

Thuisverpleging in Nederland en België

Dr. A. Kerkstra, projectleider voor het onderzoek op het terrein van de extramurale verpleging bij het NIVEL. Zij studeerde Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Drs. A.H.M. Voskuilen, werkzaam als organisatie-adviseur. Zij heeft in het kader van haar afstudeerscriptie een onderzoekstage gelopen bij het NIVEL. Zij heeft Gezondheidswetenschappen gestudeerd aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht, met als afstudeerrichting Verplegingswetenschap.

Correspondentie-adres: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), postbus 1568, 3500 BN Utrecht, Nederland.

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een beschrijvend onderzoek naar de thuisverpleging in Nederland en België. Eerst worden de belangrijkste verschillen in de organisatie en financiering van de thuisverpleging tussen de beide landen beschreven. Vervolgens wordt door middel van een secundaire analyse nagegaan wat de invloed is van de verschillen in organisatie en financiering op de omvang en de aard van de zorgverlening. De resultaten laten onder andere zien dat Belgische thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis van wie de activiteiten traditioneel per verrichting worden vergoed, relatief meer curatieve en minder preventieve en begeleidende zorg verlenen tijdens de huisbezoeken in vergelijking met de Nederlandse wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die werkzaam zijn bij de Erkende Regionale Kruisorganisaties.

Inleiding

Een van de belangrijkste doelen van internationaal vergelijkend onderzoek in de gezond-

heidszorg is het verwerven van informatie en inzicht (Van der Ven, 1988). Onderzoek naar vergelijkbare situaties in het buitenland kan bijvoorbeeld nieuwe alternatieven aandragen om bepaalde problemen aan te pakken op een basis vormen voor beleidsbeslissingen. In dit beschrijvend onderzoek wordt de zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in dienst bij de Erkende Kruisorganisaties van de Nationale Kruisvereniging (thans Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) in Nederland vergeleken met de zorgverlening door de thuisverpleegkundigen van de kruisverenigingen van het Wit-Gele Kruis in België. In beide landen betreft het de grootste organisatie voor thuisverpleging.

Zowel in Nederland als in België wordt het recente overheidsbeleid gekenmerkt door het streven naar substitutie van intramurale zorg door thuiszorg (Ministerie van WVC, 1989; Smet, 1985). Daarnaast is er in beide landen sprake van een toenemende vergrijzing van de bevolking, waarbij België thans al het percentage ouderen kent (bijna 15% van de bevolking) dat voor Nederland wordt voorspeld in het jaar 2010 (Nationaal Instituut van de Statistiek, 1989; middenvariant CBS, 1990). Twee factoren die een belangrijke invloed uitoefenen op het werk van extramurale verpleegkundigen. Een vergelijking tussen de thuisverpleging in Nederland en België is interessant omdat de extramurale verpleging in Nederland momenteel in een aantal opzichten in beweging is. Dit betreft zowel de organisatie van de extramurale verpleging - zoals de samenwerking met de gezinsverzorging en de huisarts binnen de thuiszorg, de verticale en horizontale functie-differentiatie - als de financiering van de gezondheidszorg. Tussen de thuisverpleging in Nederland en België zijn namelijk een aantal verschillen aanwezig wat betreft de organisatie en de financiering ervan.

In dit artikel zullen eerst de organisatie en de financiering van de thuisverpleging in Neder-

land en België worden beschreven, waarbij het accent zal liggen op de belangrijkste verschillen. Vervolgens wordt door middel van een secundaire analyse de volgende vraagstelling onderzocht: Wat is de invloed van de verschillen in organisatie en financiering van de thuisverpleging in Nederland en België op de omvang en de aard van de extramurale verpleegkundige zorgverlening?

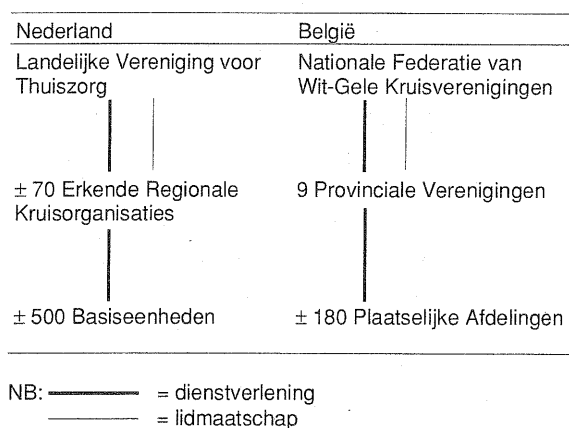
Organisatie van de thuisverpleging in Nederland en België

De thuisverpleging in Nederland wordt verzorgd door het Kruiswerk en een aantal particuliere verpleegbureaus. Vanaf 1989 is de organisatiestructuur van het Kruiswerk gereorganiseerd. Sinds deze reorganisatie ziet de organisatiestructuur er als volgt uit (zie figuur 1): Op landelijk niveau functioneert de koepelorganisatie de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Deze landelijke koepel is per 1 april 1990 ontstaan door een fusie van de Nationale Kruisvereniging en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging en zij 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 kosten van de Landelijke Vereniging voor

Thuiszorg worden sinds 1 januari 1990 grotendeels gedragen door haar leden, dat wil zeggen door de circa 70 Erkende Regionale Kruisorganisaties. Binnen een Erkende Regionale Kruisorganisatie zijn een aantal uitvoerende eenheden actief: de basiseenheden. Het aantal varieert al naar gelang de grootte van een Erkende Regionale Kruisorganisatie. In totaal zijn er circa 500 basiseenheden in Nederland (Nationale Kruisvereniging, 1987a). Een basiseenheid bestaat doorgaans uit een team van een hoofdwijkverpleegkundige, circa 12 wijkverpleegkundigen en vier wijkziekenverzorgenden. De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn in dienst bij een Erkende Regionale Kruisorganisatie. Het werkgebied van een basiseenheid varieert van 15.000 tot 30.000 inwoners. De wijkverpleegkundigen werken wijkgericht (iedere wijkverpleegkundige heeft haar eigen werkgebied) of buurtgericht, dat wil zeggen dat een team van wijkverpleegkundigen zorg verleent in een bepaald geografisch gebied.

De thuisverpleging in België wordt verzorgd door meerdere organisaties waarvan het Wit-Gele Kruis verreweg de grootste is. Het Wit-Gele Kruis heeft negen Provinciale Verenigingen die lid zijn van de Nationale Federatie (zie figuur 1). Een Nationale Raad van Bestuur en een Algemene Vergadering vormen de hoogste beheersorganen. De functies van de Nationale Federatie zijn dienstverlening aan de provinciale verenigingen, beleidsontwikkeling in overleg met de provinciale directies en externe vertegenwoordiging van het Wit-Gele Kruis. Op provinciaal niveau wordt leiding uitgeoefend over een secretariaat, dat de plaatselijke afdelingen begeleidt, ondersteunt en controleert. De daadwerkelijke thuisverpleging wordt in België verleend door de plaatselijke afdelingen. Een afdeling bestaat uit een zogenoemde 'equipe' van gemiddeld 20 tot 40 thuisverpleegkundigen die werken onder de dagelijkse leiding van een hoofdverpleegkundige (Wit-Gele Kruis, 1987). Elke afdeling verleent zorg in een bepaald geografisch gebied waarbinnen iedere thuisverpleegkundige haar eigen sector heeft.

In Nederland werken de meeste wijkverpleegkundigen (86%) all-round, dat wil zeggen dat ze zowel preventieve als curatieve zorg verle-



Figuur 1. De organisatiestructuur van het Kruiswerk in Nederland en van het Wit-Gele Kruis in België.

Bron: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (1991) en Wit-Gele Kruis (1990)

ne
pe
als
gel
Mu
vo
nie
ple
O
af
lo
we
pro
ke
all
sor
dif
str
In
vo
ve
sei
de
lee
we
als
ge
thu
'K
we
vo
co
be
kir
pla
co
In
pr
he
fu
we
ku
dig
be
Hi
de
ve
ve
tot
wi
ja

1990 groten-
at wil zeggen
le Kruisorga-
ionale Kruis-
uitvoerende
n. Het aantal
van een Er-
. In totaal zijn
derland (Na-
Een basiseen-
eam van een
12 wijkver-
verzorgenden.
ijkziekenver-
kende Regio-
bied van een
) tot 30.000
igen werken
undige heeft
richt, dat wil
eegkundigen
grafisch ge-

rdt verzorgd
van het Wit-
is. Het Wit-
Provinciale
ationale Fe-
de Raad van
ring vormen
cties van de
ening aan de
ntwikkeling
ies en exter-
-Gele Kruis.
ing uitgeo-
plaatselijke
en contro-
eging wordt
ijke afdelin-
ogenoemde
40 thuis-
er de dage-
eegkundige
ing verleent
ebied waar-
haar eigen

ijkverpleeg-
zeggen dat
zorg verle-

nen en dat ze gericht zijn op alle leeftijdsgroepen alsmede op specifieke zorgdoelgroepen zoals bijvoorbeeld chronisch zieken en gehandicapten (Vorst-Thijssen, Van den Brink-Muinen en Kerkstra, 1990). Dit betekent bijvoorbeeld dat de meeste wijkverpleegkundigen niet alleen werkzaam zijn binnen de thuisverpleging maar ook op de consultatiebureaus voor 0 tot 4 jarigen en preventieve huisbezoeken afleggen. De laatste tijd staat echter, om uiteenlopende redenen zoals toename van curatieve werkdruk, financieel-economische motieven, professionalisering van de verpleging en voorkeuren van de wijkverpleegkundigen zelf, het all-round werken ter discussie en wordt er door sommigen gepleit voor een horizontale functie-differentiatie binnen de wijkverpleging (Kerkstra, 1991).

In België daarentegen is reeds sprake van een vorm van specialisatie binnen de extramuraal verpleging. Er is niet alleen een scheiding tussen de preventieve en curatieve zorg die door de extramuraal verpleegkundigen wordt verleend maar beide soorten verpleegkundigen werken ook bij verschillende organisaties. Zoals eerder vermeld zijn de thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis werkzaam in de thuisverpleging. Daarnaast zijn bij de dienst 'Kind en Gezin' sociaal verpleegkundigen werkzaam binnen de jeugdgezondheidszorg voor 0-6 jarigen. Samen met een arts houden ze consultatiebureau en daarnaast leggen ze huisbezoeken af ter begeleiding van moeder en kind. Verder verzorgt de dienst 'Kind en Gezin' plaatsing in pleeggezinnen en heeft deze dienst controle over instellingen voor kinderopvang. In Nederland is in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988) gekozen voor een verticale functiedifferentiatie binnen de verpleging: er wordt onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen van het eerste en het tweede deskundigheidsniveau. Voor de wijkverpleging betekent dit dat wijkverpleegkundigen met een HBO-V of met een MGZ-opleiding tot het eerste deskundigheidsniveau behoren en wijkziekenverzorgenden tot het tweede deskundigheidsniveau. De HBO-V is een 4-jarige dagopleiding tot (wijk)verpleegkundige. Daarnaast kan men wijkverpleegkundige worden door na een 3.5 jaar durende inservice-opleiding in het zieken-

huis, de 2-jarige MGZ-opleiding richting Algemene Gezondheidszorg te volgen. Wijkziekenverzorgenden hebben een 2-jarige inservice-opleiding, meestal in een verpleeghuis, behaald. Na ten minste een half jaar in de wijk werkzaam te zijn geweest, wordt een applicatiecursus van zes maanden gevolgd. Een andere mogelijkheid is de 3-jarige dagopleiding MDGO-Vp (Adriaansen en Van der Laan, 1989).

Bij het onderscheid in twee deskundigheidsniveaus gaat het niet om het toewijzen van taken, maar om toewijzing van patiënten aan een verpleegkundig beroepsbeoefenaar. Als uitgangspunt voor de toewijzing van patiënten geldt de mate van complexiteit van de verpleegsituatie. In het Verpleegkundig Beroepsprofiel wordt het begrip complexiteit van de verpleegsituatie niet nader gedefinieerd. Wel worden er momenteel pogingen ondernomen om criteria voor de complexiteit van de verpleegsituatie voor de wijkverpleging te ontwikkelen (zie bijv. Hanrahan en Lapré, 1990). In de praktijk spelen deze criteria bij de patiënttoewijzing wel impliciet een rol, maar de verschillen in zorgverlening tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden lijken minder groot dan op basis van hun verschil in deskundigheid verwacht zou mogen worden (Kerkstra en Beemster, 1991). Het aantal bezette arbeidsplaatsen van het verpleegkundig personeel in 1989 bij de kruisorganisaties laat zien dat de verhouding tussen het aantal wijkziekenverzorgenden (tweede deskundigheidsniveau) en wijkverpleegkundigen (eerste deskundigheidsniveau) ongeveer 1 op 3 is (CBS, 1991).

Bij de kruisverenigingen van het Wit-Gele Kruis in België zijn qua opleiding drie soorten verpleegkundigen in dienst: gegradueerde verpleegkundigen, gebrevetteerde verpleegkundigen en een gering aantal ziekenhuisassistenten (Wit-Gele Kruis, 1990). 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 Nys, 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: gradu-

eerde ziekenhuis-, psychiatrische-, pediatri-
sche- en sociale-verple(e)g(st)ers, waarvan
laatstgenoemden de enigen met een vierjarige
opleiding zijn.

- Het brevet van verpleger of verpleegster. Het
betreft hier Aanvullend Secundair Beroepson-
derwijs (ASBO) waarvan de studie drie jaar
duurt.

- Het brevet van ziekenhuisassistent(e) behaald
men na twee jaar Aanvullend Secundair Be-
roepsonderwijs (ASBO). Een aantal getuig-
schriften worden met de brevetten van
ziekenhuisassistenten gelijkgesteld.

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-oplei-
ding in Nederland. Wel is er op HBO-niveau de
specialisatie sociaal-verpleegkundige. Daar-
naast 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 mid-
delbaar opgeleide verpleegkundigen be-
schouwd.¹ Bij het toewijzen van patiënten
wordt bij de kruisverenigingen van het Wit-
Gele Kruis geen onderscheid gemaakt tussen de
verschillende deskundigheidsniveaus. Echter
in het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990 staat
vermeld dat ziekenhuisassistenten enkel onder
rechtstreeks toezicht van een gebrevetteerde of
gegradueerde verpleegkundige de verpleeg-
kunde mogen beoefenen. Verder blijkt uit het
aantal bezette arbeidsplaatsen van het verpleeg-
kundig personeel bij het Wit-Gele Kruis dat,
anders dan in Nederland, in België in de thuis-
verpleging relatief meer MBO-opgeleide ver-
pleegkundigen (58% gebrevetteerde
verpleegkundigen en 6% ziekenhuisassisten-
ten) werken dan HBO-opgeleide verpleegkun-
digen (36%) (Wit-Gele Kruis, 1990). Ten slotte
willen we vermelden dat in 1989 de uitvoerende
verpleegkundigen samen 86% van het totaal
aantal full-time equivalente arbeidsplaatsen
uitmaken (Wit-Gele Kruis, 1990) terwijl dit in
Nederland 79% is (CBS, 1991). In Nederland
is er derhalve sprake van een groter aandeel van

overhead functies (hoofdverpleegkundigen,
administratief personeel, directie en staffunc-
tionarissen) binnen de beschikbare arbeids-
plaatsen dan in België.

Wat de samenwerking binnen de thuiszorg met
de huisarts en de gezinsverzorging betreft, is in
Nederland in 1990 door de Nationale Kruisver-
eniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging
een Model Raamovereenkomst Medisch Han-
delen uitgebracht dat een kader aangeeft voor
het door verpleegkundig beroepsbeoefenaars
verrichten van medische handelingen in de
thuisituatie, en waarin de samenwerking tus-
sen huisartsen en wijkverpleegkundigen in een
dergelijke situatie geregeld wordt (Nationale
Kruisvereniging/Landelijke Huisartsen Vereni-
ging, 1990). Daarnaast is, zoals eerder vermeld,
in 1990 een fusie tot stand gekomen tussen de
koepelorganisaties van het kruiswerk en de ge-
zinsverzorging hetgeen resulteerde in de Lan-
delijke Vereniging voor Thuiszorg. Het is de
bedoeling dat op grond van financieel-econo-
mische motieven ook op regionaal en uitvoe-
rend niveau een dergelijke integratie tussen de
wijkverpleging en de gezinsverzorging tot
stand komt (Ministerie van WVC, 1990).

In België worden in het Koninklijk Besluit van
18 juni 1990, dat rechtsgrond biedt aan de
beoefenaars van de verpleegkunde, de be-
voegdheden van de verpleegkundige beroeps-
beoefenaars geregeld. In dit Besluit is een lijst
van technische verpleegkundige prestaties
(handelingen) vastgelegd, die door beoefenaars
van de verpleegkunde mogen worden verricht.
Per technische verpleegkundige prestatie is
aangegeven of er al dan niet een voorschrift van
de arts nodig is. Het begrip 'op voorschrift van
de arts' is in het Besluit verder niet omschreven.
Bijvoorbeeld Spijker en Roelens (1990) vragen
zich af of de arts lijfelijk aanwezig behoort te
zijn om een voorschrift op te kunnen maken of
dat met telefonische communicatie volstaan
kan worden. Verder zijn er in België samenwer-
kingsinitiatieven tussen diensten voor gezins-
en bejaardenhulp, diensten voor maatschappe-
lijk werk en thuisverpleging, die echter nog niet
geresulteerd hebben in een samengaan. Van
belang in dit kader is het recente besluit van de
Vlaamse Executieve van 21 december 1990 dat
samenwerkingsinitiatieven gesubsidieerd en
erkend kunnen worden binnen een te bepalen

gkundigen,
n staffunc-
re arbeids-

is zorg met
betreft, is in
e Kruisver-
Vereniging
disch Han-
geeft voor
e oefenaars
gen in de
erking tus-
igen in een
(Nationale
en Vereni-
r vermeld,
t tussen de
s en de ge-
in de Lan-
Het is de
eel-econo-
en uitvoe-
tussen de
orging tot
(1990).

besluit van
ft aan de
e, de be-
beroeps-
is een lijst
prestaties
oefenaars
i verricht.
estatie is
chrift van
schreven.
0) vragen
behoort te
maken of
volstaan
menwer-
r gezins-
schappe-
r nog niet
aan. Van
uit van de
1990 dat
leerd en
bepalen

regio van ten minste 25.000 inwoners. Een samenwerkingsinitiatief kan worden erkend voor een periode van maximaal vier jaar en kan daarna worden vernieuwd. Voorwaarde is dat er een schriftelijke overeenkomst bestaat tussen de verschillende partners. De partners zijn erkende teams voor thuisverpleging (minimaal 5 voltijdse verpleegkundigen (of hun equivalent) die een schriftelijke overeenkomst hebben afgesloten met het oog op de werking van hun groep), één of meerdere vertegenwoordigers van de voor de regio representatieve huisartsenkringen of wachtdiensten, erkende diensten voor gezins- en bejaardenhulp en erkende centra voor maatschappelijk werk. Daarnaast moeten nog ten minste drie andere voor de regio representatieve vertegenwoordigers van hulpverlenende instanties, zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten en apothekers de overeenkomst onderschrijven (Wauters, 1991; Nationale Federatie van Verenigingen Wit-Gele Kruis, 1991).

Financiering van de thuisverpleging in Nederland en België

Sinds 1980 is de financiering van het Kruiswerk in Nederland van een systeem van subsidies aangevuld met contributies gewijzigd in AWBZ-financiering (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) aangevuld met contributies van de leden. Wil men voor thuisverpleging in aanmerking komen dan moet men lid worden van de betreffende kruisvereniging, een verwijzing door de huisarts is geen vereiste. De contributie voor de leden varieert per kruisvereniging: in 1990 is deze per gezin minimaal f 42,- per jaar (Ministerie van WVC, 1991). Dit bedrag moet door de kruisvereniging aan de AWBZ worden afgedragen. Uit het restant organiseren de kruisverenigingen de zogenoemde facultatieve - niet door de AWBZ gefinancierde - activiteiten. Voorbeelden hiervan zijn gezondheidsmarkten en cursussen 'Meer Bewegen' voor ouderen (Knapen en Puts, 1984).

Het basispakket van het Kruiswerk dat gefinancierd wordt door de AWBZ bestaat uit een aanbod van de volgende te onderscheiden activiteiten (Besluit Erkenningnormen Kruisorganisaties, 1981):

1. verpleging, verzorging, begeleiding en voor-

lichting in het huiselijke milieu in verband met ziekte, herstel, invaliditeit, ouderdom en overlijden;

2. moederschapszorg en kinderhygiëne, omvatende voorlichting, begeleiding en andere zorg tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind, met uitzondering van de kraamzorg;

3. het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen;

4. het geven van voorlichting en het verrichten van andere activiteiten gericht op preventie van ziekte en bevordering van gezonde leefgewoonten.

In het Besluit Erkenningnormen Kruisorganisaties (1981) is verder vastgelegd aan welke voorwaarden een kruisorganisatie moet voldoen om voor AWBZ-financiering in aanmerking te komen. Deze voorwaarden betreffen onder andere de 24-uurs bereikbaarheid, de gebouwen, outillage en personele voorzieningen. Zo moet op de 3450 inwoners minimaal één wijkverpleegkundige aangesteld worden.

Een kruisorganisatie is gebonden aan een budget en neemt als regel alleen patiënten 'regulier' aan wanneer zij niet meer dan 2,5 uur begeleiding of drie contacten per dag met de wijkverpleging nodig hebben. Indien deze hulpverlening onvoldoende is kan zo mogelijk aanvullende thuiszorg worden geboden, hetgeen echter niet door de AWBZ wordt gefinancierd.

Bijna alle inwoners van België zijn via de verplichte ziekteverzekering voor de kosten van thuisverpleging verzekerd. Traditioneel worden verpleegkundigen per prestatie betaald, die moet worden uitgevoerd op voorschrift van de huisarts. De volgende prestaties worden vergoed: een toilet, subcutane, intramusculaire en intradermale inspuitingen, een enkelvoudig, veelvoudig en complex verband, blaasspoeling- en blaassondage, vaginale irrigatie en een rectaal lavement. Deze vergoeding wordt voor iedere prestatie vastgelegd in verhouding tot complexiteit en duur van de handeling, dat wil zeggen dat een moeilijk uit te voeren en langdurige handeling meer vergoed wordt dan een eenvoudige kortdurende (Geys en Van Loon, 1989). Deze vergoedingen zijn geregeld in de Nationale Overeenkomst tussen de verpleegkundigen en de verzekeringsinstellingen, zoals

bepaald is in de wet van 9 augustus 1963 en in de loop der jaren gewijzigd bij een aantal Koninklijke Besluiten. De overeenkomst van 1986 doorbreekt voor het eerst het enkel honoreren van technische zorghandelingen door enigszins rekening te houden met de mate van zorgbehoevendheid van de patiënt (RIZIV, 1986).

De verpleegkundigen ontvangen een salaris van de provinciale kruisvereniging waar ze in dienst zijn. De kruisverenigingen betalen deze salarissen uit de vergoedingen die zij ook voor de verrichte prestaties van de verpleegkundigen krijgen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. In België wordt namelijk de wettelijk verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering beheerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), dat tevens zorg draagt voor de controle, het financieel beleid en het fungeren als een soort Algemene Kas. In tegenstelling tot in Nederland betaalt de verzekerde in België de gemaakte kosten voor thuisverpleging in eerste instantie zelf en ontvangt vervolgens op vertoon van een betalingsbewijs de kosten (ten dele) terug van de ziekteverzekering. De betaling achteraf door het RIZIV geschiedt voor 100% indien de patiënt tot de groep van weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen behoort; voor 75% indien de patiënt tot de 'beroepsactieven' behoort; en voor 75% of meer indien de patiënt tot de 'uitkeringsgerechtigden of risicogroepen' behoort. In de laatstgenoemde gevallen moeten de patiënten 25% of minder remgeld (eigen bijdrage) betalen. Voor dit remgeld wordt door de kruisverenigingen of de patiënt meestal via de Aanvullende Vrije Ziekenfondsen een verzekering afgesloten.

Degenen die voor thuisverpleging van het Wit-Gele Kruis in aanmerking willen komen moeten contributie betalen, die varieert tussen de 500 en 1000 F per jaar, ongeacht de hoeveelheid zorgen die worden ontvangen.²

Methode van onderzoek

Voor de beantwoording van de vraagstelling is een zogenoemde secundaire analyse uitgevoerd op gegevens die afkomstig zijn uit het landelijk representatief onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzor-

genden in Nederland' dat uitgevoerd is door het NIVEL (Vorst-Thijssen, Van den Brink-Muinen en Kerkstra, 1990), en uit de twee landelijk representatieve onderzoeken 'Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging' (Geys en Van Loon, 1989) en 'Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg' (Geys en Van Loon, 1990). Deze gegevens zijn verzameld door de Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen in België. Voor een overzicht van de gegevens uit de betreffende onderzoeken wordt verwezen naar tabel 1.

De representatieve steekproef uit het onderzoek van Vorst-Thijssen e.a. (1990) bestond uit 108 wijkverpleegkundigen, 49 wijkzakenverzorgenden en 29 (wijk)verpleegkundigen die avond- en/of weekenddiensten verzorgen en afkomstig zijn uit 47 basiseenheden verspreid over heel Nederland.

Gedurende twee weken in 1988 hebben de wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden tijdens de zogenaamde curatieve huisbezoeken hun verrichte werkzaamheden geregistreerd, alsmede een aantal patiëntenkenmerken en de tijdsduur van het huisbezoek. De (wijk-)verpleegkundigen die avond- en/of weekenddiensten verzorgen hebben dit gedurende 2 à 3 weken gedaan. Preventieve huisbezoeken aan bijvoorbeeld ouderen of zuigelingen en kleuters vallen hier niet onder. Het registratieformulier dat hierbij werd gebruikt, is in de eerste fase van het onderzoek onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit (Kerkstra en De Wit, 1987). Tijdens deze twee weken werden in totaal 12.847 huisbezoeken afgelegd bij 3315 verschillende patiënten.

De representatieve steekproef van het onderzoek van Geys en Van Loon (1989) bestond uit 669 thuisverpleegkundigen van 30 Wit-Gele Kruisafdelingen in België die at random geselecteerd zijn. Alle 669 thuisverpleegkundigen (gegradueerde- en gebrevetteerde verpleegkundigen en ziekenhuisassistenten) registreerden gedurende vier weken in 1988 het aantal en soort uitgevoerde handelingen tijdens huisbezoeken en de thuisverpleegkundigen van vier afdelingen registreerden tevens de tijdsduur van de huisbezoeken. De registraties werden verricht op een vooraf opgesteld formulier waarop zowel handelingen vermeld staan die door de ziekteverzekering vergoed worden, zo-

Tabel 1. Over

Bron

Titel

Steekproef gro

Totaal aantal p

Totaal aantal t

Methode

Duur registrati

als 1
kun
den,
man
van
van
succ
kreg
de v
patië
legd
gege
aard
thuis
De r
van
thuis
die a
onde
en zi
en/o
peric
verp
tal k

Tabel 1. Overzicht van onderzoeksgegevens voor de secundaire analyse.

	Nederland	België (1)	België (2)
Bron	Vorst-Thijssen, van den Brink-Muinen en Kerkstra (1990)	Geys en Van Loon (1989)	Geys en Van Loon (1990)
Titel	Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden in Nederland	Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging?	Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg
Steekproef grootte	186 verpleegkundigen	699 verpleegkundigen	116 verpleegkundigen
Totaal aantal patiënten	3315	21.731	5944
Totaal aantal huisbezoeken	12.847	221.952	
Methode	zelfregistratie van: - frequentie en aard van zorgactiviteiten - duur van huisbezoek - patiëntenkenmerken	zelfregistratie van: - frequentie en aard van zorgactiviteiten - duur van huisbezoek	zelfregistratie van: - patiëntenkenmerken - patiëntenprofiel op basis van behoefte schalen
Duur registratieperiode	verpleegkundigen die overdag werken: 2 weken avond en/of weekenddienst: 2 à 3 weken	voor alle verpleegkundigen 4 weken	voor alle verpleegkundigen 25 dagen

als toilet, inspuiting en verband, als verpleegkundige handelingen die niet terug betaald worden, bijvoorbeeld intense begeleiding van mantelzorg, aanbrengen van zalf en klaar zetten van geneesmiddelen. Dit formulier is op grond van uitgebreid overleg opgesteld en heeft na succesvolle toetsing zijn definitieve vorm gekregen (Geys en Van Loon, 1989). Gedurende de vier weken werden bij 22.731 verschillende patiënten in totaal 221.952 huisbezoeken afgelegd. Uit dit onderzoek worden in dit artikel gegevens gebruikt die betrekking hebben op de aard en omvang van de zorgverlening door thuisverpleegkundigen.

De representatieve steekproef uit het onderzoek van Geys en Van Loon (1990) bestond uit 116 thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis die a-select geselecteerd werden. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen en ziekenhuisassistenten die overdag, 's avonds en/of in het weekend werken. Gedurende een periode van 25 dagen in 1989 hebben deze verpleegkundigen van al hun patiënten een aantal kenmerken geregistreerd zoals leeftijd, ge-

slacht en woonsituatie als mede per patiënt een formulier ingevuld om de mate van zorgbehoefte van de patiënt te meten, op grond waarvan patiëntenprofielen werden opgesteld. Aan de betrouwbaarheid van dit formulier werd veel aandacht besteed door proefonderzoeken uit te voeren, iedere verpleegkundige een gedetailleerde gebruiksaanwijzing ter hand te stellen en controles op reproduceerbaarheid in te lassen (Geys en Van Loon, 1990, pag. 4). In totaal zijn van 5944 patiënten gegevens verzameld. Uit deze laatste studie worden in dit artikel gegevens gebruikt over kenmerken van patiënten die thuisverpleging ontvangen in België. Voor verdere informatie over de bovengenoemde onderzoeken wordt verwezen naar de betreffende onderzoeksverslagen (Vorst-Thijssen e.a., 1990; Geys en Van Loon, 1989 en 1990). Om de verrichte zorgactiviteiten tijdens de huisbezoeken door de wijkverpleging in Nederland en door de thuisverpleegkundigen in België te vergelijken, is het noodzakelijk dat de zorgactiviteiten die in het onderzoek van Vorst-Thijssen e.a. (1990) worden onderscheiden en

de verpleegkundige handelingen in het onderzoek van Geys en Van Loon (1989) op dezelfde wijze gecategoriseerd worden. Gekozen is voor de indeling in de taken binnen het zorgterrein 'zorg voor zieken en gehandicapten' die door Appelman, Ligtenberg, Van Bergen en Hollands (1989) is gehanteerd bij het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging. Deze indeling, die tot stand is gekomen met behulp van de zogenoemde Delphi-methode onder een panel van deskundigen, geeft in zekere zin een inhoudelijke legitimering voor de ordening van de werkzaamheden van de (Nederlandse) wijkverpleging, omdat deze deskundigen op verschillende wijze functioneel betrokken zijn bij wijkverpleegkundige zorg (uitvoerend, leidinggevend, beleidsmatig, adviserend, opleidend en belangenbehartigend). In dit onderzoek is uitgegaan van het terrein 'zorg voor zieken en gehandicapten' omdat onze vergelijking zich tot de zorgverlening aan deze doelgroep beperkt. Intake-gesprekken, preventieve huisbezoeken, werkzaamheden van wijkverpleegkundigen binnen de jeugdgezondheidszorg en dergelijke blijven derhalve buiten beschouwing. Binnen het terrein 'zorg voor zieken en gehandicapten' worden door Appelman e.a. (1989) de volgende taken onderscheiden: 0. zorg voor een goede hulpverleningsrelatie; 1. signalering en analyse van de zorgsituatie; 2. GVO/voorlichting, advies en instructie; 3. verzorging; 4. verpleegtechnisch handelen; 5. begeleiden in probleemsituaties; en 6. coördinatie/continuïteit van zorg.

Buiten beschouwing zijn hier gelaten taak 0, het intake-gesprek als onderdeel van taak 1 en taak 6, omdat in één of beide onderzoeken (Vorst-Thijssen e.a., 1990; Geys en Van Loon, 1989) waarop de secundaire analyses worden uitgevoerd hierover geen gegevens verzameld zijn. Ter illustratie geven we hier enkele voorbeelden van de wijze waarop de verpleegkundige activiteiten die in het onderzoek van Vorst-Thijssen e.a. (1990) en van Geys en Van Loon (1989) zijn geregistreerd, zijn ingedeeld in de hierboven genoemde taken: het observeren en vroegtijdig signaleren van nieuwe symptomen van ziekte op het lichamelijke vlak is ingedeeld bij taak 1; het geven van voorlichting over de aard van de ziekte, medicijngebruik, hulpmiddelen e.d. bij taak 2; hulpverlening bij wassen (toilet), beves-

tigen prothese en elastische kousen aan- of uitdoen bij taak 3; catheter inbrengen, blaasspoeling, injecties geven en drukverband aanbrengen bij taak 4; intense begeleiding van mantelzorg bij taak 5. Voor nadere informatie over deze indeling wordt verwezen naar Voskuilen (1991).

Resultaten

Kenmerken van patiënten die thuisverpleging ontvangen

Opvallend is dat de gemiddelde leeftijd van de patiënten die in Nederland en België thuisverpleging ontvangen vrijwel hetzelfde is, respectievelijk 73,7 jaar en 73,5 jaar.

Uit tabel 2 blijkt dat van alle patiënten die zorg ontvangen in Nederland 72% 70 jaar of ouder, en 41% 80 jaar of ouder is. In België zijn deze percentages respectievelijk 68% en 36%. Voor beide landen geldt dat er meer vrouwen dan mannen zorg ontvangen. Van het totaal aantal patiënten dat in zorg is bij de thuisverpleging is in Nederland 65% van het vrouwelijk geslacht en in België 68%. Gezien het feit dat met name oudere mensen thuisverpleging ontvangen is een verklaring voor dit verschil tussen mannen en vrouwen dat het aantal vrouwen van 65 jaar en ouder in België en van 70 jaar en ouder in Nederland 1,6 keer zo groot is als het aantal mannen in dezelfde leeftijdscategorie (Nationaal Instituut voor de Statistiek, 1987; CBS, 1986).

Met betrekking tot het samenlevingsverband blijkt dat in Nederland 40% van de patiënten die in wijkverpleegkundige zorg zijn alleen woont en in België geldt dit voor 29% van de patiënten. In overeenstemming hiermee is de bevinding dat in België 70% van de patiënten die thuisverpleging ontvangt, beschikt over een 'uitgebreide' mantelzorg, 19% over 'zekere' mantelzorg - dat wil zeggen dat de zorgverstrekking door de familie nog van betekenis is - en dat bij ongeveer 11% van de patiënten de mantelzorg niet of in onvoldoende mate aanwezig is (Geys en Van Loon, 1990). Voor Nederland geldt dat 21% geen mantelzorg ontvangt (Vorst-Thijssen e.a., 1990). Het lijkt er dus op dat in Nederland meer alleenstaanden hulp krijgen van de wijkverpleging, maar dat er ook meer patiënten zijn die geen mantelzorg ont-

Tabel 3. San thuisverpleg percentages

Nederland
België

Bron: Vorst-

Ta
nac

lee

Br

va
hik
de
on
bij
Kj
19

O
v
H
p
re
m
k
la
z
o
g
V
g

aan- of uit-
blaasspoe-
rukverband
leiding van
informatie
naar Vos-

huisverple-

ftijd van de
ië thuisver-
e is, respec-

ten die zorg
ar of ouder,
ië zijn deze

36%. Voor
ouwen dan
taal aantal
erpleging is
ijk geslacht
t met name
itvangen is
en mannen
van 65 jaar
en ouder in
; het aantal
orie (Natio-
987; CBS,

ngsverband
e patiënten
zijn alleen
9% van de
rmeë is de
e patiënten
ikt over een
er 'zekere'
le zorgver-
etekenis is
atiënten de
rate aanwe-
oor Neder-
g ontvangt
t er dus op
n hulp krij-
dat er ook
elzorg ont-

Tabel 2. Aantal patiënten in België en Nederland die thuisverpleging ontvangen in percentages naar geslacht en leeftijd.

leeftijdsklasse grenzen	België			Nederland		
	geslacht man (n=1910)	geslacht vrouw (n=4034)	totaal (n=5944)	geslacht man (n=1171)	geslacht vrouw (n=2144)	totaal (n=3315)
0 - 10	0.9	0.2	0.4	1.1	0.4	0.7
11 - 19	1.2	0.5	0.7	0.8	0.2	0.4
20 - 29	1.2	1.0	1.0	0.6	1.1	0.9
30 - 39	2.2	2.4	2.4	0.9	2.8	2.1
40 - 49	4.1	2.9	3.2	2.5	3.5	3.2
50 - 59	9.0	7.0	7.6	7.2	5.6	6.2
60 - 69	17.0	16.3	16.5	13.7	15.1	14.6
70 - 79	32.8	31.4	31.8	31.9	30.3	30.8
80 - 89	28.4	32.8	31.4	31.8	33.4	32.8
90 - 99	3.1	5.5	4.8	9.2	7.5	8.1
> 100	0.2	0.2	0.2	0.3	0.1	0.2
Totaal	100	100	100	100	100	100

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

vangen dan in België. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het percentage van de Nederlandse patiënten (34%) dat ook hulp ontvangt van de gezinsverzorging groter is dan bij de Belgische patiënten (25%) (Nationale Kruisvereniging, 1987b; Geys en Van Loon, 1990).

Tabel 3. Samenlevingsverband van de patiënten die thuisverpleging ontvangen in Nederland en België in percentages.

	alleenstaand	samenwonend
Nederland	40.4	59.6
België	28.9	71.1

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

Omvang en aard van de verleende thuisverpleging

Het gemiddeld aantal afgelegde huisbezoeken per verpleegkundige is in Nederland en België respectievelijk 34.5 en 82.9 per week. Hierbij moet opgemerkt worden dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland ook nog andere activiteiten verrichten zoals het houden van spreekuur, preventieve ouderenzorg, jeugdgezondheidszorg en groepsgewijze GVO, die hier niet meegeteld zijn. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland die overdag werkzaam

zijn, besteden gemiddeld 43% en bijna 60% van hun werktijd aan de zogenoemde curatieve huisbezoeken (inclusief reistijd), en wijkverpleegkundigen die de avond- en weekenddiensten verzorgen 81% (inclusief reistijd). In België besteden de thuisverpleegkundigen vrijwel al hun beschikbare werktijd aan huisbezoeken en de daarmee verbonden reistijd. Een klein percentage wordt besteed aan zorg aan ambulante patiënten die naar 'het bureau' komen voor verpleegkundige handelingen en aan administratieve werkzaamheden.³

Dat de thuisverpleegkundigen in België relatief meer huisbezoeken afleggen dan de wijkverplegenden in Nederland blijkt ook uit de gemiddelde duur van de huisbezoeken. De duur van de huisbezoeken in België bedraagt gemiddeld 18.8 minuten per huisbezoek met een spreiding van 16 tot ruim 23 minuten. In Nederland bedroeg de gemiddelde duur 31 minuten en varieerde de duur van de huisbezoeken van enkele minuten tot maximaal 150 minuten.

Zoals eerder vermeld is de aard van de verleende verpleegkundige zorg door de wijkverpleging in Nederland en door de thuisverpleegkundigen in België ingedeeld in de taken die Appelman e.a. (1989) onderscheiden binnen het zorgterrein 'zorg voor zieken en gehandicapten'. In Nederland is gekeken naar het percentage huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht bin-

Tabel 4. Het percentage huisbezoeken van wijkverplegenden in Nederland en thuisverpleegkundigen in België waarin handelingen zijn verricht binnen de taken volgens Appelman e.a. (1990).

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

nen een bepaalde taak, ongeacht het aantal handelingen binnen de betreffende taak. Wat de gegevens van de Belgische thuisverpleegkundigen betreft was het niet mogelijk om na te gaan of tijdens een bepaald huisbezoek meerdere handelingen binnen eenzelfde taak zijn verricht. Daarom zijn in België binnen een bepaalde taak alle verrichte handelingen bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal huisbezoeken, om het percentage huisbezoeken te berekenen waarin handelingen zijn verricht binnen een bepaalde taak. Dit kan derhalve tot een overschatting leiden van het percentage huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht binnen een bepaalde taak. De grootte van deze overschatting lijkt echter mee te vallen omdat het gemiddeld aantal handelingen per huisbezoek in België 1.3 bedroeg. Binnen een taak is per huisbezoek in de meeste gevallen dan ook niet meer dan één handeling verricht. De gegevens van Nederland en België in tabel 3 zijn dan ook met deze restrictie te vergelijken.

Uit tabel 4 blijkt dat de thuisverpleegkundigen in België voornamelijk (lichamelijk-hygiënische) verzorging verlenen (in 51% van de huisbezoeken) en verpleegtechnische handelingen verrichten (tijdens bijna 80% van de huisbezoeken). In Nederland daarentegen verrichten wijkverpleegkundigen een groter scala van zorgactiviteiten. Naast (lichamelijk-hygiënische) verzorging en verpleegtechnische handelingen besteden zij veel meer aandacht aan het signaleren en observeren van nieuwe sympto-

men (tijdens 21% van de huisbezoeken), het geven van voorlichting, advies en instructie (tijdens 42% van de huisbezoeken) en aan begeleiding in probleemsituaties (tijdens 31% van de huisbezoeken) dan hun Belgische collega's. Daarnaast valt op dat de Belgische thuisverpleegkundigen hoger scoren bij de taak medicijntoediening, hetgeen voornamelijk injecties zijn.

Zoals eerder aangegeven worden in Nederland alle weergegeven taken die de wijkverpleegkundigen uitvoeren in de regel gefinancierd door de AWBZ, terwijl in België slechts een beperkt aantal, voornamelijk curatieve handelingen van thuisverpleegkundigen door het RIZIV wordt vergoed. In het huidige terugbetalingssysteem wordt 81.5% van de verrichte handelingen vergoed, dit zijn de zogenoemde 'terugbetaalbare zorgen' (Geys en Van Loon, 1989). 'Toilet, (subcutane-, intramusculaire- en intradermale-) inspuiting en (enkelvoudig-, veelvoudig- en complex) verband' vormen 98.7% van de uitgevoerde terugbetaalbare zorgen. Achttien procent van het totaal aantal verrichte handelingen, zoals begeleiden van mantelzorg, wordt niet vergoed (Geys en Van Loon, 1989).

Discussie

Een belangrijke conclusie die uit het onderzoek naar voren komt is dat Belgische thuisverpleegkundigen die werkzaam zijn bij het Wit-Gele

elgens

België

0.0
0.2
50.8

4.8
21.4
53.2
0.3
1.1

zoeken), het
n instructie
) en aan be-
ens 31% van
ie collega's.
ie thuisver-
taak medi-
ijk injecties

1 Nederland
jkverpleeg-
gefinancierd
slechts een
ieve hande-
loor het RI-
t huidige
van de ver-
jn de zoge-
eys en Van
ntramuscu-
en (enkel-
) verband'
erugbetaal-
i het totaal
begeleiden
d (Geys en

onderzoek
isverpleeg-
t Wit-Gele

Kruis in vergelijking met de wijkverpleegkundigen in Nederland relatief meer curatieve en minder preventieve en begeleidende zorg verlenen, met als gevolg dat ze gemiddeld meer huisbezoeken van een kortere duur afleggen. Een kanttekening bij deze conclusie zou kunnen zijn dat dit gevonden verschil in aard en omvang van de zorgverlening vertekend wordt door het feit dat de gegevens, waarop de secundaire analyse werd toegepast, in beide landen met verschillende meetinstrumenten zijn verzameld. Bijvoorbeeld, dat in België de thuisverpleegkundigen minder mogelijkheden hadden om begeleidende activiteiten te registreren. Echter, uit het recente vergelijkende onderzoek van Derksen (1991) waarin in Nederland en België hetzelfde meetinstrument wordt gebruikt door de verpleegkundigen, komen vergelijkbare resultaten naar voren.

Een eerste verklaring voor dit verschil in aard en omvang van de zorgverlening vormt het verschil in financiering van de thuisverpleging in Nederland en België. In Nederland wordt het basispakket van het Kruiswerk uit de AWBZ gefinancierd, terwijl de thuisverpleegkundigen in België slechts een beperkt aantal curatieve verrichtingen vergoed krijgen. Op grond van financieel-economische motieven wordt in de heroverwegingsnota 'Van samenwerken tot samengaan' (Ministerie van WVC, 1990) integratie van Kruiswerk en Gezinsverzorging in Nederland voorgesteld. De overheid onderschrijft in grote lijnen deze nota, en deze integratie dient binnen enkele jaren op regionaal en lokaal niveau gerealiseerd te worden. Het doel van deze integratie is de doelmatigheid en 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 wijkverpleging en gezinsverzorging te reduceren. Opvallend hierbij is dat in deze nota niet wordt uitgegaan van het onderscheid tussen twee deskundigheidsniveaus binnen de verpleging, zoals gemaakt in het Verpleegkundig Beroepsprofiel, maar dat de ziekenverzorging wordt losgekoppeld van de verpleging en de taak van de wijkverpleegkundige wordt gereduceerd tot de herstelfunctie ofte wel verpleegtechnisch handelen (bijvoorbeeld het verlenen van nazorg aan patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen). In feite is men in

België nog een stap verder door de thuisverpleegkundigen traditioneel per verrichting te betalen. In België is men echter zeer ontevreden over dit financieringssysteem, het blijkt namelijk nauwelijks mogelijk te zijn om integrale verpleegkundige zorg te bieden aan de patiënt en zijn omgeving. Gepleit werd om naast een vergoeding per verrichting een vast bedrag per patiënt toe te kennen afhankelijk van de complexiteit en intensiteit van de zorg, zodat er meer ruimte vrij komt voor begeleiding en preventie (Geys en Van Loon, 1989). In dit kader zijn binnen het onderzoek van Geys en Van Loon (1990) profielen van de zorgbehoefte van patiënten ontwikkeld, waarin gradaties in zelfredzaamheid en psychisch functioneren, woonsituatie en beschikbaarheid van mantelzorg belangrijke variabelen zijn. Het resultaat van dat onderzoek is dat per 1 april 1991 de financiering van de thuisverpleging in België is gewijzigd. Naast de vergoeding per verrichting wordt de invoering van een forfaitair bedrag per dag gerealiseerd, voor verrichtingen die verstrekt worden aan zwaar zorgbehoevende patiënten. Of patiënten hiervoor in aanmerking komen wordt vastgesteld aan de hand van de patiëntenprofielen die door Geys en Van Loon (1990) zijn opgesteld. Voor de zorg aan de andere patiënten blijft de financiering per verrichting van kracht (RIZIV, 1990). Op grond van de ervaringen in België lijkt het niet verstandig om het takenpakket van de wijkverpleegkundige te reduceren tot het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen. Wel lijken dergelijke patiëntenprofielen zoals in België ontwikkeld ook voor de wijkverpleging in Nederland interessant, bijvoorbeeld in het kader van het toekennen van formatieplaatsen op grond van de mate van zorgbehoefte van de patiënten in een bepaalde regio.

Een tweede factor die naar onze mening bijdraagt aan de gevonden verschillen in de zorgverlening is dat de werkwijze van de thuisverpleegkundigen anders georganiseerd is dan die van de wijkverpleging in Nederland. In België is er sprake van een horizontale functie-differentiatie binnen de extramurale verpleging: er is gekozen voor een arbeidsdifferentiatie op grond van taaksegmenten, curatieve zorg versus preventieve zorg. Thuisverpleegkundigen hebben derhalve geleerd taakgericht te werken.

Volgens Evers (1990) leidt een dergelijke arbeidsdifferentiatie tot meer fragmentatie en minder door de patiënt als continue, gecoördineerd en integraal ervaren zorg. In Nederland wordt binnen de Erkende Regionale Kruisorganisaties uitgegaan van 'patiënt gericht verplegen' (zie bijv. Vrielink, 1990). Onder 'patiënt gericht verplegen' wordt hier verstaan een organisatievorm waarbij alle handelingen, die voor de verpleging/verzorging van een patiënt noodzakelijk zijn aan één of een kleine groep van verpleegkundigen wordt toegewezen. Er is dus geen verbijzondering naar deeltaak, maar wel naar patiënt. Deze werkwijze bevordert integrale en continue zorgverlening. In Nederland wordt momenteel bij een aantal kruisorganisaties gewerkt aan een horizontale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging. Op grond van de ervaringen in België lijkt het niet verstandig om te kiezen voor een splitsing van curatieve en preventieve taken. Daar probeert men nu juist door verandering in het financieringssysteem een meer integrale zorgverlening mogelijk te maken.

Daarnaast is het opvallend dat er in België bij het Wit-Gele Kruis de verhouding tussen MBO-opgeleide verpleegkundigen en HBO-opgeleide verpleegkundigen 3 op 1 is terwijl in Nederland deze verhouding andersom ligt. Tevens is er in België geen sprake van een verticale functiedifferentiatie: bij de patiëntentoe wijzing wordt geen rekening gehouden met de verschillende deskundigheidsniveaus. In Nederland staat momenteel de huidige ratio van 1 wijkziekenverzorgende per 3 wijkverpleegkundigen (Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties, 1981) ter discussie. Om nu op grond van dit onderzoek zonder meer te concluderen dat in Nederland naar Belgisch voorbeeld de huidige ratio tussen de twee deskundigheidsniveaus omgedraaid moet worden, zou niet juist zijn. Juist omdat in België tot nu toe het accent ligt op curatieve handelingen kunnen er waarschijnlijk ook vaker MBO-opgeleiden ingezet worden, in tegenstelling tot in Nederland waar wijkverpleegkundigen ook preventieve, begeleidende en coördinerende taken verrichten. Bijvoorbeeld Grypdonck (1990) verwacht geen problemen in de technische aspecten van de zorg bij het tweede deskundigheidsniveau, echter wel in de integratie van de niet-somatische

zorg met de somatische zorg. Het zou derhalve heel goed mogelijk kunnen zijn, dat nu de zorgverlening in België onder invloed van de gewijzigde financiering gaat veranderen, ook in België de huidige ratio tussen de verschillende thuisverpleegkundigen opnieuw bekeken wordt. Dat de huidige ratio tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland uit het oogpunt van doelmatigheid kritisch beschouwd wordt, lijkt terecht. Echter welke ratio het meest optimaal is hangt naar onze mening onder andere af van de mate waarin een kruisorganisatie wordt geconfronteerd met complexe zorgbehoeften van patiënten, en van het antwoord op de vraag in hoeverre er verschil aanwezig is in de kwaliteit van de zorg die door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wordt geboden in vergelijkbare situaties.

Noten

1. Persoonlijke mededeling van Mw. prof.dr. M. Grypdonck, Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Ziekenhuiswetenschap, 4 november, 1991.
2. Persoonlijke mededeling van L. Geys, Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen, 4 maart, 1991.
3. Persoonlijke mededeling van M. Wauters, Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen, 8 februari, 1991.

Literatuur

- Adriaansen, M.B., B. van der Laan. *Extramurale Gezondheidszorg; functies en taken van de wijkverpleegkundige*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1989.
- Appelman, A., H. Ligtenberg, B. van Bergen, L. Hollands. *Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging*. Lochem, De Tijdstroom, 1989.
- Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties. Nederlandse Staatscourant, 1981, (107), p. 8 - 11.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch zakboek 1986*. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1986.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch zakboek 1990*. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1990.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Personeelsgegevens van Kruisorganisaties, 1989*. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1991, 2, p. 27 - 29.
- Derksen, A.M.M. *Thuisverpleging in de Euregio: overeenkomsten en verschillen*. Maastricht/Utrecht, Vakgroep Verplegingswetenschap Rijksuniversiteit Limburg/NIVEL, 1991.

...t zou derhalve
...dat nu de zorg-
...l van de gewij-
...leren, ook in
...verschillende
...uw bekeken
...issen wijkver-
...zorgenden in
...doelmatigheid
...terecht. Echter
...is hangt naar
...de mate waar-
...reconfronteerd
...n patiënten, en
...in hoeverre er
...eit van de zorg
...en wijkzieken-
...vergelijkbare

...prof.dr. M.
...ruven, Centrum
...er, 1991.
...eys, Nationale
...gen, 4 maart,

...vauters, Nationa-
...gingen, 8 februa-

...xtramurale Ge-
...e wijkverpleeg-
...us, 1989.

...Bergens, L. Hol-
...daarden voor de
...n, 1989.

...nismaties. Neder-
...- 11.

...tistisch zak-
...1986.

...tistisch zak-
...1990.

...ersoneelsgege-
...ndbericht Ge-

...de Euregio:
...icht/Utrecht,
...suniversiteit

Evers, G.C.M. Arbeidsdifferentiatie: waar is dat goed voor? *MGZ*, 1990, 18, december, p. 20 - 24.

Geys, L., H. van Loon. *Wat voeren verpleegkundigen uit in de thuisverpleging?* Brussel, Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen, 1989.

Geys, L., H. van Loon. *Patiëntenprofielen in de thuisgezondheidszorg*. Brussel, Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen, 1990.

Grypdonck, M. *De invloed van MDGO-vp-ers op de verpleegkundige zorg in integrerende verpleegkunde*.

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

Hanrahan, M.H., F. Lapré. *Project wijkziekenverzorgeren*. Deskundigheden verdeeld. Bunnik, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1990.

Kerkstra, A. All-round, gedifferentieerd of gespecialiseerd? Lessen uit het buitenland. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 1991, 19, 2, p. 24 - 28.

Kerkstra, A., A.M.G.J. de Wit. *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgeren: instrumentontwikkeling*. Utrecht, NIVEL, 1987.

Kerkstra, A., F. Beemster. Verschillen in zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgeren: een kwestie van complexiteit van de verpleegsituatie? *Verpleegkunde*, 1991, 6, 3, 127 - 137.

Knapen, M., P. Puts. *Van buitenaf bekeken: een onderzoek onder niet-leden en ex-leden van lokale kruisverenigingen*. Nijmegen, Instituut voor toegepaste sociologie, 1986.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. *Informatiebrochure*. Bunnik, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1991.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Kerndocument doelgericht veranderen*. Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Heroverwegingsonderzoek 'Van samenwerken naar Samen gaan'*. Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Ministeriële Beschikking*. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1991.

Nationale Federatie van Verenigingen Wit-Gele Kruis. *Het Wit-Gele Kruis*. Gezondheidszorg aan huis. Brussel, Welzijnswerk-Kroniek 1991, nr. 144.

Nationaal Instituut voor de Statistiek. *Statistisch zakboek 1987*. Brussel, Nationaal Instituut voor de Statistiek, 1987.

Nationaal Instituut voor de Statistiek. *Bevolking op 1 januari 1990*. Brussel, Rijksregister, 1989.

Nationale Kruisvereniging. *Adresbestand Erkende Kruisorganisaties*. Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1987(a).

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

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

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Verpleegkundig Beroepsprofiel*. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. *Nationale overeenkomst tussen gedegreeerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met dezen gelijkgestelden en verzekeringsinstellingen*. Brussel, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 1986.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. *Omzendbrief aan de verpleegkundigen* (1240/MA/w91-t). Brussel, Dienst voor Geneeskundige Verzorging, RIZIV, 1990.

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

Smet, M. *Eerstelijnsgezondheidszorg*. In: Nys, H., M. Foets, J. Mertens. *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*. Antwerpen, Van Loghum Slaterus, 1985, p. 127 - 140.

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

Ven, W.P.M.M. van der. *De rol van de ziektekostenverzekering*. In: Lapré, R.M. & F.F.H. Rutten (red.) *Economie van de gezondheidszorg*. (Hoofdstuk 6). Loochem, De Tijdstroom, 1988.

Vorst-Thijssen, T.L.M., A. van der Brink-Muinen, A. Kerkstra. *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgeren in Nederland*. Utrecht, NIVEL, 1990.

Voskuilen, A.H.M. *Thuisverpleging in Nederland en België*. Maastricht/Utrecht, Vakgroep Verplegingswetenschap Rijksuniversiteit Limburg/NIVEL, 1991.

Vrielink, H. *Deskundigheid op maat*. Beleidsnota 1e en 2e deskundigheidsniveau. Amsterdam, Stichting Amsterdams Kruiswerk, 1990.

Wauters, M. *Thuisverzorging in Vlaanderen: op een nieuwe leest geschoeid?* *Kontakt*, 1991, (47), 13, p. 19 - 20.

Wit-Gele Kruis. *Jaarverslag 1986*. Brussel, Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen, 1987.

Wit-Gele Kruis. *Jaarverslag 1989*. Brussel, Nationale Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen, 1990.

Aanvaard december 1991