden verleend.

### **8.2.1. Geschiedenis**

In 1875 werden er tien lokale wijkverpleegkundige organisaties gestart. De taken van deze zogenaamde 'Kruisverenigingen' hadden met name betrekking op preventie van besmettelijke ziekten door bijvoorbeeld hygiënische maatregelen. Ook werd er toen al materiaal (b.v. bedden en dekens) uitgeleend aan leden van de organisaties (Kerkstra, 1989).

Er zijn de laatste jaren een aantal organisatorische veranderingen doorgevoerd. In het begin van de jaren tachtig verschoof de aandacht van de overheid van intramurale naar extramurale gezondheidszorg. Als gevolg daarvan kon het budget van de kruisverenigingen tussen 1980 en 1986 met vier procent per jaar groeien. Na 1986 werd de toegestane groei vastgesteld op 2%. Dit beleid is terug te vinden in de groei van het aantal personeelsleden van kruisorganisaties. In 1988 werd het budget weer gereduceerd (Kerkstra, 1989).

Met de introductie van de AWBZ in 1980 kwam wijkverpleegkundige zorg voor iedereen gratis beschikbaar die een nominale lidmaatschapspremie had betaald.

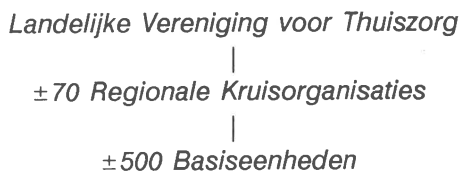
Sinds 1989 vindt er een proces van schaalvergroting plaats. Het aantal regionale kruisorganisaties daalde van 160 in 1987 tot circa 70 in 1990. In de nieuwe situatie heeft een regionale kruisorganisatie een verzorgingsgebied van ongeveer 230.000 inwoners.

Sinds 1990 zijn de koepelorganisaties voor kruiswerk en die voor gezinsverzorging gefuseerd tot de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Deze integratie vindt momenteel tevens op het niveau van de regionale kruisorganisaties plaats. Deze integratie heeft tot doel de efficiëntie van de thuiszorg te verhogen door onder andere het juiste deskundigheidsniveau op de juiste plaats in te zetten en overlap in taken van de wijkverpleging en de gezinsverzorging te reduceren (WVC, 1990).

## 8.2.2. Organisatie en financiering

### *Organisatie*

Wijkverpleegkundigen zijn in dienst bij de regionale kruisorganisaties. De organisatiestructuur van het Kruiswerk ziet er als volgt uit:



De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg behartigt de belangen van haar leden op de volgende terreinen: werkgeversfunctie, financieel- en sociaal beleid, inhoudelijke ondersteuning en public relations (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1991).

De regionale kruisorganisaties zijn onderverdeeld in basiseenheden. Iedere basiseenheid heeft een hoofdverpleegkundige, ongeveer tien wijkverpleegkundigen en twee of drie wijkziekenverzorgenden die doorgaans in teamverband werken. Wegens de reorganisaties kon het aantal regionale kruisverenigingen en basiseenheden niet exact bepaald worden.

Er zijn twee niveaus van deskundigheid onder het verpleegkundig personeel. Naast verpleegkundig personeel zijn in dienst bij de kruisorganisaties een aantal diëtisten en consultatiebureau-artsen. Specialistische kennis op het gebied van de verpleging wordt aangeboden door de zogenaamde districtsverpleegkundigen. Deze districtsverpleegkundigen houden zich meestal niet met de directe patiëntenzorg bezig maar treden op als adviseur met betrekking tot een patiëntsituatie ten behoeve van wijkverpleegkundigen. Daarnaast hebben de districtsverpleegkundigen een ondersteunende rol bij het aanbieden en ontwikkelen van concepten van zorgverlening (Verbeek, 1991).

Zoals gezegd werken wijkverpleegkundigen in zogenaamde basiseenheden die bestaan uit ongeveer 10 wijkverpleegkundigen, een hoofdwijkverpleegkundige en ongeveer twee wijkziekenverzorgenden. Een basiseenheid is gebonden aan een vast geografisch gebied met ongeveer 35.000 inwoners. Binnen een basiseenheid neemt iedere verpleegkundige voor zich of een subteam van verpleegkundigen een geografisch gebied voor haar rekening (Vorst-Thijssen e.a., 1990).

Regionale Kruisorganisaties zijn 24 uur per dag bereikbaar en zorg kan ook verleend worden gedurende de avonden, nachten en weekends indien nodig.

Binnen de reguliere zorgverlening door de kruisorganisatie wordt per patiënt meestal een maximum aangehouden van 2,5 uur, of 3 huisbezoeken per dag, voor een onbeperkte periode. Voor terminale patiënten of patiënten met een opname indicatie voor een ziekenhuis of verpleeghuis zijn er organisaties in het leven geroepen voor aanvullende thuiszorg. Deze organisaties bieden, zoals de naam al zegt, aanvullende thuiszorg voor een beperkte periode.

### *Financiering*

Sinds 1980 worden de kruisorganisaties voor ongeveer 85% gefinancierd uit de eerder genoemde AWBZ. De AWBZ voorziet in toegang tot wijkverpleging voor iedereen. Behalve voor medische handelingen is er geen verwijzing van de huisarts nodig. De kruisverenigingen krijgen van de AWBZ een budget dat gebaseerd is op het personeelsaantal. De AWBZ wordt bekostigd uit belastingopbrengsten.

De overige 15% is voor het grootste deel afkomstig uit lidmaatschapsgelden. Deze lidmaatschapsgelden variëren (binnen bepaalde grenzen) van kruisvereniging tot kruisvereniging, maar gemiddeld bedragen de kosten 50 gulden per jaar per gezin. Dit kan worden beschouwd als een soort eigen bijdrage.

Van de contributie moet door de kruisorganisaties per patiënt per jaar 42,-- gulden (1990) worden afgedragen aan de AWBZ (WVC, 1991). Uit het restant van de contributies kunnen door de kruisorganisaties extra activiteiten worden georganiseerd.

Er zijn erkenningsnormen voor een kruisorganisatie om voor financiering in aanmerking te komen:

**Soort zorg:** (1) verpleegkundige activiteiten die in verband staan met ziekte, handicap of leeftijd, bij patiënten thuis; (2) moederschapzorg en kindhygiëne, onder andere omvattende periodiek onderzoek naar de gezondheid van het kind; (3) in bruikleen verstrekken van noodzakelijke verpleegartikelen; (4) geven van voorlichting gericht op het voorkomen van ziekte en tegengaan van ongezonde leefgewoonten.

**Toegankelijkheid:** 24 uur per dag om in urgente gevallen hulp te kunnen verlenen.

**Personeel** dat zich met directe patiëntenzorg bezig houdt:

- 1 wijkverpleegkundige per 3450 inwoners
- 1 wijkziekenverzorgende per 3 wijkverpleegkundigen
- 1 hoofdwijkverpleegkundige voor iedere 9 wijkverpleegkundigen en/of wijkziekenverzorgenden. De normen met betrekking tot personeel worden echter niet meer toegepast.



**Toezicht en controle:** de kruisorganisatie dient te allen tijde medewerking te verlenen aan de geneeskundig inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (Bron: Besluit Erkenningnormen, 1981).

De verpleegkundigen krijgen een maandsalaris van de regionale kruisorganisaties.

### **8.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht**

#### *Opleiding*

Er zijn vier soorten verpleegkundigen werkzaam bij de regionale kruisorganisaties:

Wijkverpleegkundigen, met een 4 jarige hoger beroepsopleiding (HBO-V) òf een 3,5 jarige in-service opleiding aangevuld met twee jarige opleiding tot wijkverpleegkundige (MGZ-opleiding).

Wijkziekenverzorgenden, met een 2 jarige in-service opleiding plus een cursus van 6 maanden gericht op de wijkverpleging, òf een 3-jarige middelbare beroepsopleiding (Bron: Adriaanse en Van der Laan, 1989).

Hoofdwijkverpleegkundigen hebben na een MGZ of HBO-V opleiding en minimaal twee jaar ervaring in de wijkverpleging de kaderopleiding van 24 maanden gevolgd (Adriaanse en Van der Laan, 1989).

Het vierde type verpleegkundige is de districtsverpleegkundige of stafverpleegkundige.

Het is mogelijk om hiervoor een post-HBO opleiding van 18 maanden te volgen. Afstudeerrichtingen hierbij zijn 'beroepsinnovatie', 'management/informatica', en 'klinisch verpleegkundig specialist'. Bij dit laatste is het onder andere mogelijk zich te specialiseren in ouderenzorg, jeugdgezondheidszorg en langdurige gezondheidsproblemen (waaronder diabetes, oncologie en reuma). Tot slot is het mogelijk na de HBO-V een universitaire opleiding van 24 maanden full-time of 3 jaar part-time te volgen met afstudeerrichtingen in de klinische verpleegkunde, management en onderwijs. Een universitaire opleiding verplegingswetenschap met een studieduur van 4 jaar kan echter ook door mensen met een VWO-diploma worden gedaan.

#### *Menskracht<sup>6</sup>*

Het groeiende belang dat door de overheid gehecht wordt aan de wijkverpleging is terug te vinden in het afnemende aantal inwoners per verpleegkundige in tabel 8.3. Uit de tabel komt naar voren dat de groei met name betrekking had op wijkziekenverzorgenden.

---

<sup>6</sup> Belangrijkste bron: CBS, 1988.

Tabel 8.3: Aantal inwoners per wijkverpleegkundige en per wijkzickenverzorgende 1982-1987

1982	3,219	inwoners per wijkverpleegkundige (full-time equivalenten)
1983	3,156	
1984	3,098	
1985	3,025	
1986	2,951	
1987	2,903	
1982	15,015	inwoners per wijkzickenverzorgende (full-time equivalenten)
1983	13,814	
1984	12,690	
1985	12,210	
1986	11,655	
1987	11,327	

(Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989)

Uit de tabel blijkt voorts dat er ongeveer vier maal zoveel wijkverpleegkundigen (eerste deskundigheidsniveau) zijn als wijkzickenverzorgenden (tweede deskundigheidsniveau).

Naast wijkzickenverzorgenden en wijkverpleegkundigen waren er in 1987 consultatiebureau-artsen (162), diëtisten (188), hoofdwijkverpleegkundigen (527) en verpleegkundig specialisten/districtsverpleegkundigen (241) bij de kruisverenigingen werkzaam.

#### 8.2.4. Patiëntenpopulaties

Volgens de erkenningsnormen zouden er 3450 inwoners per verpleegkundige moeten zijn, één wijkzickenverzorgende per 3 wijkverpleegkundigen en één hoofdwijkverpleegkundige per negen wijkverpleegkundigen (Besluit Erkeningsnormen, 1981). In 1983 werd een doelstelling geformuleerd om in 1990 tot een verhouding van één wijkverpleegkundige per 2500 inwoners te komen, en wederom één wijkzickenverzorgende per drie wijkverpleegkundigen (WVC, 1983). De cijfers in tabel 8.3 laten zien dat deze doelstelling in 1987 nog niet gehaald werd.

Volgens statistieken van de Nationale Kruisvereniging (1986) ontvangt 8,65% van de bevolking gedurende een jaar wijkverpleegkundige zorg.

Tabel 8.4 toont de leeftijdsverdeling van patiënten die curatieve huisbezoeken ontvangen. Meer dan 85% blijkt ouder dan 60 jaar te zijn. Bij huisbezoeken gaat het om volledig zelfstandig wonende mensen of mensen in aanleunwo-

ningen. Daarnaast worden ook preventieve huisbezoeken aan zuigelingen, kleuters en ouderen afgelegd. Verder brengt ongeveer 94% van alle kinderen jonger dan een jaar een bezoek aan de consultatiebureaus. Bij kinderen tussen 1 en 4 is dat 83% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1985).

Tabel 8.4: Leeftijdsverdeling van patiënten die huisbezoeken ontvangen.

jonger dan 5	0.3%
5 - 19	0.8%
20 - 59	12.4%
60 - 79	45.4%
ouder dan 80	41.1%

(Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990)

In 68% van de gevallen is een of andere ziekte de reden van het huisbezoek. Om welke ziekten het daarbij gaat staat aangegeven in tabel 8.5.

Tabel 8.5: Achterliggende ziekte(n) van patiënten die huisbezoek ontvangen (n=3315)

achterliggende ziekten	percentage
aandoeningen bewegingsapparaat/lich.handicap	27.1%
hart-en vaatziekten	17.2%
diabetes	14.9%
geen achterliggende ziekte	13.5%
kanker	12.6%
neurologische aandoeningen	12.2%
hersenvloeding, herseninfarct	9.6%
dementie (incl. Alzheimer)	6.6%
CARA	6.1%
overige	18.6%

(Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990)

De wijkverpleegkundigen werken in het algemeen generalistisch en hebben zorg voor patiënten van alle leeftijdscategorieën. Velen vragen zich af of deze situatie gehandhaafd dient te blijven. Volgens Kerkstra (1991) heeft de groeiende werkdruk en de toenemende complexiteit van zorg een negatief effect op de haalbaarheid van de generalistische manier van werken.

In het algemeen houden wijkziekenverzorgenden zich niet bezig met de jeugdgezondheidszorg.

### 8.2.5. Type zorg

De moeder- en kindzorg vindt hoofdzakelijk plaats in consultatiebureaus en in de meeste gevallen is daarbij een huisarts of consultatiebureau-arts aanwezig. Ouderenzorg vindt met name gedurende huisbezoeken plaats. De percentages van de totale werktijd die aan bepaalde activiteiten worden besteed zijn te vinden in tabel 8.6.

Tabel 8.6: Procentuele verdeling van de tijd besteed aan verschillende activiteiten door verpleegkundigen (N=108) en ziekenverzorgenden (N=49).

	wijkverpleegkundigen	wijkziekenverzorgenden
intakegesprek	1.4	0.6
curatieve huisbezoeken	33.6	49.6
preventieve huisbezoeken	6.0	1.1
consultatiebureau	10.6	2.5
spreekuur	5.4	4.5
overleg	18.0	18.8
overige (w.o. administratie)	15.7	13.2

(Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990)

Uit de tabel blijkt dat wijkziekenverzorgenden zich in vergelijking met de wijkverpleegkundigen meer bezig houden met huisbezoeken en minder met administratieve bezigheden. Voorts blijkt dat werkzaamheden tijdens de zuigelingen- en kleuterbureaus vooral door wijkverpleegkundigen worden gedaan. Soms worden ze daarbij (bijvoorbeeld bij het wegen en meten) geassisteerd door wijkziekenverzorgenden.

Tabel 8.7 toont de verdeling van activiteiten tijdens curatieve huisbezoeken door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Er blijkt tussen deze twee een significant verschil te zijn op het gebied van de hygiënische zorg en op het gebied van de ondersteuning bij psychosociale problemen en bij het observeren van nieuwe symptomen. De taakverdeling tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden staat echter momenteel ter discussie.

Tabel 8.7: Procentuele verdeling van huisbezoeken naar type zorgen, naar zorgverlener.

	verpleegkundigen	ziekenverzorgenden
lichamelijke hygiënische zorg	58,7	67,8
verpleegtechnische handelingen	67,9	70,4
huishoudelijke activiteiten	24,4	29,5
voorlichting geven	36,9	35,7
ondersteuning bij therapie	28,1	24,5
ondersteuning bij psychosociale problemen	34,7	25,5
ondersteuning mantelzorg	30,1	28,9
observatie	20,0	15,3
sociale en administratieve activiteiten	65,9	66,3
totale percentage	366,7	364,0
totaal aantal huisbezoeken	5689	3512

(Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990)

Tabel 8.8 geeft de motieven voor huisbezoeken. In de meeste gevallen blijkt een achterliggende ziekte of aandoening van de patiënt de reden voor een huisbezoek te zijn (zie ook tabel 8.5).

Tabel 8.8: Motieven voor huisbezoek (N=3315).

motief*	percentage
terminale zorg	3.2
nazorg	5.7
voorlichting	4.8
controle	10.3
psychosociale ondersteuning	6.8
achterliggende ziekte	67.6
(alleen) zorgactiviteiten	27.5
andere redenen	6.6

\* 28% van de huisbezoeken had meer dan één redenen.

(Bron: Kerkstra en Vorst-Thijssen, 1991)

### 8.2.6. De intake-procedure

Door Vorst-Thijssen e.a. (1990) is informatie verzameld over de aanmelding van patiënten bij de wijkverpleging (tabel 8.9).

Tabel 8.9: Aanmeldingen van patiënten door

patiënt zelf/familie	47%
huisarts	17%
gezinsverzorging	2%
ziekenhuis of verpleeghuis	34%
overige	7%

(Bron: Vorst-Thijssen e.a., 1990)

De meeste patiënten blijken zichzelf aan te melden of hun nabije omgeving doet dat.

De zorgbehoefte wordt vastgesteld door wijkverpleegkundigen. In sommige kruisorganisaties wordt hierbij gebruik gemaakt van gestandaardiseerde formulieren. Het besluit wie de zorg gaat verlenen wordt genomen door dezelfde verpleegkundigen in samenspraak met de hoofdwijkverpleegkundige. De meer complexe gevallen, dat wil zeggen waarbij sprake is van een cumulatie van verpleegproblemen, worden doorgaans toegewezen aan wijkverpleegkundigen en gevallen waarbij geen complexe verpleegtechnische zorg hoeft te worden gegeven aan wijkziekenverzorgenden. Zoals we echter al in paragraaf 8.2.6 zagen is het verschil in zorgverlening tijdens huisbezoeken tussen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden niet erg groot. Verpleegkundigen en ziekenverzorgenden zijn verantwoordelijk voor hun eigen handelingen, maar voor het totale verpleegkundig proces is de wijkverpleegkundige de eindverantwoordelijke.

De verleende zorg wordt regelmatig geëvalueerd, maar de frequentie en manier waarop verschilt per basiseenheid.

### **8.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen**

Drie tot vier keer per maand vindt bespreking met de huisarts plaats. In de meeste gevallen gaat het hierbij om individuele gevallen en vindt het overleg op ad-hoc basis plaats. Het aantal huisartsen waar een verpleegkundige mee te maken heeft kan variëren van één in landelijke gebieden, tot zeventig in stedelijke gebieden (De Bakker, 1988). Wat de samenwerking binnen de thuiszorg met de huisarts betreft, is in 1990 door de toenmalige Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging een Model Raamovereenkomst Medisch Handelen uitgebracht dat een kader aangeeft voor het door verpleegkundig beroepsbeoefenaars verrichten van medische handelingen in de thuissituatie (Nationale Kruisvereniging / Landelijke Huisartsen

Vereniging, 1990). Uiteindelijk zullen de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van verpleegkundigen worden vastgelegd in de wet BIG.

Contacten met de gezinsverzorging komen minder vaak voor: 2 tot 3 keer per maand (Vorst-Thijssen e.a., 1990). Ook deze contacten vinden in de meeste gevallen plaats op ad-hoc basis, hoewel er veel voorbeelden zijn waarin een aantal wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgenden met een aantal gezinsverzorgenden regelmatig bijeenkomen om een aantal patiënten te bespreken aan wie zij beiden zorg verlenen. In de nabije toekomst zullen gezinsverzorging en wijkverpleging ook op het lokale niveau integreren. In sommige kruisorganisaties is de intake voor gezinsverzorging en wijkverpleging reeds met elkaar gecombineerd. De taakverdeling tussen wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden is in veel gevallen echter een moeilijke aangelegenheid.

Er zijn enige ziekenhuizen of kruisorganisaties waar liaison verpleegkundigen of continuïteitsverpleegkundigen zijn aangesteld die verantwoordelijk zijn voor het onderhouden van de betrekkingen tussen ziekenhuis en wijkverpleging en die de continuïteit van zorg dienen veilig te stellen (Kersten en Hackenitz, 1991). Deze liaison- of continuïteitsverpleegkundigen blijken inderdaad een positief effect te hebben op de continuïteit van zorg.

#### **8.2.8. Problemen**

##### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

Ervaringen uit het veld leren dat vaak de tijd ontbreekt voor psychosociale activiteiten.

##### *Arbeidsmarkt*

In het rapport-Werner (Commissie Werner, 1991b) wordt een tekort aan verplegend personeel voorspeld van 20% in het jaar 2000. Als oorzaken hiervan worden aangedragen:

- een hoge werkdruk
- uitval in de opleiding
- toenemend aantal part-timers
- ontbreken van functiedifferentiatie, waar door soms ook huishoudelijke taken door verpleegkundig personeel dienen te worden vervuld.
- hoog ziekteverzuim
- weinig carrièreperspectief.

### *Horizontale functiedifferentiatie*

Door de groeiende werkdruk en de toenemende complexiteit van zorg komt de haalbaarheid van de generalistische benadering in het gedrang. In het onderzoek van Vorst-Thijssen e.a. (1990) bleek 46% van de verpleegkundigen voorstander te zijn van differentiatie van taken (zie ook Buijssen en Burgers, 1990; en Ropping, 1989). Naar aanleiding van bovenstaande ontwikkelingen wordt bekeken of en zo ja welke manieren van differentiatie of specialisatie kunnen worden gekozen.

### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinsverzorging*

De gezinsverzorging en wijkverpleging gaan ook op het niveau van de regionale kruisverenigingen integreren. Naar aanleiding hiervan wordt een efficiënter gebruik van de zorgcapaciteit verwacht. Voorwaarde hiervoor is wel dat er in de nabije toekomst duidelijker afspraken dienen te komen over de taakverdeling tussen met name wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden. Hetzelfde geldt overigens wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen. Tevens rijst de vraag hoe en door wie de zorgbehoefte van nieuwe patiënten dient te worden vastgesteld: door de wijkverpleegkundige, de leidinggevende binnen de gezinsverzorging of door een onafhankelijke intake-functionaris.

### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

De toenemende mogelijkheden voor technisch geavanceerde thuiszorg doen de vraag rijzen in hoeverre de wijkverpleegkundige bevoegd is deze mogelijkheden te baat te nemen. De taakverdeling dient duidelijker te worden omschreven. Hetzelfde geldt voor de bevoegdheid met betrekking tot prescriptie. Het gebeurt in de praktijk vaak dat een prescriptie van een huisarts pas achteraf verkregen wordt.

Voorstellen met betrekking tot dit onderwerp worden gedaan in de nota Medisch Handelen van de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging (1990).

### *Samenwerking met ziekenhuis*

De communicatie tussen ziekenhuis en wijkverpleging kan in veel gevallen beter. Wiegers en Kersten (1990) signaleren met name problemen bij de voorbereiding op ontslag en aansluiting in de tijd tussen ziekenhuiszorg en thuisverpleging.

### *Financiering*

Met betrekking tot de financiering dient te worden nagegaan hoe de eigen bijdrage-regeling van de nieuwe thuiszorgorganisaties er uit moet komen te zien. Indien het voorgenomen ziektekostenstelsel van kracht wordt, is het niet meer vanzelfsprekend dat de thuiszorgorganisaties een contract met de ziek-



tekostenverzekeraars kunnen afsluiten. Zij moeten dan gaan concurreren met bijvoorbeeld particuliere organisaties voor thuiszorg.

## Literatuur

- ADRIAANSEN, M., B. VAN DER LAAN. Extramurale Gezondheidszorg; Functie en taken van de wijkverpleegkundige. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
- BAKKER, D.H. DE. Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in de eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht: NIVEL 1988.
- BESLUIT ERKENNINGSNORMEN KRUISORGANISATIES 1981. In: Maatschappelijke Gezondheidszorg 9 (1981) 7/8, pp. 52-58.
- BUIJSSEN, H., N. BURGERS. Gedifferentieerd werken biedt voordelen, maar all-round werken blijft ideaal. Maatschappelijk Gezondheidszorg; 16, (1988) 2, pp.12-14.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland. Den Haag: SDU, 1989.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Maandbericht Gezondheidsstatistiek. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989.
- COMMISSIE WERNER (Commissie positiebepaling beroep van verpleegkundige en verzorgende). In hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.
- GLOERICH, A.B.M., R.T.J. HAMERS, J. VAN DER ZEE, P.P. GROENEWEGEN. Regional Variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium and the North of France. Basic information and references. Utrecht: Netherlands institute of primary health care, 1989.
- HINGSTMAN, L. Primary care obstetrics and perinatal health in the Netherlands. Paper submitted to the British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Utrecht: NIVEL, 1991.
- KERKSTRA, A. Community nursing in the Netherlands. In: A. Kerkstra & R. Verheij (eds.). Community Nursing. Proceedings of the International conference on community nursing, 16-17 March 1989, 's-Hertogenbosch, the Netherlands. Utrecht: Netherlands institute of primary health care, 1989.
- KERKSTRA, A. Lessen uit het buitenland. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 19 (1991), nr. 2, pp. 24-28.
- KERKSTRA, A. & T. VORST-THIJSSSEN. Factors related to the use of community nursing services in the Netherlands. Journal of Advanced Nursing 16 (1991) pp. 47-54.
- KERSTEN, T.J.J.M.T. & E. HACKENITZ. How to bridge the gap between hospital and home. Journal of Advanced Nursing 19 (1991) pp. 4-14.
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. Informatiebrochure. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1991.
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage jeugdgezondheidszorg 0 - schoolgaand, Kruiswerk 1987. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989.

- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in Beeld. Bunnik: Nationale Kruisvereniging 1986.
- NATIONALE KRUISVERENIGING EN LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Medisch handelen door verpleegkundige beroepsbeoefenaars in de thuissituatie, deel 1. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1990.
- OECD. Ageing populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- ROPPING, R. Haags Kruiswerk: speciale taken voor de wijkverpleging, maar iedereen wel in de patiëntenzorg. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 17 (1989) 11, pp. 12-14.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 1990.
- VERBEEK, R. Wat doet de districtsverpleegkundige na de reorganisatie. *Maatschappelijke Gezondheidszorg* 19 (1991) 2, pp. 19-22.
- VORST-THIJSSSEN, T. De zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1987.
- VORST-THIJSSSEN, A., A. v.d. BRINK-MUINEN, A. KERKSTRA. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1990.
- WIEGERS, T.A., T.J.J.M.T. KERSTENS. Problemen bij de overdracht van nazorgpatiënten: de continuïteit onderzocht. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 22 (1990) pp. 728-732.
- WVC. Heroverwegingsonderzoek. Van Samenwerken naar Samengaan. Gezinsverzorging en Kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rapport van de heroverwegingswerkgroep. Doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk. 's-Gravenhage: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.
- WVC. Thuiszorg aan bod: beleidsnotitie thuiszorg. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.



## 9. EXTRAMURALE VERPLEGING IN NOORWEGEN

### 9.1. De omgeving

#### 9.1.1. Bevolking<sup>1</sup>

* totale bevolking (1987)	4,2 miljoen
* % ouder dan 65 (1987)	16,2
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	15,2
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	15,1
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	18,2
* % jonger dan 15 (1989)	18,9
* levensverwachting bij geboorte (1988)	73,1 (mannen) 79,6 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1988)	13,7
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup> (1987)	13
* bevolkingsgroepen: er is de laatste tientallen jaren enige immigratie geweest uit de Mediterrane landen.	

#### 9.1.2. Het gezondheidszorgsysteem<sup>2</sup>

##### *Inleiding*

Gezondheidszorg in Noorwegen is de verantwoordelijkheid van de overheid. Op nationaal niveau is het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken verantwoordelijk voor de organisatie en planning van gezondheidszorg. De 19 provincies zijn opgedeeld in 454 gemeenten. De provincies zijn verantwoordelijk voor de planning en organisatie van tweedelijnszorg, de gemeenten voor de eerstelijnszorg (zie ook paragraaf 9.2.2).

##### *Ziektekostenverzekering*

Sinds 1967 (Siem, 1986) heeft Noorwegen een 'Nationale Verzekering' die sociale- zowel als gezondheidszorgvoorzieningen dekt. Gezondheidszorg is een van de belangrijkste aangelegenheden binnen deze verzekering en vormde één derde van de uitgaven van de Nationale Verzekering in 1984. De belangrijkste bronnen van inkomsten voor de verzekering zijn premies van verzekerden (32%) en bijdragen van werkgevers (46%).

---

1 Bronnen: Statistical Yearbook of Norway, 1990; OECD, 1988.

2 Belangrijkste bron: Siem, 1986.

In het algemeen dienen gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen een deel van de kosten zelf dragen. Medicijnen voor chronische ziekten zijn gratis maar voor de andere dient te worden bijbetaald. Er is een plafond aan het totaal bedrag dat aan eigen bijdragen dient te worden betaald en voor de lage inkomens bestaat er vrijstelling.

### *Financiering*

Tabel 9.1: Totale- en overheidsuitgaven gezondheidszorg in percentages van het BNP in Noorwegen

jaar	totale uitgaven % BNP	overheids-uitgaven % BNP
1980	6.6	6.5
1987	7.5	7.4

(Bron: OECD, Health Data File, 1989)

### *Huisartsen*

Er zijn twee soorten huisartsen. Ten eerste zijn er de 'gemeentelijke huisartsen' die door de gemeente worden betaald en die gewoonlijk een praktijk hebben in gezondheidscentra. Ten tweede zijn er de 'particuliere huisartsen' die vrijgevestigd zijn en vanuit hun eigen (solo)praktijk werken. Enkel van dit laatste type hebben een contract met de gemeente. De gemeente betaalt dan naar verrichting. Het eerste type ontvangt een vast salaris. Het komt regelmatig voor dat huisartsen zowel in dienstverband als particulier werken.

### *Institutionele zorg*

Tabel 9.2: Aantal ziekenhuisbedden en personeel per bed

jaar	bedden totaal	bedden per 1000
1980	29400	7.2
1981	28900	7.0
1982	27700	6.7
1983	26600	6.4
1984	25700	6.2
1985	25200	6.1
1986	25000	6.0
1987	24422	5.8

(Bron: Yearbook of Nordic Statistics, 1989)

## 9.2. Extramurale verpleging

Binnen de extramurale verpleging kunnen in Noorwegen twee soorten verpleegkundigen worden onderscheiden: de 'hjemmesykepleier', die zich voornamelijk richt op de curatieve zorg, en de 'helsesøster' die zich met name richt op de curatieve zorg. Daarnaast is er nog de 'bedriftssykepleier', werkzaam in de bedrijfsgezondheidsdienst. De volgende beschrijving heeft betrekking op de hjemmesykepleier en de helsesøster.

### 9.2.1. Geschiedenis

De extramurale verpleging in Noorwegen begon in het begin van de 19e eeuw. Zorgverlening aan thuiswonende arme mensen was het doel. Na de Tweede Wereldoorlog werd besloten dat gezondheidszorg de verantwoordelijkheid van de gemeenschap was en voor iedereen gelijkelijk beschikbaar. Stap voor stap ontwikkelde zich een Nationale Verzekering die vergelijkbaar is met de National Health Service in Engeland. In het midden van de jaren zestig bereikte de Nationale Verzekering het laatste stadium, waarin alle soorten medische en sociale zorg gedekt waren.

Tot aan 1984 was er echter geen eenheid in de organisatie van eerstelijnszorg. De helsesøsters waren bijvoorbeeld aangesteld door de provincies, terwijl de gemeenten de kosten voor gebouwen en andere uitrusting voor hun rekening namen. De hjemmesykepleier-diensten werden bestuurd door de gemeenten, terwijl de het Nationaal Verzekeringsinstituut de kosten droeg (Elstad, 1990).

Met de introductie van de Gemeentelijke Gezondheidswet in 1984 werd zowel de financiering als de organisatie van de hjemmesykepleier-diensten en de helsesøster-diensten een gemeentelijke taak (Elstad, 1990). Er waren verschillende redenen voor deze omschakeling. Sommigen wilden eerstelijnsgezondheidszorg lokaal georganiseerd zoals in de WHO-targets, om gemeentelijke ongelijkheden in het voorzieningenniveau terug te brengen. Anderen waren van mening dat op deze manier zowel de ouderenzorg als de preventieve zorg zou worden bevorderd. Weer anderen geloofden dat een grotere participatie vanuit de bevolking het gevolg zou zijn. In 1988 werd ook de financiering en organisatie van verpleeghuizen een gemeentelijke taak.

### 9.2.2. Organisatie en financiering

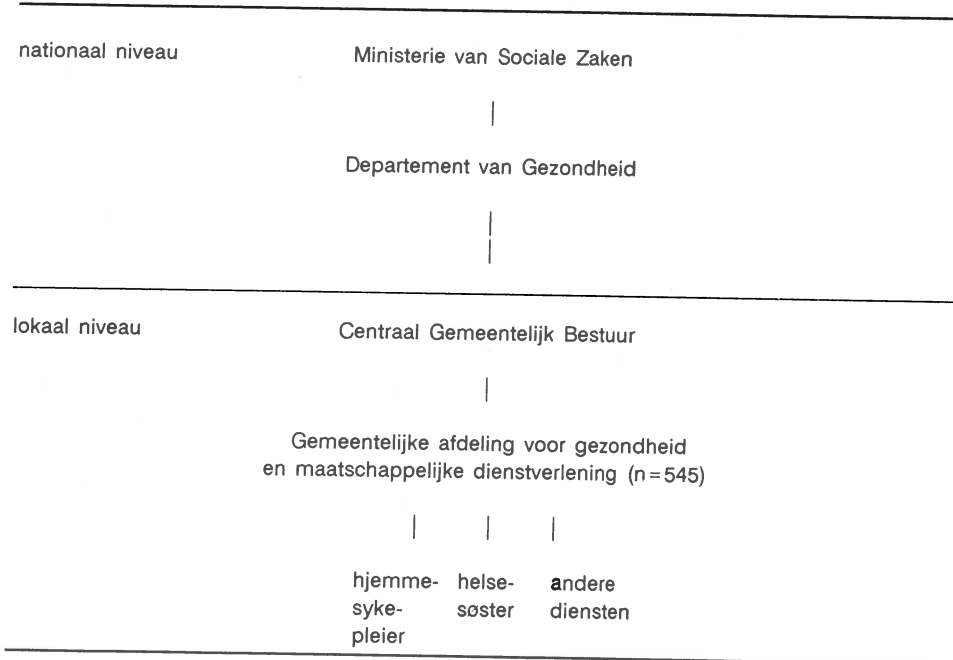
Figuur 9.1 toont de belangrijkste deelnemers in de organisatie van de extramurale verpleging. Veel invloed is toegekend aan het gemeentelijke niveau. De gemeenten zijn vrij hun eigen wijze van bestuur in te richten, vrij om het personeelsaantal vast te stellen en vrij om extra voorzieningen te treffen naast het verplichte dienstenpakket (Elstad, 1990). De gemeenten ontvangen

een bedrag van de centrale overheid dat afhankelijk is van de omvang van de gemeente, geografische kenmerken van het gebied, het aantal ouderen en zo meer. Van dit bedrag, aangevuld met gemeentelijke inkomsten dient de gemeente in alle diensten te voorzien. Sinds 1986 zijn de gemeenten tevens vrij om zelf te bepalen welk percentage van het bedrag besteed wordt aan de gezondheidszorg.

Het regionale niveau speelt in de organisatie van de eerstelijns een zeer kleine rol. Het is echter niet ongebruikelijk dat kleine gemeenten samenwerken. De enige taak van het regionale (provinciale) niveau is supervisie: 'the nursing services of the county should be under the supervision of the chief county medical officer/the chief medical officer in Oslo, who shall insure the enforcement of regulations and guidelines.' (Ministry of Health and Social Affairs, 1984).

De salarissen van verpleegkundigen worden grotendeels bepaald op nationaal niveau, hoewel er tevens sprake lijkt te zijn van enige lokale onderhandelingen.

Figuur 9.1: Belangrijkste deelnemers in de planning van extramurale verpleging



De meeste verpleegkundigen zijn werkzaam in centra waar ook andere diensten zijn ondergebracht. In de meeste gemeenten zijn er nauwe banden tussen het bestuur van de extramurale verpleging en de maatschappelijke



hulpverlening (waaronder gezinsverzorging). In sommige gezondheidscentra werken ook fysiotherapeuten, ergotherapeuten, kinderartsen, psychologen en huisartsen. Sommigen werken op full-time basis voor de gemeente, anderen hebben met de gemeente een part-time contract, en hebben een eigen praktijk in de rest van de tijd.

In 71% van de gemeenten zijn gezinsverzorging en hjemmesykepleier-diensten geïntegreerd, hoewel er voor gezinsverzorging van de patiënt een eigen bijdrage wordt gevraagd en voor hjemmesykepleier-diensten niet (Quivey, 1989). De eigen bijdrage is hierbij afhankelijk van inkomen en kan variëren tussen de 100 en 700 NK per maand (Taverne, 1990).

Grote gemeenten zijn vaak in districten onderverdeeld. Aan ieder district is een (aantal) hjemmesykepleier(n) verbonden. Dit wil echter niet zeggen dat verpleegkundigen van verschillende districten niet samenwerken. De districten variëren in grootte en personeelsaantal. De hjemmesykepleier is verantwoordelijk voor de activiteiten van de hjelpepleier.

De verdeling van de inkomsten over verschillende gemeentelijke diensten en het personeelsbeleid is de uitkomst van een politiek proces op gemeentelijk niveau. In Oslo, waar 10% van de Noorse bevolking woont, zijn pogingen gedaan te komen tot objectieve criteria. In deze criteria werden de leeftijd en omvang van de populatie betrokken, het aantal immigranten en asielzoekers, het percentage één-oudergezinnen, de dichtheid van het sociaal netwerk, het aantal gevallen van incest en kindermishandeling, drugsgebruik, migratiestromen, de noodzaak van preventief werk in de bevolking in het algemeen en de oudere bevolking in het bijzonder (Quivey, 1989). Er werd geprobeerd met deze criteria, in combinatie met de bestaande situatie, te komen tot een herverdeling van personeel.

Naast de bovengenoemde verpleegkundigen (hjemmesykepleier, helsesøster en hjelpepleier) zijn er in de grotere gemeenten verpleegkundig specialisten in ziekenhuizen. Deze houden zich dus niet bezig met thuisverpleging maar kunnen thuisverpleegkundigen wel van specialistische informatie voorzien. In sommige gevallen werken thuisverpleegkundigen en specialistische verpleegkundigen samen in multidisciplinaire teams die met name gericht zijn om 'de wijk' van specialistische kennis te voorzien.

In de meeste grote gemeenten (ongeveer 40% van het totaal) is het gezondheidscentrum 24 uur per dag telefonisch bereikbaar. In zeer kleine gemeenten (4%) is dat van 8.00 tot 17.00 uur en in de rest (57%) van 7.00 tot 22.00 uur.

In de grotere gemeenten is er een avond- nacht- en weekenddienst, in de middelgrote gemeenten alleen een avond- en weekenddienst en in de kleine gemeenten alleen een weekenddienst.

### 9.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht

#### *Opleiding*

De geregistreerde verpleegkundige in Noorwegen heeft een opleiding van drie jaar, waaronder een praktijkgedeelte van vier maanden. Na deze opleiding is het mogelijk te specialiseren in psychiatrie, helsesøster, of verloskundige. De specialisatie duurt een jaar (bron: enquête).

Om hjelpepleier te worden is er een opleiding van één jaar. Om recht te hebben op de titel moet men echter bovendien nog een jaar in de praktijk werkzaam zijn. Er is een mogelijkheid zich te specialiseren in de psychiatrie, verloskunde en geestelijk gehandicapten. Hiervoor is 6 maanden praktijkopleiding extra nodig.

In de opleiding is de laatste jaren meer de nadruk komen te liggen op het werken in de wijk (Quivey, 1989). Studenten dienen 4 tot 6 weken met een hjemmesykepleier stage lopen, en 2 weken met een helsesøster.

#### *Menskracht*

De gemeenten kunnen zelf de personeelssterkte bepalen en het aantal inwoners per verpleegkundige loopt daarom uiteen van gemeente tot gemeente. Nationale gegevens zijn er echter wel en worden in tabel 9.4 getoond.

Tabel 9.4: Aantal inwoners per full-time verpleegkundige in 1983 (absoluut aantal full-time equivalenten tussen haakjes)

extramurale verpleegkundigen:	1225	(3375)
waarvan: verpleegkundigen	5831	(709)
hjemmesykepleier	4724	(875)
hoofdverpleegkundige	8872	(466)
helsesøster	4069	(1016)
anders	13397	(309)
hjelpepleier (extramuraal)	2804	(1474)
waarvan: in preventieve diensten		(74)
in huisartsenpraktijk		(194)
anders (waaronder gezondheidscentrum)	3519	(1175)

(Bron: Statistisk Sentralbyrå, 1983)

Er blijkt slechts 0,44 helpende te zijn voor iedere verpleegkundige in de extramurale gezondheidszorg. De meeste helpende werken in verzorgings- of verpleeghuizen. Deze staan echter niet in de tabel vermeld.

#### 9.2.4. Patiëntenpopulaties

##### *Hjemmesykepleier*

Tabel 9.5 toont een aantal kenmerken van patiënten die door hjemmesykepleier worden verzorgd. Opvallend is dat het voor de verpleegkundige soms mogelijk is de patiënt van huis naar het ziekenhuis te verwijzen als er bijvoorbeeld door vakantie onvoldoende thuisverpleging beschikbaar is. In die gevallen neemt het ziekenhuis een deel van de zorg over.

Tabel 9.5: Kenmerken van patiënten in zorg bij de hjemmesykepleier

woonplaats	percentage van de bevolking in zorg bij de hjemmesykepleier naar leeftijd.		categorie
- thuis	0-16	0.1	- geestelijke gehandicapt
- verpleeghuizen	16-66	0.9	- lich. gehandicapt
- verzorgingstehuizen	67-79	10.0	- psychische problemen
- ziekenhuizen (zelden)	80-	28.8	- terminale patiënten
	totaal:	2.7	- chronische patiënten
			- nazorg
	(Central Bureau of Statistics of Norway 1990; Kommunehelsetjenesten Årsstatistik 1989)		

De meeste patiënten zijn ouder dan 65. Ongeveer 28% van de bevolking boven de 80 is in zorg bij de thuisverpleging. De bevolking ouder dan 67 jaar was verantwoordelijk voor 77% van alle huisbezoeken in 1989 (Central Bureau of Statistics of Norway, 1990). Volgens Hoverstad (e.a., 1986) is 83% van de patiënten in Oslo ouder dan 67 jaar en vindt 79% van de huisbezoeken bij deze leeftijdscategorie plaats.

Opvallend is voorts dat slechts 2.7% van de totale bevolking in zorg is geweest gedurende een jaar. Romøren (1989) vermeldt een nog lager percentage: 2%.

##### *Helsesøster*

De helsesøster houdt zich met name bezig met zwangeren, moeder- en kindzorg en soms ook met geestelijk of lichamelijk gehandicapten en chronisch

zieken. Het gaat hierbij echter steeds om preventieve taken. In veel gevallen worden deze taken gecombineerd met schoolverpleging (Paulsen, 1990). Ongeveer 24% van alle moeders heeft contact met de helsesøster tijdens de zwangerschap. Ongeveer 78% van alle zuigelingen wordt bezocht in de eerste vier weken na de bevalling (88% voor de achtste week), en tussen de 92 en 95% van alle kinderen wordt in het eerste jaar ingeënt (Central Bureau of Statistics of Norway, 1989). Ouderen vormen slechts een gering percentage van het totaal aantal patiënten van de helsesøster (12,4% is ouder dan 70) (Paulsen, 1990).

### 9.2.5. Type zorg

#### *Hjemmesykepleier*

Door hjemmesykepleier worden de soorten zorg verleend die vermeld staan in tabel 9.6. Als hjemmesykepleier zijn slechts weinig gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam. Zoals gezegd wordt echter geregeld kennis overgedragen van het ziekenhuis naar de gemeenschap.

Tabel 9.6: Soorten zorg verleend door hjemmesykepleier in Noorwegen

- 
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (advies over gezinsplanning, sex, AIDS)
  - hygiënische zorg
  - eenvoudige verpleegtechnische handelingen
  - meer gecompliceerde verpleegtechnische handelingen
  - informatie over medicatie, voeding
  - psychosociale activiteiten
  - stimuleren mantelzorg
  - intake
- 

Het tweede deskundigheidsniveau, de hjelpepleier, houdt zich met name bezig met de hygiënische zorg, eenvoudige verpleeghandelingen, psychosociale activiteiten en het stimuleren van mantelzorg.

Volgens schattingen in de enquêtes wordt het grootste deel van de tijd besteed aan huisbezoeken (60-80%), gevolgd door spreekuur (2-20%) en administratieve werkzaamheden (5-25%). De tijd besteed aan preventieve activiteiten was niet aan te geven omdat die meestal met andere dingen gecombineerd worden. Preventieve huisbezoeken aan ouderen komen slechts in enkele gemeenten voor, en dan nog alleen bij mensen die op dat moment gepensioneerd worden, met het doel ze op de hoogte te brengen van de diensten van de hjemmesykepleier. In 88% van alle huisbezoeken ging het met name om verpleegtechnische activiteiten en bij 12% vooral om observatie (Central Statistical Bureau of Norway, 1990).

Hoofdverpleegkundigen doen soms ook huisbezoeken (5-10% van totale arbeidstijd) en spreekuur (5-15%), maar de meeste tijd besteed zij aan administratieve werkzaamheden (50-80%).

Een studie die werd uitgevoerd in Oslo (Hoverstad e.a., 1986) liet de volgende verdeling over een aantal activiteiten zien (tabel 9.7).

Tabel 9.7: Percentage van totale arbeidstijd dat besteed wordt aan een aantal activiteiten door hjemmesykepleier

verdeling indirecte zorg (51% van totale tijd):		verdeling van directe zorg (49% van totale werktijd):	
bureau werk	25%	intake huisbezoek	2%
vergaderingen	25%	hygiënische zorg	42%
opleiding	4%	voeding	8%
reizen	30%	medicatie	8%
diversen	14%	verpleegtechnisch	15%
anders	2%	observatie	6%
		psychische zorg	15%
		assisteren	2%
		anders	2%
	100%		
			100%

(Bron: Hoverstad et al, 1986)

Uit de tabel blijkt dat er een gelijk deel van de totale werktijd besteed wordt aan directe en aan indirecte zorg, en dat binnen de directe zorg het grootste deel van de tijd besteed wordt aan lichamelijke, hygiënische zorg, aan verpleegtechnische handelingen en aan geestelijke zorg.

#### *Hjelpepleier*

De hjelpepleier besteden het grootste deel van hun tijd aan huisbezoeken, meer dan de hjemmesykepleier (55-80%). Voorts besteden zij minder tijd aan administratieve werkzaamheden.

#### *Helsesøster*

De helsesøster houden zich bezig met de activiteiten opgesomd in tabel 9.8.

Tabel 9.8: Activiteiten van helsesøster

- 
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
  - identificeren risicogroepen
  - informatie over medicatie en voeding
  - psychosociale activiteiten
  - stimuleren mantelzorg
  - intake
- 

In veel gevallen besteden helsesøster zowel tijd aan schoolverpleging als aan het werk vanuit de gezondheidscentra. In tabel 9.9 wordt de totale tijd die in/vanuit gezondheidscentra wordt besteed uitgesplitst naar een aantal activiteiten. Het blijkt dat slechts 11% van de tijd wordt besteed aan huisbezoeken. Deze huisbezoeken worden alleen gedaan bij zuigelingen.

Tabel 9.9: Percentage van de totale tijd in gezondheidscentra per activiteit (N=68) voor helsesøster

---

consultatie bureau	37%
administratie	37%
huisbezoeken	11%
telefonisch contact	7%
anders	8%
<b>totaal</b>	<b>100</b>

---

(Bron: Paulsen, 1990)

### *Algemeen*

Er is geen wettelijk maximum aan de hoeveelheid zorg die een patiënt mag ontvangen. Niet bij de hjemmesykepleier en niet bij helsesøster. Het maximum is alleen afhankelijk van de behoefte van de patiënt en de beschikbaarheid van de verpleegkundige.

#### **9.2.6. De intake-procedure**

##### *Hjemmesykepleier*

Volgens de 'Community Health Statistics' (Central Statistical Bureau of Norway, 1990) wordt 70% van alle contacten door de patiënt zelf of familie vrienden of kennissen geïnitieerd. In ongeveer 30% van de gevallen betreft het een verwijzing door ziekenhuizen, verpleeghuizen of andere instellingen. Geen van de patiënten wordt verwezen door de gezinsverzorging, aangezien deze in de meeste gevallen geïntegreerd is met de hjemmesykepleier-dienst.

Intake-huisbezoeken worden alleen gedaan door de hjemmesykepleier of de hoofdverpleegkundige. Waar wijkverpleging en gezinsverzorging zijn geïntegreerd vindt het intake-gesprek gecombineerd voor hjemmesykepleier en gezinsverzorging plaats. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van een formulier waarop aan te geven is wat de patiënt voor hulp nodig heeft bij een aantal activiteiten zoals aankleden, wassen, koken. Daarnaast kan de fysieke en psychische toestand van de patiënt worden aangegeven met behulp van items als 'is vergeetachtig', 'heeft behoefte aan sociaal contact', 'krijgt hulp van anderen', enzovoorts. Tevens kan op de formulieren een schatting worden aangegeven van hoeveel tijd er aan de patiënt per item dient te worden gegeven, en tenslotte kan ook de eventuele vooruitgang van de patiënt worden aangegeven.

De hjemmesykepleier of hoofdverpleegkundige beslist of er een hjelpepleier of een hjemmesykepleier wordt ingeschakeld. De verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor hun eigen handelingen.

#### *Helsesøster*

Volgens Paulsen (1990) wordt ongeveer 70% van alle consultaties door de helsesøster zelf geïnitieerd, en ongeveer 30% door de patiënt. In de meeste gevallen werkt de helsesøster alleen, zonder dat er een huisarts bij de consultatiebureauzittingen aanwezig is. Ieder kind wordt ingeënt en regelmatig gescreend.

#### **9.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen**

Over betrekkingen met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuis is alleen iets bekend als het gaat om de hjemmesykepleier.

De extramurale verpleging, de gezinsverzorging en de huisartsen maken in de meeste gemeenten deel uit van dezelfde organisatie. Er is dan ook veel samenwerking tussen de drie beroepsgroepen. Daarnaast is er samenwerking met ziekenhuizen, psychiatrische diensten en verpleeghuizen. In Nord Odal, een plaats met 5500 inwoners wordt door de hjemmesykepleier wekelijks vergaderd met artsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en gezinsverzorging (Taverne, 1990). In deze gemeente wordt de zorg gecoördineerd door een speciaal daarvoor aangesteld 'hoofd thuiszorg'. De gemeente Nord Odal is echter niet representatief voor Noorwegen als geheel aangezien ze deelneemt aan een serie experimenten (Bølstad en Melbye, 1990).

Huisartsen en hjemmesykepleier hebben frequent persoonlijk contact en vergaderingen om individuele patiënten en verwijzingen te bespreken. Het aantal huisartsen waar een verpleegkundige mee te maken heeft varieert van gemeente tot gemeente. Het kan zijn dat de verpleegkundige met alle huisart-

sen in de gemeente te maken heeft, maar het kunnen er ook een paar daarvan zijn. In het algemeen vindt contact met een gemeentelijke huisarts vaker plaats dan met een particuliere huisarts (zie paragraaf 1.1.2.).

Waarschijnlijk komen contacten met de gezinsverzorging vaker voor dan met de huisarts, aangezien de gezinsverzorging in 71% van de gemeenten geïntegreerd is in de hjemmesykepleier-dienst. Er werden geen problemen gemeld met betrekking tot de taakverdeling tussen de beide disciplines.

De meeste verpleeghuizen hebben zogenaamde liaison verpleegkundigen. In de meeste ziekenhuizen is dit niet het geval. In sommige ziekenhuizen wordt dit echter wel besproken en heel soms worden er al liaison verpleegkundigen aangesteld.

### **9.2.8. Problemen**

#### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

Er blijkt volgens deskundigen in Noorwegen een behoefte te zijn aan meer van de volgende activiteiten:

- psychosociale activiteiten,
- stimuleren van mantelzorg, voornamelijk bij ouderen,
- gezinszorg bij moeders met zuigelingen en bij ouderen,
- preventieve activiteiten bij met name ouderen.

#### *Arbeidsmarkt*

Er blijkt, met name in verpleeghuizen, een tekort aan verpleegkundig personeel van 10% te zijn. Volgens Bunch (1988) is dit voor een groot deel te wijten aan het feit dat veel verpleegkundigen slechts part-time werken. Bunch schat dat in het jaar 2006 er een tekort van 49% zal zijn. Quivey (1989) voert een deel van het tekort terug op het feit dat leerling verpleegkundigen tijdens hun opleiding slechts weinig tijd in 'de wijk' doorbrengen. Volgens sommigen is er ook te weinig geld om het noodzakelijke aantal verpleegkundigen aan te trekken. Een van de respondenten gaf daar uitdrukking aan door te zeggen: 'eerst geven ze (de centrale overheid) ons (de lokale overheid) de volle verantwoordelijkheid, en vervolgens geven ze ons te weinig geld die verantwoordelijkheid waar te maken'.

Aan de andere kant meldt Quivey dat 'geld de afgelopen tien jaar voor de extramurale verpleging geen probleem is geweest. Het politieke klimaat was ernaar deze diensten hoge prioriteit te geven. Als er nu nog problemen zijn, dan hebben die te maken met de recrutering'.

Er is nauwelijks sprake van een wachtlijstproblematiek. Een onderzoeksproject in Oslo liet zien dat de wachttijden uiteenlopen van 0 tot 10 dagen.



Volgens een der respondenten is het ontbreken van een problematiek op dit gebied voor een groot deel te danken aan de strenge toelatingseisen voor de wachtlijst. Met andere woorden, de nood moet hoog zijn, wil men op de wachtlijst komen.

#### *Horizontale functiedifferentiatie*

Er werden geen problemen gerapporteerd over de taakafbakening tussen helsesøster en hjemmesykepleier.

#### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinszorg*

Er werden geen problemen gerapporteerd over de taakverdeling tussen hjelpepleier en hjemmesykepleier.

In veel gevallen maakt de gezinsverzorging en de extramurale verpleging deel uit van dezelfde organisatie. Hierover werden geen problemen gerapporteerd.

#### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

De wijkverpleging en de huisarts maken deel uit van dezelfde organisatie. Er werden geen problemen gerapporteerd over de taakverdeling.

#### *Samenwerking met ziekenhuis*

Hoewel verpleeghuizen in veel gevallen liaison verpleegkundigen hebben, is dit in de meeste ziekenhuizen niet het geval. In sommige ziekenhuizen wordt echter invoering hiervan overwogen.

#### *Financiering*

Volgens sommige deskundigen wordt te weinig geld beschikbaar gesteld voor de extramurale verpleging. Quivey (1989) stelt echter dat financiering de afgelopen tien jaar geen probleem geweest is.

#### *Overige problemen*

Quivey (1989) vergelijkt de toestand van de extramurale verpleging in Noorwegen met de Vienna Declaration van de Wereldgezondheidsorganisatie en onderscheidt 3 potentieel problematische gebieden:

- er moet meer aandacht besteed worden aan de extramurale verpleging tijdens de opleiding
- er moet meer onderzoek op het gebied van de extramurale verpleging plaats vinden, vooral op klinisch gebied
- er moet meer participatie uit de bevolking komen, om er voor te zorgen dat die diensten worden ontwikkeld die de bevolking wil.

## Literatuur

- BØLSTAD, J., B. MELBYE. Sosialdepartementets omsorgsserie 1/90; Omsorgstjenester i utvikling; Program og prosjekter. Oslo: Sosialdepartementet, 1990.
- BUNCH, E.H. Manpower Study; are they helpful and what can they tell us? Paper presented at WENR, June 26-29, 1988.
- CENTRAL BUREAU OF STATISTICS OF NORWAY. Rapport 90/18. Kommunehelsetjenesten for 1989. Oslo-Kongsvinger: 1990.
- ELSTAD, J.I. Health services and decentralized government: the case of primary health services in Norway. *International Journal of Health Services* 20 (1990) 4, pp. 545-559.
- HOVERSTAD, L., A. JOHANSEN, M. QUIVEY. Analyse av virksomhet i hjemmesykepleien. Oslo: Oslo Helseråd, rapport nr 3, 1986.
- MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS. Regulations concerning statutory nursing in the municipal health service. Oslo: 1983.
- PAULSEN, B. Snakk med de på helsestasjonen; en analyse av bruk av helsesøster-tjenesten. Oslo: Norsk institutt for sykehusforskning, NIS-RAPPORT (1990) 3.
- QUIVEY, M. Community nursing in Norway, In: A. Kerkstra, R. Verheij, Community nursing; proceedings of the international conference on community nursing 16-17 March 1989, Utrecht: NIVEL, 1989.
- ROMØREN, T.I. Kommunehelsetjenestens fem første år. Oslo: Sosialdepartementet Helseavdelingen, Rapport nr. 12, 1989.
- SIEM, H. Choices for Health; an introduction to the health services in Norway. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ. Statistics on health personnel 1983. Oslo-Kongsvingen: 1984.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ. Statistical yearbook 1990. Oslo-Kongsvingen: 1990.
- TAVERNE, M. Thuiszorg werkt in Noorwegen. *Fysiovisie*, mei 1990.

## 10. EXTRAMURALE VERPLEGING IN DE VERENIGDE STATEN

### 10.1. De omgeving

#### 10.1.1. Bevolking<sup>1</sup>

* totale bevolking (1987)	243,8 miljoen
* % ouder dan 65 (1987)	12,3
* % ouder dan 65 (2000, geprojecteerd)	12,2
* % ouder dan 65 (2010, geprojecteerd)	12,8
* % ouder dan 65 (2020, geprojecteerd)	16,5
* % jonger dan 15 (1987)	21,5
* levensverwachting bij geboorte (1985)	71,2 (mannen) 79,0 (vrouwen)
* levendgeborenen per 1000 inw. (1988)	15,9
* bevolkingsdichtheid per km <sup>2</sup> (1987)	26
* bevolkingsgroepen: veel relatief grote minderheidsgroeperingen. Naast de Europese immigranten die kwamen in de 19e en 20e eeuw zijn er veel immigranten uit midden- en zuid Amerika.	

#### 10.1.2. Het gezondheidszorgsysteem<sup>2</sup>

De Verenigde Staten vormen een federale staat, waarbij een aanzienlijk deel van de beslissingsmacht ligt bij de staten, provincies en gemeenten. De algemene laissez-faire politiek heeft geresulteerd in een zeer pluralistisch systeem van gezondheidszorg.

Op federaal niveau zowel als op het niveau van staten zijn er departments of health and human services die verantwoordelijk zijn voor het stellen van de wettelijke regels waarbinnen het systeem van gezondheidszorg dient te functioneren (Roemer, 1986). Naast deze departementen is er een grote variëteit aan andere overheidsinstellingen, en particuliere for-profit en non-profit organisaties actief.

#### *Ziektekostenverzekering*

Er zijn twee verzekeringsprogramma's van de overheid: Medicare en Medicaid.

Medicare is een federaal programma dat zich richt op de oudere bevolking. Medicaid wordt door de staten en de federale overheid gezamenlijk gefinan-

---

<sup>1</sup> Bronnen: Statistical Yearbook of Norway, 1990; OECD, 1988.

<sup>2</sup> Belangrijkste bron: Roemer, 1986.

cierd (zie ook paragraaf 10.2.2.). Naast deze twee programma's is er een grote keuze aan particuliere verzekeringen. Ten eerste dienen hierbij de commerciële instellingen genoemd te worden. Ten tweede zijn daar de Blue Cross- en Blue Shield verzekeringen en ten derde de zogenaamde prepaid health plans, beide non-profit.

Ongeveer 12% van de bevolking valt onder geen enkele verzekering (Roemer, 1986). Recentere data van het department of health and human services geven een percentage van 13,1 (bron: enquête).

### *Financiering*

Tabel 10.1: Totale- en overheidsuitgaven aan gezondheidszorg in de Verenigde Staten

jaar	totaal uitgaven % BNP	overheids- uitgaven % BNP	uitgaven in US \$ per hoofd
1980	9.23	3.91	1089
1981	9.54	4.03	1247
1982	10.37	4.33	1392
1983	10.65	4.40	1521
1984	10.44	4.29	1639
1985	10.56	4.41	1751
1986	10.87	4.51	1886
1987	11.19	4.63	2051

(Bron: Program ECO-SANTE, BASYS/CREDES)

### *Ambulante medische zorg*

Huisartsen zoals we die in Europa kennen komen in de VS minder voor. De meeste artsen zijn specialisten, van wie velen vanuit een eigen praktijk werken. Huisartsen hebben geen poortwachterfunctie, behalve in sommige prepaid health plans, zoals health maintenance organisations, of preferred provider organisations. In deze plans wordt meer en meer de nadruk gelegd op de eerstelijnsvoorzieningen.

In de meeste gevallen hoeft een patiënt zich niet in te laten schrijven bij een bepaalde arts. Zij kunnen zelf de arts van hun keuze bepalen. Indien de patiënt echter deelneemt in een prepaid health plan is de keuze beperkt.

### *Institutionele zorg*

Er zijn zowel ziekenhuizen van de overheid als particuliere ziekenhuizen. De gemiddelde verblijfsduur in een algemeen ziekenhuis was in 1980 13,3 dagen (OECD, 1987).

Tabel 10.2: Aantal ziekenhuisbedden en personeel per bed

jaar	bedden totaal	bedden per 1000	personeel per bed
1980	1364500	6.0	2.56
1981	1361500	5.9	2.69
1982	1359800	5.8	2.91
1983	1350400	5.8	2.75
1984	1338700	5.6	2.71
1985	1308500	5.5	2.77
1986	1283000	5.3	2.84
1987	1267000	5.2	2.95

(Bron: Program ECO-SANTE, BASYS/CREDES)

## 10.2. Extramurale verpleging

In de VS zijn er verschillende organisaties die zich bezig houden met thuiszorg. Deze komen allen voort uit de 'public health nursing'. Vroeger hadden de organisaties voor public health nursing een zeer uitgebreid takenpakket. Het ging om de volksgezondheid in de breedste zin van het woord. Vandaag de dag gaat het echter bij public health nursing met name om activiteiten die zich richten op preventie bij de bevolking als geheel, in plaats van de individuele patiënt.

De term 'community nursing' werd uitgevonden voor al die soorten extramurale verpleging waarbij de nadruk lag op de zorg voor individuele patiënten of hun families. Binnen de community nursing worden weer verschillende termen gebruikt om verschillende typen van zorg aan te duiden.

- Home Health Care (algemene thuiszorg)
- Hospice Care (voor terminale patiënten)
- Ambulatory Care (poliklinische zorg)
- School Care
- Occupational Care (bedrijfsgezondheidszorg)

Een bijzonder soort van verpleegkundige activiteiten wordt verricht door de zogenaamde 'nurse practitioner'. De meeste van deze nurse practitioners zijn vrijgevestigd, werken buiten het ziekenhuis en worden vaak door de overheid betaald. In veel gevallen komt het contact tussen patiënt en zorgverlener tot stand via een nurse practitioner. Deze is toegestaan lichamelijk onderzoek te doen, anamnese af te nemen en te verwijzen. Daarbij heeft zij ook een beperkte voorschrijfbevoegdheid.

In het navolgende ligt de nadruk op home health care. Het gaat hierbij om organisaties die het dichtst komen bij de definitie die in hoofdstuk 1 is gegeven. Binnen de home health care kunnen twee soorten organisaties onderscheiden worden:

- Visiting Nurse Associations / Agencies
- Home Health Agencies

Beide organisaties houden zich met de algemene thuiszorg bezig.

Binnen deze twee groepen organisaties kan op drie manieren een onderscheid worden gemaakt:

1. tussen organisaties met een contract met Medicare en zonder een contract met Medicare (Medicare-certified resp. non-Medicare certified). In februari 1990 waren er 5701 Medicare-organisaties en 5500 non-Medicare organisaties (National Association for Home Care, 1991);
2. tussen particuliere en overheidsorganisaties;
3. tussen for-profit en non-profit organisaties. De for-profit sector groeit snel (Shuster, 1991).

De volgende beschrijving baseert zich voor een groot deel op informatie afkomstig van twee Medicare-certified, non-profit, particuliere visiting nurse services:

1. de Visiting Nurse Service in New York (VNSNY)
2. de Visiting Nurse Association of Greater Philadelphia.

Beide organisaties bieden uiteenlopende diensten aan. Bij de volgende beschrijving ligt echter de nadruk op de verpleegkundige diensten.

### **10.2.1. Geschiedenis**

#### *Algemeen*

Volgens Smith (1989) ontstond public health nursing als een reactie op sociaal culturele trends als urbanisatie en de groeiende instroom van immigranten in de 19e eeuw. De nadruk bij public health nursing lag op preventie en zorgen voor een gezondere en schonere omgeving. In de tweede helft van deze eeuw werd door de medische vooruitgang dit soort werk minder belangrijk en verschoof de nadruk naar meer op het individu gerichte activiteiten. Deze verschuiving werd in 1965 nog versterkt door de Amendments of the Social Security Act van 1935. Hierin werd de Medicare-wetgeving geïntroduceerd en daarmee gingen de rechten van armen en ouderen meer lijken op die van particulier verzekerde personen. Hier stond echter tegenover dat in ruil daarvoor een heel continuüm aan preventieve diensten wegviel.

In het begin van de jaren tachtig werden de Diagnosis Related Groups in de financiering van ziekenhuizen geïntroduceerd. Het ziekenhuis kreeg van nu af per diagnose een vast bedrag. Logisch gevolg hiervan was dat de ziekenhuizen meer dan voorheen gebaat waren bij vroeg ontslag van een patiënt. De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis daalde van 10,3 dagen in 1981 (vóór de DRGs) tot 8,8 dagen in 1984 (Shuster, 1991). Hierdoor werd echter de behoefte aan thuiszorg groter.

#### *Visiting Nurse Service of New York (VNSNY)*

De VNSNY was de eerste seculiere organisatie voor thuisverpleging die werd gesticht door één van de pioniers op dit gebied, namelijk Lillian Wald (in 1893). Het doel was zorgverlening aan de armen in de stad. Gedurende de twintigste eeuw werden de diensten uitgebreid. Zo worden thans ook gezinsverzorging en maatschappelijk werk aangeboden.

In 1986 werd de organisatie geconfronteerd met bezuinigingen op het Medicare-programma. In 1984 en 1988 werden de eisen voor toelating onder Medicare strenger, hetgeen leidde tot een toename van het aantal weigeringen om (reeds verleende) zorg te financieren. Naar aanleiding hiervan richtte de organisatie zich meer op meer kosten-dekkende patiënten en werden alternatieven gevonden om aan meer geld te komen. Zo werd er in 1986 een samenwerkingsinitiatief gestart waardoor geldstromen konden ontstaan van de for-profit sector van de VNSNY naar de non-profit sector.

#### *Visiting Nurse Association of Greater Philadelphia (VNAGP)*

De VNAGP begon aan het eind van de 19e eeuw als een organisatie die zich met name richtte op de moeder- en kindzorg. De organisatie breidde haar diensten daarna steeds verder uit naar alle soorten van verpleging. In 1991 kwam daarbij nog revalidatie en gezinsverzorging.

### **10.2.2. Organisatie en financiering**

#### *Financiering*

Volgens Buhler-Wilkerson (1989) is het federale Medicare programma de belangrijkste bron van inkomsten voor thuiszorgorganisaties. Daarnaast zijn er andere bronnen, zoals het Medicaid programma, dat niet-particulier verzekerden in staat stelt thuiszorg te kopen.

De meest belangrijke bronnen voor VNSNY zowel als VNAGP zijn, zoals blijkt uit tabel 10.3, Medicare en Medicaid. Anders dan VNSNY ontvangt de VNAGP ook fondsen van particulieren en bedrijven.

Tabel 10.3: Patiënten van VNSNY naar verzekeringsvorm en bronnen van inkomsten van VNAGP in 1990

	VNSNY	VNAGP
Medicare	39%	-
Medicaid	46%	-   85%
Blue Cross particuliere verzekeringen	5%	-
andere particuliere verzekeringen	8%	-   5%
zelfbetalers en gratis zorg	2%	2%
fondsen uit de gemeenschap	7%	

(Bron: enquête VNSNY, enquête VNAGP)

Doel van **Medicaid** is te voorzien in dekking van een groot aantal medische diensten aan personen met weinig inkomen of vermogen. Medicaid is een samenwerkingsverband tussen de federale en de staatsoverheid. Er zijn derhalve van staat tot staat verschillen. In aanmerking voor thuiszorg onder Medicaid komen personen die gekwalificeerd kunnen worden als 'medisch behoeftige individuen', volgens de volgende regels:

- de patiënt is in een stabiele medische toestand
- de gezondheid van de patiënt kan voldoende gewaarborgd worden in de huiselijke omgeving
- de dienst moet worden aangevraagd door een arts.

Alle diensten dienen vantevoren door een arts te worden goedgekeurd, maar vaak wordt deze goedkeuring pas achteraf gegeven, als het eerste huisbezoek al heeft plaatsgehad.

Voorts dient de patiënt minder dan een bepaald inkomen en vermogen te hebben. Indien een patiënt onder Medicaid verzekerd is en hij of zij verdient meer dan dit maximum, dan is hij of zij verplicht het gehele bedrag dat boven het maximum verdiend is, aan Medicaid te betalen. Of deze persoon nu wel of geen gebruik heeft gemaakt van de gezondheidszorg doet in deze niet ter zake. Het maximale inkomen in de staat New York lag in januari 1990 op 709 \$ voor een gezin met drie kinderen, en een vermogen van maximaal 5750 \$.

(Bron: enquête VNSNY)

**Medicare** is er voor bedoeld de hoge kosten van gezondheidszorg voor ouderen te drukken en de toegankelijkheid voor deze bevolkingsgroep groter te maken. De financiering is in handen van de federale overheid.

De toelatingseisen voor thuiszorg onder Medicare zijn de volgende:



- de aanvrager dient aan huis gebonden te zijn;
- de aanvrager heeft verpleegkundige hulp nodig of fysiotherapie of logopedie;
- professionele zorg is niet gedurende de gehele dag nodig;
- de zorg dient te worden verleend volgens een plan dat wordt opgesteld en bijgesteld door een arts;
- de zorg dient te worden verleend terwijl de patiënt tevens bij een arts onder behandeling is.

Deze eisen gelden voor zowel gezinsverzorging als voor wijkverpleegkundige hulp.

Indien aan de eisen voldaan wordt dan heeft de patiënt theoretisch recht op een onbeperkt aantal huisbezoeken. Dit komt echter in de praktijk zelden voor.

Zaken die expliciet niet door Mediare worden gedekt betreffen onder andere aanpassingen in het huis, hulpmiddelen, medicijnen en doorlopende bewaking. Er is een mogelijkheid zich vrijwillig aanvullend te verzekeren voor een maandelijks bedrag van \$ 30 (in maart 1991). Onder deze vrijwillige verzekering wordt 80% van de minimum prijs van onder andere hulpmiddelen in de thuiszorg vergoed.

(Bron: enquête VNSNY)

Verpleegkundigen in een Medicare certified agency wordt een vast maandsalaris betaald of een bedrag op basis van verrichtingen.

#### *Eisen op het gebied van de organisatie voor Medicare-certified agencies*

In de staat New York is de State Department of Health verantwoordelijk voor de regelgeving en controle van Medicare-certified agencies.

Hieronder worden de organisatorische eisen opgesomd:

- A. Tweederde van de verpleegkundige diensten dient direct door de organisatie verleend te worden en mag niet aan een ander bureau worden uitbesteed.
- B. Verpleegkundige diensten en de gezinsverzorging dienen 24 uur per dag bereikbaar te zijn, zeven dagen per week.
- C. De agency dient in staat te zijn de zorg binnen 24 uur na aanmelding aan te vangen.
- D. De organisatie dient er zorg voor te dragen dat, indien er zorg wordt uitbesteed, dit alleen gebeurt aan door de staat erkende bureaus, die ook daadwerkelijk voldoen aan door de staat gestelde eisen.
- E. Er moet een klachtendienst zijn.
- F. De agency dient grondig de redenen van ontslag van een patiënt te documenteren. Er kan slechts tot ontslag over worden gegaan als de patiënt een ander soort van zorg nodig heeft of als deze zelf zijn ontslag neemt.

Naast deze eisen dient de agency alle patiënten die onder de Medicare regeling vallen en die binnen een bepaald gebied wonen in zorg te nemen, onafhankelijk van de woonplaats van de patiënt, geslacht, huidskleur, verzekering of complexiteit van de gevraagde zorg. Tenslotte dient de agency niet minder dan 2 procent van de totale bedrijfskosten te besteden aan gratis zorgverlening (zie ook tabel 10.3).

De agency dient zelf de zorg te coördineren, te controleren en aan te bieden door verpleegkundig personeel en andere professionele hulpverleners.

#### *Organisatie van de Visiting Nurse Service of New York*

Binnen de organisatie wordt onderscheid gemaakt tussen diverse programma's, die gericht zijn op diverse patiëntencategorieën en problemen. Voor een overzicht van deze programma's wordt de lezer verwezen naar paragraaf 10.2.5.

De VNSNY moet concurreren met andere certified agencies in New York City. Hiervan zijn er ongeveer 44.

Specialistische verpleegkundige kennis is aanwezig binnen de organisatie. Ook worden er cursussen geïnitieerd indien blijkt dat daar behoefte aan is. Deze cursussen worden zowel door specialistische verpleegkundigen binnen de organisatie gegeven als van buiten de organisatie. Er is een speciale Educational Director aangesteld om de verschillende cursussen te coördineren.

De VNSNY opereert vanuit zogenaamde 'borough offices', waarbij 'borough' staat voor stadsdeel. In deze borough offices werken alle verpleegkundigen die vermeld staan in tabel 10.6. De personeelssterkte is afhankelijk van de behoefte in het stadsdeel. De stadsdelen zijn opgedeeld in wijken. Binnen deze wijken hebben patiënten doorgaans te maken met slechts één verpleegkundige.

#### *Organisatie van de Visiting Nurse Association of Greater Philadelphia*

De VNAGP is een veel kleinere organisatie dan de VNSNY. Toch dekt de organisatie een gebied van ongeveer 400.000 inwoners al is zij daar niet de enige aanbieder van zorg. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

1. Acute zorg. Hierbij gaat het om verpleegkundige zorg voor acute of terminale gevallen.
2. Private Duty Care. Hierbij gaat het om gezinsverzorgingachtige activiteiten die desnoods vierentwintig uur per dag bij een patiënt worden verleend.
3. Preventieve programma's. Hierbij gaat het om gezondheidsvoorlichting en -opvoeding aan zwangeren en moeders met een verhoogd gezond-

heidsrisico. Tevens wordt aan preventie gedaan bij besmettelijke ziekten, meestal in contract met de gemeente.

Diëtisten en 'nurse clinicians' vormen bronnen van specialistische kennis binnen de organisatie.

De VNAGP moet concurreren met for-profit agencies, thuiszorgorganisaties die vanuit het ziekenhuis werken, en andere visiting nurse agencies.

Verpleegkundigen ontvangen een vast maandsalaris. Het kan echter gebeuren dat buiten de diensturen zorg wordt verleend, en dan wordt een aanvulling per huisbezoek betaald.

De patiënten worden alleen thuis bezocht.

De organisatie is 24 uur per dag bereikbaar en ook de zorg kan 24 uur per dag geleverd worden.

Verpleegkundigen werken in teamverband. Hierbij neemt ieder team een geografisch gebied voor zijn rekening. Dit geldt echter niet voor verpleegkundigen die zich in de moeder en kindzorg hebben gespecialiseerd. Zij nemen ieder voor zich een gebied voor hun rekening.

### **10.2.3. Soorten verpleegkundigen en menskracht**

#### *Opleiding*

Aan het eind van de negentiende eeuw kwam er een formele opleiding tot verpleegkundige. De opleiding werd in de meeste gevallen in ziekenhuizen gegeven. In 1923 (met het Goldmark rapport) bleek echter dat veel ziekenhuizen niet in staat waren in een kwalitatief goede opleiding te voorzien. Naar aanleiding daarvan werd de opleiding onder de controle van colleges en universiteiten gebracht. In 1952 studeerde echter nog steeds 92% van alle verpleegkundigen af op een school die aan een ziekenhuis verbonden was. In 1982 was dit percentage gezakt tot 15% en steeds meer opleidingen liëren zich met colleges en universiteiten (Roemer, 1986).

Er kan in de VS een vijftal beroepen onderscheiden worden dat zich in meer of mindere mate met verpleging bezig houdt.

*Registered Nurses (RNs)* kunnen een aantal verschillende opleidingen gevolgd hebben. Ten eerste de in-service opleiding op een school die aan een ziekenhuis verbonden is. Ten tweede zijn er de opleidingen aan colleges

en universiteiten. Aan de universiteit is het mogelijk een bachelors- of associate degree te behalen. Volgens Moses (1990) worden er steeds minder mensen in-service opgeleid. Iets meer dan tien jaar geleden had driekwart van de verpleegkundigen een in-service opleiding gevolgd, terwijl dit in 1988 iets minder dan de helft was. Bij slechts 22% van de afgestudeerden van de laatste 15 jaar betrof het een in-service opleiding. In tabel 10.4 worden cijfers gegeven over de hoogste dagopleiding van alle extramurale verpleegkundigen. Er dient te worden opgemerkt dat 78% van de verpleegkundigen naast hun hoogste dagopleiding nog kortdurende cursussen had gevolgd.

Tabel 10.4: Actieve extramurale verpleegkundigen in 1988 naar hoogste dagopleiding (n=110.886)

diploma	31%
associate degree	21%
bachelors degree	37%
master's degree	10%
doctorate	0.1%

(Bron: Moses, 1990)

Duidelijk blijkt uit de tabel dat de term 'registered nurse' kan refereren aan verschillende opleidingsniveaus:

*Licensed Practical Nurses (LPNs)*, hebben een éénjarige opleiding genoten na hun highschool (Roemer, 1986).

*Nurse's Aides, orderlies, home health aides en attendants* hebben in de meeste gevallen een praktijkopleiding gehad met een kort theoretisch deel (Roemer, 1986).

#### *Menskracht algemeen*

Volgens Moses (1990) is 6,8% van het totaal aantal verpleegkundigen werkzaam als community nurse of als public health nurse. Dit komt neer op een totaal aantal van 110.886 verpleegkundigen en één community nurse of public health nurse per 2217 inwoners. Het gaat hierbij dan alleen om de registered nurses.

#### *Menskracht van de Visiting Nurse Services of New York*

Tabel 10.5 geeft het totaal aantal verpleegkundigen dat werkt voor Medicare-licensed agencies in de staat New York.

Tabel 10.5: Aantal verpleegkundigen en aantal inwoners per verpleegkundige in de staat New York in 1989 (alleen verpleegkundigen werkzaam voor Medicare licensed agencies)

	aantal verpleegkundigen	aantal inwoners per verpleegkundigen
public health and professional nurses	3.500	5.117
licensed practical nurses	100	179.090

(Bron: enquête VNSNY)

Een groot deel van het totaal aantal verpleegkundigen in de staat New York is werkzaam bij de VNSNY. Tabel 10.6 geeft het totaal aantal personen werkzaam bij VNSNY. Hierbij valt op dat er relatief weinig licensed practical nurses werkzaam zijn.

Tabel 10.6: Personeel werkzaam bij VNSNY (in full-time equivalenten)

niet verpleegkundig personeel	
fysiotherapeuten	150
ergotherapeuten	75
logopedisten	48
voedingsadviseurs	12
maatschappelijk werkers	164
vrijwilligers	<u>250</u>
<b>subtotaal</b>	<b>699</b>
verpleegkundig personeel	
public health nurses*	415
registered nurses*	475
licensed practical nurses	25
NOVA nurses (see 'soorten zorg')*	20
paediatric nurses	1
psychiatric nurses	<u>8</u>
<b>subtotaal</b>	<b>944</b>
<b>TOTAAL</b>	<b>1632</b>

- \* Bij de VNSNY worden de volgende definities gehanteerd:
- Public health nurse: bachelors of Science in Nursing (4 jaar universiteit)
  - Registered nurse: Associates Degree in Nursing (2 jaar universiteit plus één jaar ervaring)
  - NOVA nurses: Bachelor of Science plus NOVA certificaat
  - Paediatric nurse: Associates degree in Nursing plus één jaar ervaring.
  - Licensed practical nurse: Associates degree in nursing
- De opleidingen staan niet vast: ervaring en opleiding kunnen door elkaar vervangen worden.

(Bron: enquête VNSNY)

### *Menskracht Visiting Nurse Association of Greater Philadelphia*

De VNAGP is een veel kleinere organisatie dan de VNSNY. Tabel 10.7 geeft de verschillende beroepsgroepen werkzaam bij VNAGP.

**Tabel 10.7: Personeel by VNAGP in full-time equivalenten**

niet verpleegkundig personeel:	
fysiotherapeuten	25
ergotherapeuten	3
logopedisten	2
maatschappelijk werkers	4.5
gezinsverzorgsters	67
advanced practice nurses:	
verpleegkundig specialist	
medisch/chirurgisch	1
verpl. Specialist psychiatrie	1
verpl. Specialist infusen	1
algemeen verpleegkundig personeel:	
verpleegkundige moeder en kind zorg	6
verpleegkundige volwassenen zorg	80
<b>TOTAAL</b>	<b>190.5</b>

De advanced practice nurses zijn clinical specialists met een masters degree of een diploma of een bachelors degree, gecombineerd met een specialis- tische opleiding van 12 maanden in bijvoorbeeld stoma/wondverzorging of moeder- en kindzorg. Het algemeen verpleegkundig personeel heeft een bachelors degree of een diploma. Bij de VNAGP zijn geen licenced practical nurses werkzaam.

Aangezien de VNAGP niet de enige organisatie is die in een bepaalde regio zorg verleent, is het niet mogelijk het aantal inwoners per verpleegkundige te geven.

## 10.2.4. Patiëntenpopulaties

### *Visiting Nurse Service of New York*

Tabel 10.8: Kenmerken van patiënten binnen de VNSNY

leeftijd		verdeling van patiënten naar zorgprogramma (zie 10.2.5.)	
0-5	12.5%	adult care patients	65%
6-20	5.7%	maternal/child health	22%
21-45	14.6%	paediatrics	8%
46-65	15.8%	AIDS patients	2%
66-75	17.8%	hospice patients	1%
76-90	29.8%	long term care	1%
91+	3.8%	infusion therapy care	1%

(Bron: enquête VNSNY)

Meer dan 50% van de patiënten is ouder dan 65. Dit hoge percentage wordt weerspiegeld in het aantal personen in Adult Care programs.

### *Visiting Nurse Association of Greater Philadelphia*

Meer dan 90% van het totaal aantal patiënten is ouder dan 60, en in ongeveer 80% van de gevallen gaat het om ontslagen ziekenhuispatiënten en nazorg (table 10.9).

Tabel 10.9: Kenmerken van patiënten bij VNAGP

leeftijd		reden in zorg	
jonger dan 5	5 %	zwangerschap	1%
5-19	2.5%	zuigelingenverzorging	2%
20-59	2.5%	geest. gehandicapt	1%
60-79	80 %	lich. gehandicapt	5%
80+	10 %	psychische problemen	1%
		terminale ziekte	5%
		chronische aandoening	5%
		nazorg na ziekenhuis	80%

(Bron: enquête VNAGP)

### 10.2.5. Type zorg

#### *Visiting Nurse Service of New York*

VNSNY biedt verschillende zorgprogramma's aan. Enkele daarvan zijn typisch voor een grote stad als New York.

- A. Programma's om overbevolking in ziekenhuizen tegen te gaan. Hieronder vallen:
- *Home Health Intake Program*. Hierbij zijn speciale Home Health Intake Co-ordinators in 20 ziekenhuizen aangesteld om de ontslagplanning te vergemakkelijken en de continuïteit van zorg te waarborgen.
  - *Preferred Provider Program*. Hierin neemt de VNSNY deel als preferred provider van thuiszorg.
  - *Early Maternity Discharge Program*. In dit programma kan er voor gezorgd worden dat zwangeren na een normale bevalling in het ziekenhuis of kraamkliniek eerder naar huis kunnen. VNSNY zorgt voor screening van de gezondheid van moeder en kind, geeft psychosociale bijstand en geeft instructies over zuigelingenzorg.
- B. *Hospice Program*. Dit programma richt zich met name op terminale patiënten en zorgt ervoor dat zij hun laatste dagen thuis kunnen doorbrengen. Onder de Medicare verzekering wordt deze zorg voor een tweetal perioden van 90 dagen gedekt, plus een periode van 30 dagen. Iedere periode dient opnieuw te worden aangevraagd. Iedere Medicare-licensed agency heeft een vast aantal bedden tot zijn beschikking voor dit type zorgverlening.
- C. Programma's gericht op het groeiende aantal ouderen met chronische aandoeningen.
- *Adult Care Program*. Omvat kort- en langdurige medisch verpleegkundige zorg, ondersteunende activiteiten en revalidatie.
  - *Partners in Care* is een ondersteunende dienst voor ouderen die niet in staat zijn om zelf hun zorgverlening te regelen, maar die wel zelf wensen te betalen voor de thuiszorg. In dit programma wordt de zorgbehoefte vastgesteld en wordt de zorg gecoördineerd, gebruik makend van de diensten van VNSNY en/of andere instanties.
  - *Maaltijden dienst*
  - *Telephone Reassurance Program*. Dit programma wordt uitgevoerd door vrijwilligers en is vooral belangrijk voor ouderen die er bijvoorbeeld aan herinnerd dienen te worden hun medicijnen in te nemen of aan afspraken met de arts.
  - *The Long Term Home Health Care Program of Lombardi Program*. Richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van het leven van thuiswonenden, door bijvoorbeeld zware huishoudelijke activiteiten over te nemen.



D. Programma's die er op gericht zijn de slechte gezondheid van kinderen tegen te gaan.

- *The Maternal / Child Health and Paediatric Program*. Hierbij worden verpleegkundigen, deskundigen op het gebied van de ontwikkeling van het kind, therapeuten en maatschappelijk werkers naar verwaarloosde kinderen en hun families gestuurd.
- *The FIRST STEPS Program* is gericht op aan drugs verslaafde vrouwen in de vruchtbare leeftijd.
- *Paediatric Respite Program*. Hierbij wordt ondersteuning gegeven aan families met een chronisch ziek of zwaar gehandicapt kind thuis.

E. *AIDS services*. Hierbij worden verschillende soorten zorg verleend of geregeld voor AIDS-patiënten en seropositieven.

F. *Community Mental Health Services*. Ambulante geestelijke gezondheidszorg.

G. *NOVA: Nutrition Oncology and Vascular Access*. Binnen dit programma worden technologisch geavanceerde verpleegkundige technieken verricht, zoals totale parenterale voeding, reguleren vochthuishouding, toedienen antibiotica, continue pijnbestrijding en beperkte chemotherapie.

(Bron: Visiting Nurse Service of New York, 1990)

Verpleegkundigen binnen de VNSNY zijn in veel gevallen werkzaam binnen een bepaald programma.

De percentages van de totale werktijd die besteed worden aan een aantal activiteiten worden getoond in tabel 10.10. Hieruit blijkt dat de licensed practical nurses zich in mindere mate bezig houden met administratieve zaken en meer met huisbezoeken dan de andere verpleegkundigen.

Tabel 10.10: Percentage van totale werktijd dat besteed wordt aan een aantal activiteiten door VNSNY-verpleegkundigen (schattingen)

	public health nurses registered nurses paediatric nurses mental health nurses	licensed practical nurses
huisbezoeken	66%	75%
alle preventieve activiteiten	50%	50%
administratie	33%	25%

(Bron: enquête VNSNY)

Naast de verschillen die hierboven genoemd staan dient vermeld te worden dat de licensed practical nurses zich niet bezig houden met de meer ingewikkelde verpleegtechnische handelingen.

*Visiting Nurse Association of Greater Philadelphia*

De VNAGP heeft niet zo'n uitgebreide lijst van programma's als de VNSNY. Toch worden over het algemeen dezelfde diensten aangeboden. De zorg wordt uitsluitend thuis verleend en derhalve besteden verpleegkundigen weer het grootste deel van hun tijd aan huisbezoeken (tabel 10.11).

Tabel 10.11: Percentage van totale werktijd dat besteed wordt aan een aantal activiteiten door VNAGP-verpleegkundigen (schattingen)

	huisbezoek	spreekuur*	administratie
verpl. specialist med./chirurgisch	30%	30%	25%
verpl. specialist psychiatrie	30%	30%	25%
verpl. specialist infusen	30%	5%	25%
verpl. moeder en kind zorg	80%	-	25%
verpl. volwassenen zorg	80%	-	25%

\* spreekuur voor ander personeel, niet voor cliënten.

(Bron: enquête VNAGP)

**10.2.6. De intake-procedure**

*Visiting Nurse Service of New York*

In tabel 10.12 wordt aangegeven door wie de patiënten van de VNSNY zijn verwezen.

Tabel 10.12: Verwijzingsbronnen naar VNSNY

ziekenhuizen	69%
artsen	5%
verpleeg-/verzorgingstehuizen	10%
zelf/familie/buren/kennissen	16%

(Bron: enquête VNSNY)

Het hoge percentage verwijzingen door het ziekenhuis is waarschijnlijk te danken aan liaison-verpleegkundigen die door VNSNY zijn aangesteld en in ziekenhuizen werken. Na verwijzing wordt de zorgbehoefte vastgesteld door een verpleegkundige. Deze verpleegkundige kan tevens een behoefte aan

gezinsverzorging vaststellen. Hierbij worden gestandaardiseerde formulieren gebruikt. Het vaststellen van de zorgbehoefte dient altijd in samenwerking met een arts te gebeuren.

Hoofdverpleegkundigen in de hiervoor genoemde 'boroughs' of stadsdelen bepalen door wie de zorg verleend gaat worden. Is dit eenmaal gedaan, dan treedt een zogenaamd 'patient service manual' in werking. Hierin staat precies vermeld in welk stadium en onder welke omstandigheden wie dient te worden ingeschakeld. Evaluatie vindt minimaal iedere 60 dagen plaats, en daarnaast afhankelijk van de behoefte. Iedere 62 dagen dient het vereiste voorschrift van de huisarts te worden hernieuwd.

#### *Visiting Nurse Association of Greater Philadelphia*

In tabel 10.13 wordt aangegeven door wie de patiënten van de VNAGP zijn verwezen.

Tabel 10.13: Verwijzingsbronnen naar VNAGP

---

familie van de patiënt	2.5%
patiënt zelf	2.5%
gezinsverzorging	5%
ziekenhuis of verpleeghuis	80%
andere professionele zorgverleners	10%

---

(Bron: enquête VNAGP)

De zorgbehoefte wordt door een therapeut of verpleegkundige vastgesteld. Deze kan tevens aangeven dat er een behoefte aan gezinsverzorging is en bepaalt wie de zorg zal gaan geven. Er worden hierbij geen uitgebreide formulieren gebruikt. Dit in tegenstelling tot de VNSNY en vele andere organisaties (zie voor een overzicht van dit soort formulieren Jaffe en Skidmore-Roth, 1988 of Jackson en Neighbors, 1990).

Een ieder is verantwoordelijk voor zijn eigen handelingen. De verpleegkundige of therapeut is echter wel de verantwoordelijke persoon als hij of zij een onveilige procedure heeft gedelegeerd aan bijvoorbeeld een gezinsverzorgenden. De arts is verantwoordelijk voor een eventueel verkeerde medicatie.

De zorg wordt regelmatig geëvalueerd. Ten minste ieder kwartaal wordt een steekproef uit het patiëntenbestand genomen en indien er een bepaald probleem wordt geïdentificeerd worden maandelijkse steekproeven genomen tot de fout is hersteld. Daarnaast dient de zorgbehoefte iedere twee maanden opnieuw door een arts te worden vastgesteld.

Op het gebied van de evaluatie dient een interessante studie van de *Visiting Nurse Association Eastern Montgomery* vermeld te worden. In deze studie werden patiënten in 5 groepen ingedeeld (herstel, zelfhulp, revalidatie, ondersteuning en terminaal). Voor iedere groep werden er doelen geformuleerd en de hoeveelheid tijd die aan zo'n doel besteed werd, werd gerelateerd aan de mate waarin de doelen bereikt werden (Harris e.a., 1988).

#### **10.2.7. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen**

##### *Visiting Nurse Service of New York*

Verpleegkundigen dienen volgens de Medicare-regelgeving de gehele zorgperiode met artsen samen te werken. Ook wordt samengewerkt met maatschappelijk werkers in het ziekenhuis bij de ontslagprocedure. Enkele programma's die in paragraaf 10.2.5. werden genoemd hebben met name betrekking op samenwerking en coördinatie van zorg.

Er zijn ten minste 15 bureaus voor verschillende soorten van gezinsverzorging. Gezinsverzorging op hoog niveau wordt 'home health aide' genoemd. Hierbij legt de gezinsverzorgster ook eenvoudige verbanden aan en assisteert bij revalidatie. Op het laagste niveau heet een gezinsverzorgster 'home attendant' en betreft het licht huishoudelijk werk, koken en dergelijke.

Verpleegkundigen kunnen met een groot aantal (huis)artsen te maken hebben.

##### *Visiting Nurse Association of Greater Philadelphia*

Verpleegkundigen en therapeuten van de VNAGP werken samen met liaison verpleegkundigen in het ziekenhuis, en alle andere zorgverleners waar een patiënt mee te maken heeft. Het aantal artsen waarmee een verpleegkundige te maken heeft kan oplopen tot 50. In het algemeen heeft een verpleegkundige slechts met twee organisaties voor gezinsverzorging te maken.

Er wordt regelmatig een bezoek gebracht aan het ziekenhuis. Hier wordt dan het ontslag besproken met patiënt, liaison verpleegkundige en specialist.

#### **10.2.8. Problemen**

##### *Werkzaamheden die te weinig aandacht krijgen*

Aan de volgende activiteiten blijkt volgens de enquête behoefte:

Hygiënische verzorging, psychosociale activiteiten, stimuleren mantelzorg en gezinsverzorging, met name voor ouderen.

Ook is er een behoefte aan meer van alle onderscheiden verpleegtechnische activiteiten voor de verzekerden onder Medicare en Medicaid. Voorts is er behoefte aan meer informatieverstrekking over medicatie en voeding. Tenslotte vraagt het identificeren van risicogroepen in de bevolking meer aandacht.

#### *Arbeidsmarkt*

Er blijkt een nationaal tekort aan verpleegkundig personeel te zijn. In New York werd het tekort vooral op conto geschreven van slechte arbeidsomstandigheden (onveilige buurten, lange reistijd naar het werk, hoge kosten van het dagelijks leven, en matige betaling). Voorts ligt het inkomen van een verpleegkundige in het ziekenhuis in het algemeen hoger.

Een aantal andere problemen wordt opgesomd door Harris (1990). Zo worden preventieve activiteiten in de meeste gevallen niet vergoed; worden de organisaties per huisbezoek betaald, hetgeen de druk veroorzaakt met zo weinig mogelijk mensen zo veel mogelijk huisbezoeken af te leggen; de tendens om meer en meer risicovolle geavanceerde technieken toe te passen, hetgeen gevolgen heeft voor de wettelijke aansprakelijkheid en roept om meer deskundigheid op het gebied van de wetgeving.

#### *Horizontale functiedifferentiatie*

Verpleegkundigen in de VNSNY zijn in de meeste gevallen werkzaam in één van de zorgprogramma's die vermeld staan in paragraaf 10.2.5. Over deze manier van werken werden geen problemen gemeld.

Binnen de VNAGP is minder sprake van specialisatie, maar ook hier werden geen problemen gemeld.

#### *Verticale functiedifferentiatie / taakafbakening gezinsverzorging*

Er werden geen problemen gemeld omtrent de taakafbakening tussen verschillende deskundigheidsniveaus. Hierbij dient te worden aangetekend dat in beide besproken organisaties nauwelijks verpleegkundigen van het tweede deskundigheidsniveau (licensed practical nurses) werkzaam zijn.

De gezinsverzorging is wel geïntegreerd in de VNAGP maar niet in de VNSNY. In New York worden andere bureaus voor gezinsverzorging ingeschakeld. Dit zijn vaak for-profit organisaties. Geen van beide organisaties meldden problemen op het gebied van taakafbakening met de gezinsverzorging.

#### *Samenwerking / taakafbakening met huisarts*

Bij Medicare- en Medicaid patiënten is het noodzakelijk dat de diensten worden aangevraagd door een arts. Tevens dient de dienst verleend te worden

in combinatie met een behandeling door een huisarts. De aanvraag voor wijkverpleging dient periodiek vernieuwd te worden door een arts.

#### *Samenwerking met ziekenhuis*

In het begin van de jaren '80 werden de Diagnosis Related Groups in de financiering van ziekenhuizen geïntroduceerd. Hierdoor werd het financieel aantrekkelijker patiënten vroeger uit het ziekenhuis te ontslaan, waardoor echter de vraag naar thuisverpleging steeg.

In ongeveer 20 ziekenhuizen in New York heeft de VNSNY zogenaamde home health intake co-ordinators aangesteld met de bedoeling de ontslagplanning te vergemakkelijken en continuïteit van zorg te waarborgen.

In veel andere ziekenhuizen zijn met dit doel liaison nurses aangesteld.

Er werden op dit gebied geen problemen gemeld.

#### *Financiering*

De langdurige zorgverlening wordt bedreigd door een gebrek aan financiële middelen. Langdurige thuiszorg kan tot op heden door de minder draagkrachtige bevolking via Medicaid verkregen worden, doch hier kan verandering in komen. Het alternatief zal in veel gevallen plaatsing in een verpleeghuis zijn, met zeer stricte financiële eisen. In de enquête van de VNAGP komt naar voren dat thuiszorg slechts voor een klein deel door Medicaid gedekt wordt en dat de organisatie voor een groot deel afhankelijk is van fondsen die bij particulieren zowel als bedrijven geworven worden.

#### *Andere problemen*

Er is discussie over case management. Het gaat hierbij met name om de taakverdeling tussen verzekeraars en zorgverleners.

## Literatuur

- BUHLER-WILKERSON, K.. Home care the American Way. Paper presented at the International Conference on Community Nursing, 16-17 March 1989. 's-Hertogenbosch: The Netherlands.
- GOVERNMENT AFFAIRS COMMITTEE. Case Management; a white paper prepared by the government affairs committee, approved by the Board of the National Association for Home Care, January 1990. Washington: 1991.
- HARRIS, M.D., D.A. PETERS, J. IVAN. Relating Quality and Cost in a Home Health Care Agency. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations, 1988.
- JACKSON, J.E., M. NEIGHBORS. Home Care Client Assessment Handbook. Rockville, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1990.
- JAFFE, M.S., L. SKIDMORE-ROTH. Home Health Nursing Care Plans. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1988.
- MOSES, E.B.. The registered nurse population; findings from the National Sample Survey of Registered Nurses, March 1988. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing, 1990.
- NATIONAL ASSOCIATION FOR HOME CARE, 1991 Legislative Blueprint for Action.
- OECD. Ageing populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- ROEMER, M.I.. An Introduction to the U.S. Health Care System (second edition). New York: Springer Publishing Company Inc., 1986.
- SHUSTER, G.F. & P.A. CLOONAN. Home Health Nursing Care: A comparison of not-for-profit and for-profit agencies. Home Health Care Services Review Quarterly 12 (1991) 1.
- SMITH, G.R.. Community Health nursing in the United States. In: A. Kerkstra and R. Verheij: Community Nursing, Proceedings of the International Conference on community Nursing, 16-17 March 1989, 's-Hertogenbosch, The Netherlands, Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care, 1989.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvingen: Statistisk Sentralbyrå, 1990.
- VISITING NURSE SERVICE OF NEW YORK. Annual report 1989. New York: 1990.





## 11. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

### 11.1. Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken werd het functioneren, de financiering en de organisatie van extramurale verpleging in negen verschillende landen beschreven. In dit hoofdstuk zal een poging gewaagd worden de landen op een aantal punten met elkaar te vergelijken. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de situatie in ieder land sterk wordt gegeneraliseerd, soms voorbijgaand aan belangrijke uitzonderingen. Verder beperkt deze vergelijking zich tot de organisaties die zorg aan ouderen en volwassenen leveren. Organisaties die zich hebben gespecialiseerd in de jeugdgezondheidszorg worden dus niet in dit hoofdstuk betrokken.

Eén van de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de omvang van de vraag naar thuiszorg is het percentage ouderen in de bevolking.

Tabel 11.1: Percentage van de bevolking ouder dan 65 in 9 landen in 1987, 2000, 2010, 2020, 2030, 2040 en 2050 (geprojecteerd).

	1987	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Noorwegen	16.2	15.2	15.1	18.2	20.7	22.8	21.9
Groot Brittannië	15.3	14.5	14.6	16.3	19.2	20.4	18.7
Duitsland	15.1	17.1	20.4	21.7	25.8	27.6	24.5
België	14.3	14.7	15.9	17.7	20.8	21.9	20.8
Frankrijk	13.8	15.3	16.3	19.5	21.8	22.7	22.3
Finland	13.1	14.4	16.8	21.7	23.8	23.1	22.7
Nederland	12.5	13.5	15.1	18.9	23.0	24.8	22.6
Verenigde Staten	12.3	12.2	12.8	16.2	19.5	19.8	19.3
Canada	10.7	12.8	14.6	18.6	22.4	22.5	21.3

(Bron: Statistical Yearbook of Norway 1990, OECD 1988)

In alle landen werd gemeld dat het groeiend aantal ouderen een reden tot bezorgdheid is. Uit tabel 11.1 blijkt dat er echter tussen de landen verschillen zijn in het percentage ouderen op dit moment en in het tempo waarin deze bevolkingsgroep groeit. Vooral Duitsland zal in de komende tientallen jaren te maken krijgen met een hoog percentage ouderen. Verder komt naar voren dat Nederland, van de West-Europese landen die aan de studie hebben deelgenomen, momenteel het laagste percentage ouderen kent, maar dat rond het jaar 2030 daarentegen Nederland één van de meest 'vergrijsde' landen

zal zijn. Tot slot zien we dat voor de meeste landen wordt verwacht dat het percentage ouderen in de bevolking pas na het jaar 2040 weer gaat afnemen.

## 11.2. Organisatie van de extramurale verpleging

In veel landen is de oorsprong van extramurale verpleging terug te voeren op religieuze organisaties. In Duitsland komt dit bijvoorbeeld nog duidelijk naar voren in het stelsel van organisaties met ieder hun eigen religieuze signatuur.

Van de beide Scandinavische landen is een religieuze achtergrond niet bekend en kwam extramurale verpleegkundige zorg al in een relatief vroeg stadium onder de verantwoordelijkheid van de overheid.

In alle landen werd de behoefte aan extramurale verpleging voor het eerst duidelijk voelbaar ten tijde van de industriële revolutie. Het ging daarbij met name om preventieve zorg voor de gehele bevolking, onder andere gericht op het voorkómen van epidemieën. In de tweede helft van de twintigste eeuw verschoof echter de aandacht naar meer individueel georiënteerde zorg.

### *Organisatie JGZ en ouderenzorg*

In sommige landen wordt de jeugdgezondheidszorg door dezelfde organisatie verleend als volwassenen- en ouderenzorg. Het gaat hierbij om Finland, Engeland, Nederland en Noorwegen. In Frankrijk varieert het van organisatie tot organisatie. Men moet hierbij bedenken dat het feit dat beide soorten van zorg door dezelfde organisatie worden geleverd nog niet betekent dat beide soorten zorg ook door dezelfde verpleegkundigen worden verleend.

Tabel 11.2: Organisatorisch onderscheid tussen jeugdgezondheidszorg en volwassenen/ouderen zorg.

land	afzonderlijke organisaties
België	ja
Canada (Ontario)	ja
Duitsland	ja
Engeland	nee
Finland	nee
Frankrijk	varieert
Nederland	nee
Noorwegen	nee
Verenigde Staten	ja

### *Integratie met andere disciplines*

In veel landen maakt de extramurale verpleging deel uit van een organisatie die ook andere soorten van (para)medische zorg en maatschappelijke diensten verleent. Hierbij valt te denken aan huisartsgeneeskunde en fysiotherapie aan de ene kant en gezinsverzorging en maatschappelijk werk aan de andere. Dit betekent echter niet dat deze voorzieningen ook vanuit dezelfde lokatie verleend worden. Dit is een belangrijk onderscheid. Er wordt algemeen aangenomen dat organisatorische eenheid betere mogelijkheden tot samenwerking en overleg biedt. De fysieke nabijheid van andere disciplines kan echter hetzelfde tot gevolg hebben, zonder dat daarbij sprake is van organisatorische eenheid.

Tabel 11.3 geeft een overzicht van de situatie in deze opzichten in de verschillende landen. Wederom gaat het in de tabel om gegeneraliseerde informatie en men moet rekening houden met belangrijke uitzonderingen.

Tabel 11.3: Organisatorische kenmerken van de extramurale verpleging in negen landen

land	niet-verpleegkundige gezondheidszorg in zelfde organisatie	niet-verpleegkundige gezondheidszorg op zelfde lokatie	gezinsverzorging in zelfde organisatie	gezinsverzorging op zelfde lokatie
België	nee	nee	zelden	zelden
Canada	sommige provincies	sommige provincies	sommige provincies	sommige provincies
Duitsland	nee	nee	vaak	vaak
Engeland	nee	vaak	nee	nee
Finland	ja	soms	ja	soms
Frankrijk	?	?	soms	soms
Nederland	nee	zelden	zelden	zelden
Noorwegen	ja	vaak	ja	soms
Verenigde Staten	soms	soms	soms	soms

Uit de tabel blijkt dat organisatorische eenheid van verschillende disciplines niet altijd samen hoeft te gaan met fysieke nabijheid en andersom. Bij de behandeling van de landen apart kwam reeds naar voren dat er in

veel gevallen naar integratie van of nauwere samenwerking tussen gezinsverzorging en extramurale verpleging gestreefd wordt en dat Nederland hierbij niet alleen staat. Deze ontwikkeling zien we in de tabel weerspiegeld: Engeland is het enige land waar bijna nergens een organisatorische eenheid tussen extramurale verpleging en gezinsverzorging is en geen sprake van fysieke nabijheid tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. In België en Nederland is hier in enkele gevallen sprake van. In Nederland zal er in de komende jaren echter steeds meer geïntegreerd worden.

#### *24-uurs bereikbaarheid*

Een ander organisatorisch kenmerk dat in de voorgaande hoofdstukken besproken werd is de bereikbaarheid van de extramurale verpleging. Uit tabel 11.4 blijkt dat in de meeste landen de extramurale verpleging 24-uur per dag te bereiken is, maar dat dit zeker niet met iedere organisatie in ieder land het geval is.

Tabel 11.4: 24 uren bereikbaarheid van de extramurale verpleging in negen landen

België	ja
Canada (Ontario)	ja
Duitsland	soms
Engeland	soms
Finland	ja
Frankrijk	soms
Nederland	ja
Noorwegen	grote gemeenten: ja
Verenigde Staten	medicare-licenced agencies: ja

#### *Vrijgevestigde verpleegkundigen*

In alle landen in de studie bestaat georganiseerde extramurale verpleging. In België, Frankrijk en de Verenigde Staten werd echter melding gemaakt van een grote groep vrijgevestigde verpleegkundigen. Deze vrijgevestigde verpleegkundigen kunnen zich uithuren aan organisaties, maar blijven in feite kleine zelfstandigen.

#### *Geografische werkgebieden*

In de meeste landen werken verpleegkundigen of verpleegkundige teams voor een vastomlijnd geografisch gebied. Het huisarts-gebonden werken lijkt iets te zijn wat alleen in Groot-Brittannië voorkomt, hoewel er experimenten aan de gang zijn in Finland en er in Nederlandse gezondheidscentra wel vaak huisarts-gebonden wordt gewerkt. Er is echter een belangrijk verschil tussen Finland en Engeland. In Finland werken huisartsen voor een vastom-

lijnd geografisch gebied, terwijl in Groot-Brittannië patiënten van huisartsen verspreid wonen. Huisarts-gebonden werken brengt dus in Groot-Brittannië nogal wat extra reistijd met zich mee (zie ook Cumberlege e.a., 1986), terwijl dit in Finland niet het geval is.

#### *Landelijke dekkingsgraad*

Er zijn twee landen waarover gerapporteerd werd dat het netwerk van extramurale verpleegkundige voorzieningen nog gaten vertoont. Die landen zijn Frankrijk en Duitsland. Het ging hierbij meestal om rurale gebieden.

#### **Conclusies met betrekking tot de organisatie van de extramurale verpleging**

- \* *Ten eerste kan geconcludeerd worden dat in alle bestudeerde landen organisaties die extramurale verpleging leveren aanwezig zijn. In Frankrijk en Duitsland heeft het netwerk van extramurale verpleegkundige voorzieningen echter nog geen landelijke dekkingsgraad. In een aantal rurale gebieden ontbreekt deze voorziening. In België, Frankrijk en de Verenigde Staten is daarnaast een grote groep vrijgevestigde verpleegkundigen werkzaam in het extramurale veld. Deze vrijgevestigde verpleegkundigen kunnen in de betreffende landen worden ingehuurd door de thuiszorgorganisaties. Een dergelijke situatie zou in Nederland als de stelselwijziging van kracht wordt ook tot de mogelijkheden behoren.*
- \* *Een tweede conclusie is dat van de bestudeerde landen er evenveel landen zijn waar de thuisverpleging en de preventieve jeugdgezondheidszorg deel uitmaken van dezelfde organisatie als waar deze soorten zorg door gescheiden organisaties wordt geleverd. Een duidelijke voorkeur voor één van de beide systemen is in deze studie niet naar voren gekomen.*
- \* *Ten derde kan geconcludeerd worden dat in veel landen sprake is van een streven naar een nauwere samenwerking tussen extramurale verpleging en gezinsverzorging binnen de thuiszorg. De Nederlandse situatie is wat dit betreft niet uniek. In Duitsland, Finland en Noorwegen maken extramurale verpleging en gezinsverzorging als regel deel uit van dezelfde organisatie. Met name in Duitsland worden beide soorten zorg ook vanuit dezelfde lokatie verleend. Engeland vormt hier een uitzondering op. Daar ligt het accent veel meer op de samenwerking tussen extramurale verpleegkundigen en huisartsen. De meeste verpleegkundigen werken daar huisartsgebonden.*
- \* *Een laatste conclusie is dat alleen in Nederland, België en Finland sprake is van een volledige 24-uurs bereikbaarheid bij alle organisaties voor*

*thuisverpleging.*

### **11.3. Financiering van de extramurale verpleging**

#### *Vergoedingensysteem*

De verpleegkundigen zelf, die in een organisatie werken krijgen doorgaans een vast salaris. De vrijgevestigde verpleegkundigen in Frankrijk en België worden echter op basis van verrichtingen betaald. Dit zijn ook de enige twee landen waar men werkt met een nomenclatuur (zie onder).

In principe zijn er twee manieren waarop een organisatie betaald kan worden:

#### *Per verrichting*

Er zijn verschillende soorten van vergoeding per verrichting. Bij de meest eenvoudige vorm vindt vergoeding plaats volgens een nomenclatuur. Deze nomenclatuur bevat een lijst met verpleegkundige verrichtingen met daarachter de prijs van die verrichting. Dat bedrag kan dan aan de patiënt of aan de organisatie vergoed worden. Dit systeem is onderdeel van het vergoedingensysteem in België en Frankrijk.

Daarnaast kan vergoeding per huisbezoek plaats vinden. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden naar soort huisbezoek, waarbij het soort huisbezoek bepaald wordt aan de hand van de soort zorg die verleend wordt. Dit is het geval in Duitsland.

Ook in de Verenigde Staten vindt vergoeding vaak per huisbezoek plaats. Weer een andere variant is vergoeding per zorgdag. Dit is het geval in België waar het gaat om matig of zwaar zorgbehoevende patiënten. Het te vergoeden bedrag varieert hier met de mate van zorg afhankelijkheid van de patiënt.

#### *Forfaitair*

De meest uitgesproken vorm van dit systeem is te vinden in Engeland, Finland, Noorwegen, Nederland en Canada (Ontario). In Finland en Noorwegen wordt het bedrag door de centrale overheid aan de lokale overheid betaald, afhankelijk van bijvoorbeeld het aantal inwoners in de gemeente. In Engeland bestaat een vergelijkbaar systeem en wordt het bedrag, afhankelijk van personeelssterkte, aan de District Health Authorities betaald. In Canada (Ontario) wordt door de provinciale overheid betaald aan de lokale afdelingen van de Victorian Order of Nurses. In Nederland zijn de kruisorganisaties de ontvangende partij.

In Frankrijk bestaat, naast de nomenclatuur, een bijzondere vorm van de bedrag-ineens-methode. Hier krijgt een organisatie van de ziekenfondsen toestemming om een vantevoren bepaald aantal patiënten te verzorgen. De vergoeding is afhankelijk van dit aantal, waarbij er een

onderscheid gemaakt wordt tussen patiënten in 'het ziekenhuis thuis'-programma en het 'thuiszorg voor ouderen'-programma.

Op het gebied van vergoedingen zijn enige recente ontwikkelingen vermeldenswaardig. Ten eerste is er de recente (gedeeltelijke) overschakeling in België van de nomenclatuur naar een vergoeding per zorgdag die verschilt tussen matig en zeer zorgafhankelijke patiënten. De reden voor deze overschakeling is dat men in België zeer ontevreden is over de financiering per verrichting. Met dat financieringssysteem blijkt het namelijk nauwelijks mogelijk om integrale verpleegkundige zorg te bieden aan de patiënt en zijn omgeving.

Ten tweede is er een soortgelijke ontwikkeling aan de gang in Frankrijk. In een recente overheidspublicatie wordt de wens te kennen gegeven bij de thuiszorg voor ouderen over te schakelen op een systeem waarbij de vergoeding, evenals in België, varieert met de mate van zorgafhankelijkheid van de patiënt.

Ten derde zijn er volgens recente bronnen ook in Duitsland plannen om over te gaan op een systeem waar de vergoeding afhankelijk is van kenmerken van de patiënt (Tophoven, 1991).

Tenslotte is op het gebied van het stimuleren van mantelzorg Duitsland vermeldenswaardig. In Duitsland kunnen patiënten zelf de Grundpflege en de gezinsverzorging regelen en daarvoor maximaal 400 DM per maand ontvangen. Bovendien is er voor de mantelzorg de mogelijkheid vakantie op te nemen. De patiënt waarop deze zorg betrekking had kan aanspraak maken op een extra geldbedrag om gedurende deze vakantie andere hulp in te schakelen. Hiermee lijkt Duitsland het enige land waar gebruik wordt gemaakt van financiële middelen om mantelzorg te stimuleren.

#### *Eigen bijdragen*

In de meeste landen wordt een eigen bijdrage gevraagd voor medicijnen en voor een aantal medische diensten. De extramuraal verpleging is in veel landen echter gratis (tabel 11.5). Dit meestal in tegenstelling tot de gezinsverzorging, waar een eigen bijdrage voor gevraagd wordt afhankelijk van inkomen. België en Nederland zijn de enige twee landen waar lidmaatschapsgeld wordt gevraagd. Daarbovenop wordt in België aan niet-aanvullend verzekerde personen (maar dat zijn er weinig) een eigen bijdrage gevraagd. Ook in Frankrijk wordt aan niet-aanvullend verzekerde personen een eigen bijdrage gevraagd, evenals in de Verenigde Staten.

Tabel 11.5: Eigen bijdrage in de wijkverpleging in negen landen

	ja / nee	indien ja: hoeveel
België	ja	lidmaatschaps- geld + kosten afhankelijk van verzekering
Canada	nee	--
Duitsland	nee	--
Engeland	nee	--
Finland	nee	--
Frankrijk	afhankelijk van verzekering	afhankelijk van verzekering
Nederland	ja	lidmaatschaps- geld
Noorwegen	nee	--
Verenigde Staten	afhankelijk van verzekering	afhankelijk van verzekering

#### *Maxima aan de zorgverlening*

In sommige landen geldt een officieel maximum aan de hoeveelheid zorg waar een verzekerde recht op heeft. In België, Engeland, Finland en Noorwegen is dit echter niet het geval.

In Canada heeft een verzekerde recht op 3 tot 4 huisbezoeken per dag gedurende een beperkte periode. Daarna geldt een maximum van één à twee huisbezoeken.

In Frankrijk (bij de Santé Service Charente) geldt een dagelijks maximum van 4 huisbezoeken van 30 minuten door infirmières en 2 huisbezoeken (of 1,5 uur) door een aide soignante.

In Duitsland hebben ziekenfondsverzekerden recht op drie huisbezoeken per dag gedurende vier weken als het gaat om Behandlungspflege. Daarna is speciale toestemming nodig van het ziekenfonds. Voor gezinsverzorging en Grundpflege is er een maximum van 25 huisbezoeken per maand.

In Nederland wordt door de meeste kruisorganisaties als richtlijn maximaal 2,5 uur of 3 huisbezoeken per dag aangehouden.

In de Verenigde Staten verschilt het maximum per verzekerende instantie.



In veel landen worden uitzonderingen op deze maxima gemaakt voor patiënten in de terminale fase. In sommige gevallen wordt deze zorg verleend door aparte organisaties.

#### *For-profit versus non-profit*

In alle besproken landen wordt extramurale verpleging in hoofdzaak verleend vanuit non-profit organisaties. In veel landen wordt echter wel overwogen om in het systeem een element van concurrentie in te brengen (Nijkamp e.a., 1991). Dit kan betekenen dat de for-profit sector gaat groeien, een ontwikkeling die niet door iedereen wordt toegejuicht.

De Verenigde Staten is het enige land in de studie met een omvangrijke for-profit sector. In een studie door Shuster en Cloonan (1991) wordt het verschil tussen for-profit en non-profit organisaties onderzocht voor zover het gaat om case management, patiëntenpopulaties en zorgverlening. Op het gebied van case management werden slechts marginale verschillen gevonden. Voor wat betreft de patiëntenpopulaties waren de verschillen groter. Bij for-profit organisaties was sprake van een hoger percentage Medicare patiënten en een lager percentage Medicaid, zelfbetalers en armlastigen. Het meest opvallende verschil bleek echter het aantal huisbezoeken per patiënt: gemiddeld 10 bij for-profit organisaties en gemiddeld 21 bij non-profit organisaties. Dit zijn verschillen waar bij de invoering van concurrentie in de gezondheidszorg rekening mee gehouden dient te worden.

#### ***Conclusies met betrekking tot de financiering van extramurale verpleging***

- \* *Extramurale verpleging wordt in de bestudeerde landen voornamelijk verleend vanuit non-profit organisaties. De wijze van financiering van extramurale verpleging kent twee hoofdvarianten: per verrichting en forfaitair. De financiering per verrichting is onderdeel van het vergoedingensysteem in België en Frankrijk. Nederland, Engeland, Finland, Noorwegen en Canada (Ontario) kennen een forfaitaire financiering. Uit het systeem in België blijkt dat wanneer preventieve en begeleidende zorg door verpleegkundigen niet als zodanig is opgenomen in de nomenclatuur, deze zorg ook niet tot nauwelijks wordt geboden. Dit ondanks het feit dat men het wel noodzakelijk acht. Voor het toekomstige financieringssysteem van de functie verpleging in Nederland betekent dit dat preventieve en begeleidende taken als zodanig expliciet benoemd dienen te worden om deze soorten verpleegkundige zorg veilig te stellen.*
  
- \* *De meeste bestudeerde landen kennen géén eigen bijdrage voor extramurale verpleging. Nederland en België zijn de enige landen waar de consument lidmaatschapsgeld moet betalen om gebruik te kunnen maken van*

*de diensten van de Kruisorganisaties. Voor de gezinsverzorging daarentegen wordt in de meeste landen een inkomensafhankelijke bijdrage gevraagd.*

## **11.4. Soorten verpleegkundigen**

Er kan op twee manieren een onderscheid worden gemaakt tussen extramurale verpleegkundigen:

1. Naar deskundigheidsniveau, dit betreft de verticale functiedifferentiatie;
2. Naar taakverdeling, met name tussen preventieve jeugdgezondheidszorg en thuisverpleging, dit betreft specialisatie of horizontale functiedifferentiatie.

### *Verticale functiedifferentiatie*

In alle bestudeerde landen blijken tenminste twee niveaus van deskundigheid te bestaan bij de extramurale verpleegkundigen die de directe patiëntenzorg verlenen. Daarbij werden nauwelijks problemen genoemd met betrekking tot de patiënttoewijzing aan de verschillende deskundigheidsniveau binnen de thuisverpleging. Het tweede deskundigheidsniveau wordt veelal ingezet bij patiënten die lichamelijk-hygiënisch en eenvoudige verpleeg-technische zorg nodig hebben. België is het enige land waar in de praktijk bij het toewijzen van patiënten geen onderscheid wordt gemaakt naar het deskundigheidsniveau van de thuisverpleegkundigen. Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen hebben namelijk ook dezelfde bevoegdheden.

In de meeste landen worden de intake-gesprekken gedaan door de verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau. Op basis van het intake-gesprek bepalen zij wie welke zorg gaat verlenen bij de betreffende patiënt en wordt de evaluatie door hen gedaan. Uitzonderingen in dit opzicht vormen Canada en België. Canada (Ontario) is het enige land waar de intake losgekoppeld is van de zorgverlening. De intake wordt gedaan door een home care coördinator die meestal vanuit het ziekenhuis werkt. Deze bepaalt tevens de frequentie van de huisbezoeken en de frequentie waarmee geëvalueerd wordt. In België doen zowel verpleegkundigen van het eerste als het tweede deskundigheidsniveau de intake-gesprekken. De intake dient daar, met het oog op de financiering, vooral om de mate van zorgafhankelijkheid van de patiënt vast te stellen. Voor de vergoeding per verrichting is een voorschrift van de huisarts noodzakelijk. In feite wordt dan door de huisarts bepaald welke zorg geleverd dient te worden. Hetzelfde geldt in Duitsland en Frankrijk waar ook een verwijzing door de huisarts noodzakelijk is.

Uit een aantal landen werd gemeld dat er behoefte is aan meer personeel

van een lager deskundigheidsniveau. Het tweede deskundigheidsniveau wordt, zoals vermeld, met name ingeschakeld voor de lichamelijk-hygiënische zorg. De groeiende zorgbehoefte heeft in veel landen met name betrekking op deze vorm van zorg. Het werd derhalve zinvol geacht om, ondanks de van land tot land verschillende opleidingen, te kijken naar de numerieke verhouding tussen personeel van de verschillende deskundigheidsniveaus. Bij de verhoudingsgetallen is aangegeven hoe deze tot stand zijn gekomen. Voor de Verenigde Staten en Canada ontbraken de noodzakelijke gegevens.

Tabel 11.6: Verhouding tussen verschillende deskundigheidsniveaus in zeven landen

België (Wit-Gele Kruis, exclusief vrijgevestigde) gegradueerd : gebrevetteerd : ziekenhuis assistent	1 : 1.5 : 0.2
Duitsland Krankenschwester : Altenpflegerin : Krankenpflegehelferin	1 : 0.2 : 0.1
Engeland (District Nursing) registered nurses : enrolled nurses	1 : 0.5
Finland public health : registered : practical	1 : 0.3 : 0.3
Frankrijk (SAD-services in 1984) infirmières + vrijgevestigd : aides soignantes	1 : 1
Nederland wijkverpleegkundige : wijkziekenverzorgende	1 : 0.3
Noorwegen extramuraal verpleegkundigen : hjelpepleier	1 : 0.4

Uit de tabel komt naar voren dat er in Frankrijk en België verhoudingsgewijs meer verpleegkundigen van een lager deskundigheidsniveau zijn dan in de andere landen. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat er in België weliswaar een verschil in opleiding tussen gebrevetteerde en gegradueerde verpleegkundigen is, maar dat dit verschil niet tot uitdrukking komt in een verschillende taakverdeling en bevoegdheden.

#### *Horizontale functiedifferentiatie / specialisatie*

Uit de studie komt naar voren dat Nederland het enige land is waar extramuraal verpleegkundigen generalistisch werken. In de andere landen zijn de verpleegkundigen gespecialiseerd of wel in de preventieve jeugdgezondheidszorg of wel in de thuisverpleging. Zoals eerder vermeld, worden in een aantal

landen (België, Canada, Duitsland en de Verenigde Staten) deze soorten zorg niet alleen door verschillende verpleegkundigen, maar ook door verschillende organisaties geleverd. In de meeste landen zijn er tevens verschillende opleidingen voor de twee soorten zorgverlening. Het voortbestaan van het all-round werken van de wijkverpleging in Nederland is echter niet zeker. Binnen veel kruisorganisaties vindt momenteel discussie plaats over het feit of all-round werken nog wel haalbaar is, of is al besloten tot een splitsing tussen jeugdgezondheidszorg en thuiszorg.

In Finland lijkt het omgekeerde het geval te zijn. Na enige jaren ervaring met specialisatie, zowel in taakuitvoering als in opleiding, wordt in sommige gemeenten weer de all-round benadering toegepast. Hiervan wordt gehoopt dat het de betrokkenheid van de verpleegkundigen bij de bevolking en andersom zal vergroten. Vooral in dunbevolkte gebieden blijkt specialistisch werken wegens lange reisafstanden een probleem te zijn.

In Engeland staat de bestaande verdeling in preventieve en curatieve zorg tussen health visitors en district nurses ter discussie. De preventieve zorg voor ouderen dreigt namelijk tussen de wal en het schip te vallen: Health visitors geven een lage prioriteit aan deze leeftijdsgroep en de district nurses verplegen vooral ouderen, maar richten zich niet op de gezonde ouderen omdat dat bij de taak van de health visitor hoort. Sommigen vinden dat een aparte verpleegkundige voor de 'zieke' ouderen en een andere voor de 'gezonde' ouderen weinig efficiënt is en pleiten er voor dat district nurses ook de preventieve zorg aan ouderen gaan verlenen (Ross, 1985; 1987; Slater, 1987).

Daarnaast maken health visitors en district nurses deel uit van verschillende teams, waardoor ze slecht van elkaars werkzaamheden op de hoogte zijn en gemakkelijk langs elkaar heen werken. Cumberlege e.a. (1986) pleiten dan ook voor geïntegreerde teams die elk verantwoordelijk zijn voor een 'neighbourhood', dat wil zeggen een werkgebied van 10.000 tot 25.000 inwoners.

Naast specialisatie in de preventieve jeugdgezondheidszorg of thuisverpleging, is er in een aantal landen een behoefte aan of een tendens waar te nemen tot specialisatie of horizontale functiedifferentiatie binnen de thuisverpleging. In Canada (Ontario) is er volgens Pringle (1989) een toenemende tendens om specialistische teams te vormen binnen de thuiszorg. Dergelijke teams specialiseren zich bijvoorbeeld in pijnbestrijding, zuurstoftoediening of demente ouderen. In dichtbevolkte gebieden zijn al gespecialiseerde teams werkzaam, waarbij de thuisverpleegkundigen echter verantwoordelijk blijven voor de patiënten bij wie specialistische zorg niet nodig is. In Nederland wordt momenteel bij een aantal kruisorganisaties gewerkt met aandachtsgebieden binnen de wijkverpleging, bijvoorbeeld op het terrein van CARA, diabetes of oncologie. Tevens is in Nederland recent gestart met de opleiding

tot verpleegkundig specialist. Ook in Engeland zijn er verpleegkundigen die zich hebben gespecialiseerd op een bepaald zorgterrein binnen de thuisverpleging. Bijvoorbeeld op het terrein van de stomazorg, kanker, diabetes of incontinentie (Baker e.a., 1987). Deze 'clinical nurse specialists' zijn meestal gestationeerd in het ziekenhuis maar werken transmuraal, dat wil zeggen zowel in het ziekenhuis als in de wijk. Deze verpleegkundigen houden zich zowel bezig met de directe patiëntenzorg als met het geven van consultatie en deskundigheidsbevordering aan de intra- en extramurale verpleegkundigen. Tenslotte wordt in Noorwegen voor specialistische kennis door extramurale verpleegkundigen een beroep gedaan op intramurale verpleegkundigen.

### *Opleiding*

De duur van de opleiding van verschillende soorten verpleegkundigen in de bestudeerde landen wordt getoond in tabel 11.7. Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de tabel is echter geboden. De duur en het niveau van de vereiste vooropleiding wordt namelijk niet vermeld. Voorts gaat het in de tabel slechts om de basisopleidingen. Cursussen en aanvullende opleidingen staan niet vermeld.

Ten derde dient vermeld te worden dat het bij de verschillende typen verpleegkundigen slechts gaat om de minimale eisen.

Tabel 11.7: Duur van de basisopleiding van verschillende soorten verpleegkundigen en % besteed in de praktijk tijdens de opleiding

land	soort verpleegkundige	duur van de studie	% praktijk*
België	sociaal verpl.	4 jaar	n.a.
	gegradueerde verpl.	3 jaar	62%
	gebrevetteerde verpl.	3 jaar	n.a.
	ziekenhuis assistent	2 jaar	n.a.
Canada	clinical nurse specialist	4 jaar universiteit	n.a.
	public health nurse	4 jaar universiteit	n.a.
	registered general nurse	2-3 jaar college	n.a.
	registered nurse assistant	1 jaar college	n.a.
Duitsland	(Kinder)krankenschwester	3 jaar	65%
	Altenpfleger	3 jaar	46-55%
	Krankenpflegehilfe	1 jaar	69%
Finland situatie na 1987	specialistische verpl. (waaronder public health nurses)	3,5-4,5 jaar	n.a.
	practical nurses	1,5-2,5 jaar	n.a.
Frankrijk	infirmière	3 jaar	51%
	aide soignante	1 jaar	n.a.
Groot Brittannië	registered nurse	3 jaar	80%
	district nurse	4 jaar	n.a.
	public health nurse	4 jaar	n.a.
	enrolled nurse	2 jaar	n.a.
	auxiliary	verschillend	n.a.
Nederland	wijkverpleegkundige	4-5 jaar	39%
	wijkziekenverzorgende	3 jaar	n.a.
Noorwegen	helsesøstere	4 jaar	n.a.
	hjemmesykepleier	3 jaar	n.a.
	hjelpepleier	2 jaar	n.a.
Verenigde Staten	registered nurse	verschillend	n.a.
	licenced practical nurse	1 jaar	n.a.

\* (Bron: informatiebrochure bij de 'premier colloque infirmier d'Europe, Strassbourg 5-6-7 Fevrier 1991; Schnell, 1987))

n.a. = informatie niet aanwezig

Uit de tabel blijkt dat de duur van de opleiding voor het eerste deskundigheidsniveau varieert tussen drie en vijf jaar. Voor het laagste deskundigheids-

niveau varieert de duur van de opleiding tussen de één en drie jaar. Zoals gezegd is er in de meeste landen een aparte opleiding tot verpleegkundige in de jeugdgezondheidszorg. Een speciale opleiding voor de thuisverpleging (volwassenen- en ouderenzorg) komt minder voor en vindt meer plaats in de vorm van cursussen dan in de vorm van dagopleidingen. Hierbij dient te worden aangetekend dat er in de basisopleiding tot verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau, in ieder geval in Noorwegen en Groot-Brittannië, meer aandacht aan de werkzaamheden in de wijk wordt besteed. Uit alle landen, behalve Frankrijk, werd gemeld dat er universitaire opleidingen voor verpleegkundigen zouden worden opgericht of reeds bestonden.

### ***Conclusies met betrekking tot de soorten extramurale verpleegkundigen***

- \* In alle bestudeerde landen wordt met tenminste twee deskundigheidsniveaus gewerkt binnen de extramurale verpleging. In de meeste landen, behalve in België en Frankrijk, zijn daarbij verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau veruit in de meerderheid. Verpleegkundigen van het tweede deskundigheidsniveau worden veelal ingezet bij patiënten die lichamelijk-hygiënische of eenvoudige verpleeg-technische zorg nodig hebben.*
- \* De intake-gesprekken worden in de meeste landen gedaan door verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau. Alleen in Canada (Ontario) wordt gewerkt met aparte intake-functionarissen.*
- \* Nederland is het enige land waar wijkverpleegkundigen generalistisch werken, ook al lijkt daar momenteel verandering in te komen. In de andere bestudeerde landen werkt men gespecialiseerd binnen de extramurale verpleging: of wel binnen de thuisverpleging of wel binnen de preventieve jeugdgezondheidszorg. Veelal zijn er ook verschillende opleidingen voor deze twee typen extramurale verpleegkundigen. In Finland blijkt echter dat in dunbevolkte gebieden gespecialiseerd werken tot te lange reisafstanden van de extramurale verpleegkundigen leidt.*
- \* In een aantal landen blijkt ook binnen de thuisverpleging steeds vaker behoefte te bestaan aan specialistische verpleegkundige kennis. Hiervoor maakt men gebruik van verschillende oplossingen: het werken met gespecialiseerde teams van verpleegkundigen (Canada), het werken met aandachtsgebieden binnen de thuisverpleging (Nederland), transmuraal werkende verpleegkundig specialisten (Engeland) en het gebruikmaken van specialistische kennis van intramurale verpleegkundigen (Noorwegen).*

## 11.5. Samenwerking met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen

In alle landen onderhoudt de extramurale verpleging contacten met huisartsen, gezinsverzorging en ziekenhuizen. Contact met huisartsen vindt het meest frequent plaats. In alle landen kunnen medisch-technische handelingen door extramurale verpleegkundigen slechts op voorschrift van de huisarts worden verricht. Beperkte voorschrijfbevoegdheid is er alleen bij de 'nurse practitioners' in de Verenigde Staten. In sommige landen (Frankrijk, Duitsland en de Verenigde Staten) is voor de financiering voor alle soorten verpleegkundige zorgverlening in de thuissituatie een voorschrift van de huisarts nodig. Met uitzondering van de hygiënische zorg is dit ook het geval in België. Deze afhankelijkheid van de huisarts wordt soms als een probleem beschouwd, daar het afbreuk doet aan de autonomie van verpleegkundigen. Het aantal huisartsen waarmee een verpleegkundige te maken heeft, varieert in alle landen, afhankelijk van de urbanisatiegraad. Engeland en Finland zijn de enige landen waar extramurale verpleegkundigen huisarts-gebonden werken. Doordat in Engeland de patiënten van een huisarts niet binnen een afgebakend geografisch gebied wonen, brengt dit voor de extramurale verpleegkundigen extra lange reistijden met zich mee.

In de meeste landen (behalve Engeland) is sprake van een trend naar nauwere samenwerking tussen gezinsverzorging en extramurale verpleging. Nederland is wat dit betreft niet uniek. Wanneer extramurale verpleging en gezinsverzorging niet deel uitmaken van dezelfde organisatie vindt overleg meestal plaats op ad-hoc basis. De taakverdeling tussen verpleegkundigen en gezinsverzorgenden wordt in de meeste landen niet als problematisch beschouwd.

Ook overleg met ziekenhuisverpleging vindt in de meeste landen bij de overdracht van patiënten vaak op ad-hoc basis plaats. In sommige landen zijn echter verpleegkundigen (zogenaamde liaison-verpleegkundigen) die zich speciaal met de relatie tussen extra- en intramurale verpleging bezighouden ter bevordering van de continuïteit van zorg. Soms zijn deze aangesteld in het ziekenhuis, soms binnen de extramurale verpleging. Slechts in weinig landen werden problemen gemeld rond de verpleegkundige overdracht van patiënten van het ziekenhuis naar de thuiszorg en omgekeerd.

### ***Conclusie met betrekking tot de samenwerking***

*\* In de landen waar extramurale verpleegkundigen, in verband met de financiering, op voorschrift van de huisarts moeten handelen, worden problemen met betrekking tot de autonomie van verpleegkundigen ervaren. Wat*



*de samenwerking met de gezinsverzorging en de intramurale verpleging betreft, wordt in de meeste landen weinig problemen ervaren.*

## **11.6. De arbeidsmarkt voor de extramurale verpleging**

Uit alle landen werd een (dreigend) tekort aan verpleegkundig personeel gemeld. In sommige landen werd gemeld dat verpleegkundig personeel in ziekenhuizen beter betaald wordt en werd voor opheffing van dit verschil met de extramurale verpleging gepleit.

Voorts werd uit een aantal landen een toename van het aantal part-timers gemeld en een groot verloop onder extramurale verpleegkundigen.

Het niet aantrekkelijk zijn van het beroep vanwege de hoge werkdruk en weinig carrièreperspectief werd tenslotte ook vaak genoemd als oorzaak van het tekort aan personeel.

Het delegeren van minder gecompliceerde verpleegkundige zorg naar lager gekwalificeerd personeel werd in Engeland als mogelijke oplossing gesuggereerd om het beroep aantrekkelijker te maken. In de meeste landen (ook in Engeland) zijn echter relatief weinig verpleegkundigen van het tweede of lagere deskundigheidsniveaus werkzaam.

### ***Conclusie met betrekking tot de arbeidsmarkt***

*\* In alle bestudeerde landen heerst een (dreigend) tekort aan personeel binnen de extramurale verpleging, hetgeen wordt toegeschreven aan het feit dat het beroep als weinig aantrekkelijk wordt gezien. Er worden verschillende oplossingen gesuggereerd om het beroep van extramurale verpleegkundige aantrekkelijker te maken en daardoor tekorten op de arbeidsmarkt te verkleinen of tegen te gaan: hogere salarissen, in ieder geval dat de achterstand in salaris ten opzichte van de intramurale verpleging wordt ingehaald; een grotere autonomie van extramurale verpleegkundigen ten opzichte van huisartsen; minder complexe taken delegeren aan lager gekwalificeerd personeel; betere secundaire arbeidsvoorwaarden zoals kinderopvang, waardoor het beroep beter te combineren is met het hebben van een gezin; en tot slot wordt er in een aantal landen voor gepleit om tijdens de opleiding meer aandacht te besteden aan de thuisverpleging, waardoor de opleiding en de praktijk beter op elkaar aansluiten.*

## Literatuur

- BAKER, G., J.M. BEVAN, L. MCDONNELL AND B. WALL. Community Nursing; Research and Recent Developments. New York: Croom Helm, 1987.
- CUMBERLEGE, J., A. CARR, P. FARMER, E. GILLEPSIE. Neighbourhood Nursing: A Focus for Care. Report of the Community Nursing Review Team. London: Her Majesty's Stationery Office 1986.
- OECD. Ageing populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- PRINGLE, D.M. Community Nursing in Canada. In: A. Kerkstra & R.A. Verheij (eds.). Community Nursing; proceedings of the International Conference on Community Nursing, 16-17 March, 1989. Utrecht: NIVEL, 1989.
- ROSS, F. A challenging district. Nursing Mirror 180 (1985) 8, pp. 35-37.
- ROSS, F. District Nursing. Recent Advances in Nursing (1987) 15, pp. 132-160.
- SHUSTER, G.F. & P.A. CLOONAN. Home Health Nursing Care: A comparison of not-for-profit and for-profit agencies. Home Health Care Services Review Quarterly 12 (1991) 1.
- SLATER, J. Health for all. Journal of District Nursing 6 (1987) 4, pp. 18-22.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvingen: Statistisk Sentralbyrå, 1990.
- TOPHOVEN, C. Die Absicherung des Pflegerisikos aus Sichte der GKV. In: Arbeit und Sozialpolitik (1991) 3-4.

## LITERATUUR

- ADRIAANSEN, M., B. VAN DER LAAN. Extramurale Gezondheidszorg; Functie en taken van de wijkverpleegkundige. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
- AHO, S-L., S. ELFVING. Norms set for health care: functions and personnel. Helsinki: 1987.
- ASSEMBLE NATIONALE. Rapport d'Information N<sup>o</sup>2135 déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires culturelles familiales et sociales sur les personnes âgées dépendantes, vivre ensemble. Paris: Assemblée Nationale, 1991.
- ASSOCIATION MÉDICO SOCIALE ANNE MORGAN: Bilan d'activités Hospitalisation à Domicile, 1989.
- ASSOCIATION MÉDICO SOCIALE ANNE MORGAN: verschillende brochures.
- ASSOCIATION MÉDICO SOCIALE ANNE MORGAN: Rapport d'activités. Soissons: 1989.
- BAKER, G., J.M. BEVAN, L. MCDONNELL AND B. WALL. Community Nursing; Research and Recent Developments. New York: Croom Helm, 1987.
- BAKKER, D.H. DE. Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in de eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht: NIVEL 1988.
- BESLUIT ERKENNINGSNORMEN KRUISORGANISATIES 1981. In: Maatschappelijke Gezondheidszorg 9 (1981) 7/8, pp. 52-58.
- BØLSTAD, J., B. MELBYE. Sosialdepartementets omsorgsserie 1/90; Omsorgstjenester i utvikling; Program og prosjekter. Oslo: Sosialdepartementet, 1990.
- BRANDT, F., R. SCHWEIKART. Häusliche Pflegehilfen für Schwerpflegebedürftigen; Zwischenbericht zum Modellversuchs de Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., 1990.
- BUHLER-WILKERSON, K.. Home care the American Way. Paper presented at the International Conference on Community Nursing, 16-17 March 1989. 's-Hertogenbosch, The Netherlands.
- BUIJSSEN, H., N. BURGERS. Gedifferentieerd werken biedt voordelen, maar all-round werken blijft ideaal. Maatschappelijk Gezondheidszorg 16 (1988) 2, pp.12-14.
- BUNCH, E.H. Manpower Study; are they helpful and what can they tell us? Paper presented at WENR, June 26-29, 1988.
- BURMEISTER, I., N. GOSCHIN, E. HOLTHAUS, J. KORPORAL, H. MÜLLER, J. RÄBIGER, U. RAHE-BADENHOOP, H. WILKE, A. ZINK. Häusliche Kinderkrankenpflege; Modellprojekt externer Pflegedienst in Berlin. Band II: Ergebnisse der sozialmedizinischen und ökonomische Begleitung. Gerlingen: Robert Bosch Stiftung, Bleicher Verlag, 1989.
- BUTTERWORTH, C.A. The Nurse Practitioner in the United Kingdom. Accepted for publication in the Journal of the Academy of Nurse Practitioners.

- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Maandbericht Gezondheidsstatistiek. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland. Den Haag: SDU, 1989.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistical Yearbook of the Netherlands. 's-Gravenhage: Central Bureau of Statistics, 1991.
- CENTRAL BUREAU OF STATISTICS OF NORWAY. Rapport 90/18. Kommunehelsetjenesten for 1989. Oslo-Kongsvinger: 1990.
- COBURN, D. The development of Canadian nursing: professionalisation and proletarianisation. *International Journal of Health Services* 18 (1988) 3.
- COLLARIS, J.W.M., C. DE KLEIN. Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief: Voorstudies en achtergronden. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- COMMISSARIAT-GENERAL FOR INTERNATIONAL CO-OPERATION - FLEMISH COMMUNITY. Flanders fact-sheet "child and family". Brussels: 1990.
- COMMISSIE WERNER (COMMISSIE POSITIEBEPALING BEROEP VAN VERPLEEGKUNDIGE EN VERZORGENDE). In Hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.
- CROMBIE, D.L., J. VAN DER ZEE, P. BACKER, (eds.). The Interface Study: COMAC-HSR in collaboration with European General Practice Research Werkshop. London: RCGP, 1990.
- CUMBERLEGE, J. A. CARR, P. FARMER, E. GILLESPIE. Neighbourhood Nursing: A Focus for Care. Report of the Community Nursing Review Team. London: Her Majesty's Stationery Office, 1986.
- DE STANDAARD. Wit-Gele Kruis acht forfait thuisverplegers aanvaardbaar. De Standaard, 26 March 1991.
- DEPARTMENT OF HEALTH. Report on the Advisory Group on Nurse Prescribing. London: 1989.
- DEPARTMENT OF HEALTH. Health and Personal Services Statistics for England 1989. London: Government Statistical Service, 1990.
- DEPPE, H.U., K. PRIESTER. Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege; Arbeitsweise und Stellung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH., 1987.
- DER SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES. Die Berliner Sozialstationen: Angebot und Entwicklung. Bearbeitet von Priv.-Doz. Dr. G. Meinschmidt und Marlies Wanjura. Berlin: 1987.
- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE. Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste (Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflege) im Bundesgebiet. Bearbeitet von R. Höft-Dzemski. Band 65 Schriftenreihe der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 1987.

- DIEBOLT, E., J.P. LAURANT. Anne Morgan; une Américaine en Soissonais (1917-1952); de l'Aisne dévasté à l'action sociale. Soissons: 1990.
- DUNNELL, K. AND J. DOBBS. Nurses Working in the Community; A survey carried out on behalf of the Department of Health and Social Security in England and Wales in 1980. London: Her Majesty's Stationery Office, 1982.
- ELSTAD, J.I. Health services and decentralized government: the case of primary health services in Norway. *International Journal of Health Services* 20 (1990) 4, pp. 545-559.
- ENGLISH NATIONAL BOARD FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING. Annual Report 1989-1990. Sheffield: 1991.
- ESPOO, A.S.. Health expenditure by area in Finland - an indicator of equity. *Health Policy*, 7 (1987) pp. 299-315.
- EUROSTAT. Demographic Statistics 1988. Luxembourg: Office des publications officielles de Communautés européennes, 1988.
- FATCHETT, A.B. Health Visiting: a withering profession? *Journal of Advanced Nursing* (1990) 15, pp. 216-222.
- FINDLAY, M., A. LEONARD, D. MAWSON, A. ROTHWELL, S. STENHOUSE, S. ROGERS. Focus on District Nursing; A study of the District Nursing Service of the Wycombe Health Authority. Wycombe: Wycombe Health Authority and Oxford Regional Health Authority, 1986.
- GEYS, L., H. VAN LOON. Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging? Frequentie van verpleegkundige handelingen in het Wit-Gele Kruis; Concepten en cijfers ter financiering van de thuisverpleging. Brussel: Nationale Federatie Wit-Gele Kruis, 1989.
- GLOERICH, A.B.M., R.T.J. HAMERS, J. VAN DER ZEE, P.P. GROENEWEGEN. Regional variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium and the North of France. Basic information and references. Utrecht: Netherlands institute of primary health care, 1989.
- GOVERNMENT AFFAIRS COMMITTEE. Case Management; a white paper prepared by the government affairs committee, approved by the Board of the National Association for Home Care, January 1990. Washington: 1991.
- GROENEWEGEN, P.P., J. VAN DER ZEE, R. VAN HAAFTEN. Remunerating General Practitioners in Western Europe. Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care 1991.
- GROENEWEGEN, P.P., R. WILLEMSSEN. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 2: buitenlandse ervaringen. Utrecht: NIVEL, 1987.
- HARRIS, M.D., D.A. PETERS, J. IVAN. Relating Quality and Cost in a Home Health Care Agency. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations, 1988.
- HATCHER, G.H., P.R. HATCHER, E.C. HATCHER. Health Services in Canada. In: M.W. Raffel, Comparative Health Systems; Descriptive analysis of fourteen National Health Systems. The Pennsylvania State University, 1984.

- HELSINKI CITY HEALTH DEPARTMENT. Health care in the city of Helsinki. Helsinki: 1987.
- HELSINKI CITY HEALTH DEPARTMENT. A change to community nursing. Handout at Conference on Health Target Challenges to Nursing Practice in Vienna 1988.
- HINGSTMAN, L. Primary care obstetrics and perinatal health in the Netherlands. Paper submitted to the British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Utrecht: NIVEL, 1991.
- HMSO. Promoting Better Health. London: HMSO, 1987.
- HOAD, P. The role of sociology in the teaching of post-registration nurses in Britain. Lecture at the Tenth International Conference on Social Science and Medicine, 1987.
- HOVERSTAD, L., A. JOHANSEN, M. QUIVEY. Analyse av virksomhet i hjemmesykepleien. Oslo: Oslo Helsesrad, rapport nr 3, 1986.
- INSTITUT FÜR GERONTOLOGISCHE FORSCHUNG. Gutachten über Sozialstationen, München: 1987.
- JACKSON, J.E., M. NEIGHBORS. Home Care Client Assessment Handbook. Rockville, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1990.
- JAFFE, M.S., L. SKIDMORE-ROTH. Home Health Nursing Care Plans. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1988.
- KATZ, S., A.B. FORD, R.W. MOSKOWITZ, B.A. JACKSON, M.W. JAFFE. Studies of illness in the aged; the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, Journal of the American Medical Association (1963) pp. 914-919.
- KERKSTRA, A. Community nursing in the Netherlands. In: A. Kerkstra & R. Verheij (eds.). Community Nursing. Proceedings of the International conference on community nursing, 16-17 March 1989, 's-Hertogenbosch, the Netherlands. Utrecht: Netherlands institute of primary health care, 1989.
- KERKSTRA, A. & T. VORST-THIJSSSEN. Factors related to the use of community nursing services in the Netherlands. Journal of Advanced Nursing 16 (1991) pp. 47-54.
- KERKSTRA, A. Lessen uit het buitenland. Maatschappelijke Gezondheidszorg 19 (1991) 2, pp. 24-28.
- KERSTEN, T.J.J.M.T. & E. HACKENITZ. How to bridge the gap between hospital and home. Journal of Advanced Nursing 19 (1991) pp.4-14.
- KIND EN GEZIN. Jaarverslag 1989. Brussels: 1990.
- KONINKLIJK BESLUIT 18 JUNI 1990.
- KOSTER, M.K., J. DEKKER, P.P. GROENEWEGEN. De positie en opleiding van enkele paramedische beroepen in het Verenigd Koninkrijk, Nederland, de Bondsrepubliek Duitsland en België. Utrecht: NIVEL, 1991.
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. Informatiebrochure. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1991.

- LANDESVERSORGUNGSAMT BAYERN. Richtlinien zur Förderung ambulanter sozialpflegerischer Dienste. München: 1989.
- LEMAIRE, G., A. SCHIFFINO, H. VAN LOON. Co-ordination des soins et services à domicile: comment s'y prendre. Bruxelles: Fédération Nationale des Associations Croix Jaune et Blanche, 1990.
- LIUKKO, M., K. PERTILÄ, S. ARO. Small area based population responsibility; an action - research approach to reorganize primary care. Paper issued by National Public Health Institute, Health services research unit. Helsinki: 1990.
- LIUKKO, M., K. PERTILÄ, S. ARO. Egenläkarsystem prövas inom Finländsk primärvård. Nordisk Medicin 106 (1991) 4.
- LOON, H. VAN, GEYS, L.. Patientenprofielen in de thuisgezondheidszorg. Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruisverenigingen, 1990.
- MINISTER OF SUPPLY AND SERVICES CANADA. Health personnel in Canada 1988. Ottawa: 1990.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE. Publication: service des statistiques de études et des systèmes d'information (SESI). Solidarité Santé; Cahiers Statistiques 8. Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées; caractéristiques-activité-clientèle 1984. Paris: 1986.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH, NATIONAL BOARD OF HEALTH. Health Care in Finland. Helsinki: 1987.
- MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS, Regulations concerning statutory nursing in the municipal health service. Oslo: 1983.
- MOSES, E.B.. The registered nurse population; findings from the National Sample Survey of Registered Nurses, March 1988. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing, 1990.
- NATIONAL ASSOCIATION FOR HOME CARE, 1991 Legislative Blueprint for Action.
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in Beeld. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986.
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage jeugdgezondheidszorg 0 - schoolgaand, Kruiswerk 1987. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989.
- NATIONALE KRUISVERENIGING EN LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Medisch handelen door verpleegkundige beroepsbeoefenaars in de thuissituatie, deel 1. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1990.
- NEUHAUS, R., W.F. SCHRÄDER. Planning and management of public health in the Federal Republic of Germany. Health Policy, 5 (1985) pp. 99-109.
- NIJKAMP, P., J. PACOLET, H. SPINNEWYN, A. VOLLERING, C. WILDEROM, S. WINTERS. Services for the elderly in Europe; A cross-national comparative study. Leuven: Commission for the European Communities, 1991.

- NORTH WEST THAMES REGIONAL HEALTH AUTHORITY. Nursing in the community, report of the working group, 1991.
- OECD. Measuring Health Care 1960-1983; expenditure, costs and performance. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1985.
- OECD. Ageing populations; the social policy implications. Paris: Organisation for economic co-operation and development, 1988.
- OECD. Financing and Delivering Health Care; a comparative analysis of OECD countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1987.
- PALLEY, H.A.. Canadian federalism and the Canadian health care program: A comparison of Ontario and Quebec. *International Journal of Health Services* 17 (1987) 4.
- PAULSEN, B. Snakk med de på helsestationen; en analyse av bruk av helsesøstertjenesten. Oslo, Norsk institutt for sykehusforskning, NIS-RAPPORT 3/1990.
- PRINGLE, D.M.. Community Nursing in Canada. In: A. Kerkstra and R. Verheij (eds.): *Community Nursing; proceedings of the International Conference on Community Nursing*, 16-17 March 1989. Utrecht: NIVEL, 1989.
- QUIVEY, M. Community nursing in Norway, In: A. Kerkstra, R. Verheij, *Community nursing; proceedings of the international conference on community nursing 16-17 March 1989*, Utrecht: NIVEL, 1989.
- RAWLINGS, M. Prescription for success. *Community outlook*, March (1991) pp. 36-37.
- RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING. Nationale overeenkomst tussen de gegradueerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, de verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met dezen gelijkgestelden en de verzekerings instellingen. Brussel: 4 December 1990.
- ROEMER, M.I.. *An Introduction to the U.S. Health Care System* (second edition). New York: Springer Publishing Company Inc., 1986.
- ROMØREN, T.I. Kommunehelsetjenestens fem første år. Oslo: Sosialdepartementet Helseavdelingen, Rapport nr. 12, 1989.
- ROPPING, R. Haags Kruiswerk: speciale taken voor de wijkverpleging, maar iedereen wel in de patiëntenzorg. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 17 (1989) 11, pp. 12-14.
- ROSS, F. A challenging district. *Nursing Mirror* 180 (1985) 8, pp. 35-37.
- ROSS, F. District Nursing. *Recent Advances in Nursing* (1987) 15, pp. 132-160.
- SALTMAN, R.B.. Management control in a publicly planned health system: a case study from Finland. *Health Policy* 8 (1987) pp. 283-298.
- SANTÉ SERVICE CHARENTE. Statistiques 1990. Angoulême: 1991.
- SANTÉ SERVICE CHARENTE. Verschillende brochures.



- SCHEPERS, R., H. NYS. De beroepen in de gezondheidszorg. In: H. Nys, M. Foets and J. Mertens (eds.). *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*. Antwerpen: Van Loghum Slaterus (1985) pp. 53-76.
- SCHNELL, W. *Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung: Handbuch zur Aus- und Weiterbildung in der Krankenpflege*. Bonn: Reha-Verlag, 1987.
- SCHOOF, M.-J.. De vier basisdisciplines in de thuiszorg. *Kontakt* nr.45, September 1990.
- SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES. *Jahresgesundheitsbericht 1988*. Berlin: 1990 a.
- SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES. *Rundschreiben über Abschluß einer neuen Entgeltvereinbarung über Hausliche Krankenpflege, Haushaltshilfe und häusliche Pflege für Schwangere*. In: *Amtsblatt für Berlin* 40 (2 November 1990 b) 55.
- SHUSTER, G.F. & P.A. CLOONAN. Home Health Nursing Care: A comparison of not-for-profit and for-profit agencies. *Home Health Care Services Review Quarterly* 12 (1991) 1.
- SIEM, H. *Choices for Health; an introduction to the health services in Norway*. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- SLATER, J. Health for all. *Journal of District Nursing* 6 (1987) 4, pp. 18-22.
- SMITH, F. Pharmacists and the health care team. *Community outlook* (february 1991) pp. 33-34.
- SMITH, G.R. Community Health nursing in the United States. In: A. Kerkstra and R. Verheij: *Community Nursing, Proceedings of the International Conference on community Nursing, 16-17 March 1989, 's-Hertogenbosch, The Netherlands, Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care, 1989*.
- SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN. *Jaarverslag 1990*. Gent: Solidariteit voor het gezin, 1991.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 1990.
- STATISTICAL YEARBOOK OF NORWAY 1990, 109th issue. Oslo-Kongsvinger: Central Bureau of Statistics, 1990.
- STATISTICAL YEARBOOK OF FINLAND. Central Statistical Office of Finland, 1987.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ, *Statistics on health personnel 1983*. Oslo-Kongsvinger: 1984.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ, *Statistical yearbook 1990*. Oslo-Kongsvinger: 1990.
- STEWART, J.. Moving from institutional to community-based services. Paper presented to the annual meeting of the Canadian Hospital Association, June 15, 1984.
- TAVERNE, M. *Thuiszorg werkt in Noorwegen*. Fysiovisie, mei 1990.
- TOPHOVEN, C. Die Absicherung des Pflegerisikos, aus Sichte der GKV. In: *Arbeit und Sozialpolitik* (1991) 3-4.

- UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE (UNASSAD). Various information brochures.
- VAN DEN BERGHE L. Van Nationaal Werk voor Kinderwelzijn naar 'Kind en Gezin'; De groei en ontwikkeling van de kindzorg in Vlaanderen gedurende de 20e eeuw. Welzijnsgids - Organisatie II.B. 1.2, juli 1984.
- VERBEEK, R. Wat doet de districtsverpleegkundige na de reorganisatie. Maatschappelijke Gezondheidszorg 19 (1991) 2, pp. 19-22.
- VISITING NURSE SERVICE OF NEW YORK. Annual report 1989. New York: 1990.
- VORST-THIJSSSEN, T. De zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1987.
- VORST-THIJSSSEN, A., A. v.d. BRINK-MUINEN, A. KERKSTRA. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1990.
- VOSKUILEN, A.H.M.. Thuisverpleging in Nederland en België; afstudeerscriptie gezondheidswetenschappen. Utrecht: NIVEL, 1991.
- WAUTERS, M.. Thuisverpleging in Vlaanderen: op een nieuwe leest geschoeid? Overzicht van de nieuwe reglementering van 21 december 1990. Kontakt nr.47, maart 1991.
- WHITE, E. Community Psychiatric Nursing; the 1990 National Survey. Stockport: Community Psychiatric Nurses Association Publications, 1990.
- WHO. Legislation concerning Nursing/Midwifery Services and Education. Report on a WHO study. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1981.
- WIEGERS, T.A., T.J.J.M.T. KERSTEN. Problemen bij de overdracht van nazorgpatiënten: de continuïteit onderzocht. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 22 (1990) pp. 728-732.
- WIT GELE KRUIS VAN BELGIE. Jaarverslag 1989. Brussels: 1990.
- WVC. Heroverwegingsonderzoek. Van Samenwerken naar Samengaan. Gezinsverzorging en Kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rapport van de heroverwegingswerkgroep. Doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk. 's-Gravenhage: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.
- WVC. Thuiszorg aan bod: beleidsnotitie thuiszorg. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.
- YEARBOOK OF NORDIC STATISTICS 1989. Stockholm: Nordic Council of Ministers and the Nordic Statistical Secretariat, 1990.

## APPENDIX 1

### Lijst van respondenten en reviewers:

Mrs. R. Sullivan, RN, M.H.Sc.  
Regional Director Public Health Nursing  
P.O.Box 8700  
Forest Road  
St. John's  
NEW FOUNDLAND A1B4G6 CANADA

Mrs. D.M. Pringle RN, Ph.D.  
Dean Faculty of Nursing  
University of Toronto  
50 St. Georgestreet  
TORONTO ONTARIO M5S1A1 CANADA

Mr. H. van Loon, general manager  
Nationale Federatie Wit-Gele Kruis  
Ad. Lacomblélaan 69  
1040 BRUSSELS Belgium

Mr. T. Butterworth, professor  
Department of Nursing  
New Medical School Stopford  
Oxford Road  
MANCHESTER 13 9PT UK

Mrs. J. Merrell  
Department of Nursing  
New Medical School Stopford  
Oxford Road  
MANCHESTER 13 9PT UK

Mrs. L.M. Shortridge  
Professor and associate dean  
Lienhard School of Nursing  
Lienhard Hall 304  
861 Bedford Road  
Pleasantville, NY 10570

Mrs. B. Ellefsen, assistant professor  
Institutt for Sykepleievitenskap  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1120 - Blindern  
0317 OSLO 3 Norway

Mrs. J. Goepfing M.A. Ph.D.  
Prof. of Nursing and Area Chair  
Community Health Nursing  
School of Nursing University of Michigan  
400 N. Ingalls  
ANN ARBOR MICHIGAN 48109 USA

Mrs. K. Lonergan  
Director of Business Development  
Visiting Nurse Services of New York  
350 Fifth Avenue, Suite 441  
NEW YORK, NY 10118 USA

Mrs. K. Buhler-Wilkerson  
University of Pennsylvania  
School of Nursing  
420 Service Drive  
PHILADELPHIA PA 19104-6096 USA

Mr. B. Pateman  
Department of Nursing  
New Medical School Stopford  
Oxford Road  
MANCHESTER 13 9PT UK

Mrs. C. Niclausse, délégué général  
Centre d'animation pour soins et services  
aux personnes âgées (C.A.S.S.P.A.)  
35 Boulevard Jeanne d'Arc  
02200 SOISSONS France

Mr. L. Geys, responsable departement nursing  
Nationale Federatie Wit-Gele Kruis  
Ad. Lacomblélaan 69-71  
0040 BRUSSEL Belgium

Mrs. M. Schwertl-Staubach, directeur  
German Nurses' Association  
Arndstrasse 15  
D-6000 FRANKFURT AM MAIN 1 BRD

Mrs. J. Harris, RN, M.P.H.  
Visiting Nurse Association  
Greater Philadelphia  
One Winding Drive  
PHILIDELPHIA, PA 19131-2992 USA

Mr. J. Korporal, Prof. Dr.  
Fachhochschule für Sozialarbeit und  
Sozialpädagogik  
Karl-Chrader-Strasse 6  
1000 BERLIN 10 Germany

Mr. D. Demeester, Head Community Nursing  
Solidariteit voor het Gezin  
Tentoonstellingsstraat 72  
9000 GENT Belgium

Mr. R. Schweikart  
Institut für Sozialforschung  
und Sozialwirtschaft  
Trillerweg 68  
6600 SAARBRÜCKEN Germany

Mrs. Crinque  
Association Medico-Sociale  
Anne Morgan (A.M.S.A.M.)  
31 rue Anne Morgan  
02200 SOISSONS France

Mrs. M. Gabanyi, M.A.  
BASYS GmbH  
Reisinger Strasse 25  
8900 AUGSBURG Germany

Mrs. Gorski  
Santé Service Charente  
62-64 rue Saint-Roch  
16006 ANGOULEME CEDEX France

Mrs. M. Rustad, International Secretary  
Norwegian Nurses Association  
PO Box 2633 - St. Hanshaugen  
0131 OSLO 1 Norway

Mrs. P. Koponen, RN, M.Sc.  
University of Tampere  
Department of Public Health  
P.O.Box 607  
SF - 33101 TAMPERE Finland

Mr. L. Vandenberghe  
Dienst Kind en Gezin  
Hallepoortlaan 27  
1060 BRUSSEL Belgium

Mr. F. Brandt, Dipl.Soz.  
Institut für Sozialforschung  
und Sozialwirtschaft  
Trillerweg 68  
6600 SAARBRÜCKEN Germany

Mr. M. Schneider  
BASYS GmbH  
Reisinger Strasse 25  
8900 AUGSBURG Germany

Docteur Lenquette  
A.N.P.S.  
B.P. 10  
02700 TERGNIER France

Mrs. B.T. Dahlgren, assistant director  
Professional Nursing Department  
Norwegian Nurses Association  
PO Box 2633 - St. Hanshaugen  
0121 OSLO 1 Norway

## APPENDIX 2

### Lijst van bezochte instellingen:

#### DIDSBURY CLINIC

Mrs M. Graham / Mrs J. Saunders  
828 Wilmslow Road  
DIDSBURY England

#### CHORLTON HEALTH CENTRE

Mrs J. Canham / Mrs. C. Leather  
1 Nicolas Road  
MANCHESTER England

#### ZENTRALE AMBULANTE KRANKENPFLEGE

Frau Oldorf  
Hammarskjöldring 75  
6000 FRANKFURT 50 Germany

#### HÄUSLICHE KRANKENPFLEGEDIENST

Hr J. Limbach  
Gossenburg 9  
WUPPERTAL Germany

#### Association Médico Sociale Anne Morgan

Mme Crinque  
31 Rue Anne Morgan  
02200 SOISSONS FRANCE

#### Santé Service Charente

Mme Gorski  
62 Rue Saint-Roch  
16014 ANGOULEME CEDEX FRANCE

#### PHOJANAHON NEUVOLA

Mrs V. Pennanen  
Pohjanaho 2  
40520 JYVÄSKYLÄ Finland

#### KIIKANMÄEN NEUVOLA

Mrs M. Kilpeläinen  
Sairaalantie  
35100 ORIVESI Finland

## Het population responsibility project

Het betreft een praktisch experiment dat bedoeld is voor de lokale invulling van het begrip population responsibility (verantwoordelijkheid voor de bevolking). Het gaat om een management-project waarin lokale onafhankelijkheid wordt ondersteund en waarin de rol van de centrale overheid eerder ondersteunend dan regelgevend is.

Het project is onderverdeeld in vier sub-projecten:

1. Het huisartsenproject. Het belangrijkste aspect van dit project is dat de huisarts verbonden is aan een vast omliggend geografisch gebied. Daarnaast wordt een nieuw vergoedingensysteem toegepast. De andere sub-projecten volgen uit het huisartsenproject.
2. Het public health nurse project. Individuele verpleegkundigen verzorgen een gebied dat identiek is aan dat van de huisarts.
3. Bedrijfsgezondheidszorgproject. Hierin wordt de rol van de bedrijfsgezondheidsdienst onderzocht.
4. Het samenwerkingsproject tussen maatschappelijk werk/gezinszorg en eerstelijnsgezondheidszorg.

In het kader van deze studie is het public health nurse project het meest interessant. Hierin worden drie modellen bestudeerd:

1. Het generalistische of all-round model (15% van de verpleegkundigen in de studie). Hierbij worden alle diensten geleverd door een en de zelfde verpleegkundige.
2. het gedifferentieerde model (35% van de verpleegkundigen in de studie). Hierbij levert de public health nurse 3 à 4 verschillende diensten. Voor huisartsenzorg wordt gebruik gemaakt van gebieden met 1500 tot 2000 inwoners, terwijl voor de andere, meer specialistische diensten een groter gebied wordt gecreëerd.
3. het specialistische model (50% van de verpleegkundigen in de studie). Hierbij levert iedere verpleegkundige slechts één dienst.

Een belangrijk onderdeel van de studie is de beschrijving van de bevolking van de betreffende gemeenten.

Daarnaast wordt de structuur van het gebruik van faciliteiten onderzocht. Hierin worden ook andere diensten dan die van het gezondheidscentrum betrokken.

Algemeen doel van het project is uit te maken welke organisatiestructuur het best werkt in welke omstandigheden.

Data worden verzameld in 10 gezondheidscentra door middel van:

- bevolkingsinterview
- enquête aan patiënten
- registratie van contacten
- enquête aan personeel
- groepsinterviews met personeel en observatie van teamwork
- vergelijken van plaatselijke statistieken

## APPENDIX 4

(naar: North West Thames Regional Health Authority. Nursing in the Community, report of the working group, 1991)

In het rapport van de werkgroep Nursing in the Community worden vijf modellen aangehaald voor de organisatie en het management van wijkverpleging. Er dient op lokaal niveau door managers en zorgverleners een keuze gemaakt te worden voor één van de modellen of een combinatie van twee of meer. Die keuze moet afhankelijk zijn van de lokale behoefte.

De vijf modellen verschillen met name in de mate van deelname van de huisarts en de mate van integratie van verschillende zorgverlenende instanties.

- A. The 'Stand Alone' Community Trust or DMU  
Under this model the community (nursing) unit would manage all community health services and offer (sell) them to local GPs, units providing secondary care, local authorities, voluntary agencies and the independent sector.
- B. Locality Management/ Neighbourhood Nursing Model  
Under this model, mixed teams of community staff would be managed in localities arranged either in geographical patches or around consortia of GP practices or health centers under the overall control of the community unit.
- C. Expanded FHSA Model  
Under this model the Family Health Service Authority would assume responsibility for the provision of community services under an agency arrangement with the District Health Authority.
- D. Vertical Integration or Outreach Model  
This model could take a variety of forms such as a combined acute/ community unit; an acute unit; unit providing secondary care with community outreach; or a community unit with acute outreach.
- E. Primary Health Care Team (PHCT) - GP managed  
Under this model, community services would be brought under the control and management of general practice.

