

An abstract pastel painting of a fish, possibly a shark, rendered in shades of blue and white. The fish is positioned in the lower center of the frame, facing left. The background is a complex, textured composition of various pastel colors including purple, green, yellow, and pink, with visible brushstrokes and some dark, irregular spots scattered across the surface.

Functiegerichte indicatie en bekostiging in de thuiszorg

STUDENT: Linda van Bohemen
AFSLUITING SCRIPTIE: Berkel-Rodenrijs, juni, 2006
ONDERWIJSINSTELLING: Haagse Hogeschool Den-Haag
GROEP: MGZ 2003
SCRIPTIEBEGELEIDER: Huub Sibbing

Functioniegerichte indicatie en bekostiging in de thuiszorg

STUDENT: Linda van Bohemen
AFSLUITING SCRIPTIE: Berkel-Rodenrijs, juni, 2006
ONDERWIJSINSTELLING: Haagse Hogeschool Den-Haag
GROEP: MGZ 2003
SCRIPTIEBEGELEIDER: Huub Sibbing

Functiegerichte indicatie en bekostiging in de thuiszorg

Afstudeerwerkstuk van Linda van Bohemen

Veranderen

*'Veranderen is voor sommigen een must : veranderen ;
de rust, die maakt ze kapot : veranderen.
Oh ze gaan kapot van pure chagrijn,
Als er niet genoeg veranderingen zijn : veranderen.
Voor anderen is veranderen de pest : voor anderen.
Zoals het nu is, is het toch best : voor anderen.
Oh ze zitten boordevol venijn,
dat er teveel veranderingen zijn :
Die anderen, die anderen, die anderen, veranderen.
De één wil altijd fanatiek alles veranderen,
maar brengt daarmee, die ander in paniek, die anderen.
't Is al eeuwen lang hetzelfde lied,
'k Zou wel willen, maar ik kan het niet :
veranderen, veranderen,
veranderen, veranderen'*

(Fons Jansen, optreden in de Rotterdamse Doelen, januari 1975)

STUDENT: Linda van Bohemen
AFSLUITING SCRIPTIE: Berkel-Rodenrijs, juni, 2006
ONDERWIJSINSTELLING: Haagse Hogeschool Den-Haag
GROEP: MGZ 2003
SCRIPTIEBEGELEIDER: Huub Sibbing

VOORWOORD

Het schrijven van een afstudeerwerkstuk is een onderdeel en tevens de afsluiting van de MGZ-opleiding. Het doel van een afstudeerwerkstuk is dat de student door middel van een literatuurstudie kan laten zien dat zij als beginnend beroepsbeoefenaar voldoet aan de eisen van het kernprofiel van de MGZ-verpleegkundige.

Het is voor mij tevens een afsluiting van drie intensieve jaren waarbij ik het theoretische gedeelte heb weten te integreren in de praktijk. Bovendien heb ik geleerd om met een overstijgende en kritische blik naar de maatschappelijke gezondheidszorg te kijken en geprobeerd heb om alle ontwikkelingen te volgen en te analyseren. Zo ben ik ook terecht gekomen bij de functiegerichte indicatie en bekostiging, vooral omdat ik daar in mijn eigen werkveld, de thuiszorg, mee te maken kreeg en de gevolgen zelf mee heb kunnen maken.

Dit is de reden dat ik voor dit onderwerp heb gekozen om hier mijn afstudeerwerkstuk over te schrijven. Ik hoop hiermee een bijdrage te kunnen leveren voor zowel de verschillende landelijke organisaties, als de thuiszorgorganisaties en de wijkverpleegkundige.

Mijn dank gaat uit naar alle docenten van de MGZ-opleiding. Zij hebben mij de afgelopen 3 jaar gemotiveerd en gestimuleerd. Dit heeft mij gemaakt tot een beginnende, professionele MGZ-verpleegkundige, die open staat voor alle nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Huub Sibbing wil ik hierbij specifiek benoemen, hij is de drijvende kracht achter de MGZ-opleiding en tevens mijn scriptie begeleider geweest. Zijn enthousiasme en kritisch blik werkte zeer motiverend, zijn adviezen voor mijn scriptie gaven net weer wat meer aanvullende informatie, waardoor mijn scriptie nu geworden is zoals ik het gehoopt had.

En als laatste wil ik Edwin, mijn partner bedanken voor de steun, de tijd en het vertrouwen die hij mij heeft gegeven de afgelopen 3 jaar.

Linda van Bohemen
Berkel-Rodenrijs, juni 2006

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	4
INLEIDING	1
1 DE THUISZORG	3
1.1 INLEIDING	3
1.2 HET BEGRIP THUISZORG	3
1.3 GESCHIEDENIS VAN DE THUISZORG	3
1.4 ONTWIKKELINGEN BINNEN DE THUISZORG 1990-2006	5
1.4.1 De nota "Thuiszorg in de jaren '90"	6
1.4.2 Concurrentie en marktwerking	7
1.4.3 Modernisering AWBZ	8
1.5 SAMENVATTING	9
2 FUNCTIEGERICHTE INDICATIE EN BEKOSTIGING	10
2.1 INLEIDING	10
2.2 GESCHIEDENIS VAN DE INDICATIE	10
2.2.1 De RIO's	11
2.3 DE HUIDIGE ONTWIKKELINGEN VAN DE INDICATIE	13
2.4 ICF EN CARPENITO	15
2.5 ADVIESNOTA FUNCTIEGERICHT BEKOSTIGING IN DE THUISZORG	16
2.6 SAMENVATTING	17
3 SAMENWERKING EN COMMUNICATIE	18
3.1 INLEIDING	18
3.2 SAMENWERKING	18
3.3 COMMUNICATIE	19
3.3.1 Interne communicatie	19
3.4 DE ROOS VAN LEARY	20
3.5 SAMENVATTING	21
4 DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE	23
4.1 INLEIDING	23
4.2 DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE	23
4.2.1 Domeinen en rollen	23
4.2.2 De competenties van de wijkverpleegkundigen	24
4.3 DE DOMEINEN ORGANISATIE EN BEROEP	25
4.4 SAMENVATTING	27
5 DISCUSSIE EN CONCLUSIES	28
5.1 INLEIDING	28
5.2 DE ONTWIKKELINGEN IN DE THUISZORG	28
5.3 DE FUNCTIEGERICHTE INDICATIE/BEKOSTIGING	29
5.4 SAMENWERKING EN COMMUNICATIE IN EEN ORGANISATIE	31
5.5 DE ROL VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE	32
5.6 SAMENVATTING	33
6 AANBEVELINGEN	34
6.1 INLEIDING	34
6.2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	34
6.2.1 Micro niveau	34
6.2.2 Meso niveau	35

6.2.3 Macro niveau	35
7 NAWOORD	37
8 LITERATUURLIJST EN BRONVERMELDING	38
9 BIJLAGEN	41

INLEIDING

Probleembeschrijving:

Veel wijkverpleegkundigen in een team verzorging en verpleging (V&V) zijn geconfronteerd met het nieuwe systeem van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) per 1-1-2005, voorheen Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), om een indicatie op te stellen. Voorheen stond op het indicatieformulier het product dat geleverd moest worden, met het deskundigheidsniveau erbij en het aantal minuten zorg. Kwam dat niet overheen, dan belde je met het RIO en dan werd de indicatie bijgesteld. De organisatie kreeg uitbetaald naar het aantal geleverende uren per deskundigheid.

In 2004 (1 april) veranderde dit, het RIO veranderende de indicaties in functies. Er zijn nu zeven verschillende functies, verpleging, verzorging, huishoudelijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Een functie zegt niets over het deskundigheidsniveau die de zorg moet leveren. En daar ligt het probleem bij de thuiszorg in de V&V teams. De managers hebben dit feit geconstateerd, maar hebben er bijna niets mee gedaan. Alleen benoemd dat we de juiste deskundigheid in moeten zetten, omdat een verpleegkundige te duur is voor de 'gewone wasbeurt'. Wat we wel vanuit de managers te horen kregen was dat we niet goed registreerde, dat we teveel op algemene zaken registreerde als we niet bij de cliënten waren. En dit zijn improductieve uren, we moesten slimmer registreren, dus als we 's middags bezig waren met een dossier van een cliënt, of een telefoontje pleegde ten behoeve van de cliënt, dan moesten we dat ook op de cliënt registreren. Maar meer handvatten kwamen er niet, alleen dat we om de paar maanden dezelfde boodschap kregen.

Dit zelfde geldt voor de indicaties. Per 1-1-2005 is het RIO overgegaan in het CIZ. Dit betekende niet alleen een nieuw logo, maar ook een verhuizing van het CIZ met veel problemen, het verlies van de persoonlijke contacten en nieuwe formulieren. De (her)indicaties mochten niet meer per telefoon, tenzij de cliënt het zelf deed. Als wij het zouden afhandelen, dan moest dat op een formulier, met een handtekening van de cliënt. Daarbij werd de wijkverpleegkundige geconfronteerd met klassen (aantal uren), waarvan we eerst niet wisten hoeveel klassen er waren. Na telefonisch contact kregen we een informatieboekje toegestuurd die voor algemeen gebruik was, maar er stonden geen klassen in. De indicatie kan schriftelijk geformuleerd en toegelicht worden, dit doen de wijkverpleegkundige naar hun beste kunnen. Maar het gebeurde regelmatig dat ze niet de indicatie kregen waar om gevraagd was, of vermindering van het aantal uren (klasse) werd ook niet geaccepteerd. Dit resulteerde in veel onbegrip en frustratie naar het CIZ toe.

Daarbij speelde het ook mee dat de organisatie met marktwerking te maken kreeg, concurrentie kreeg van andere instellingen. Financiële problemen, gedwongen ontslagen (administratief, ondersteunend personeel), al deze problemen beïnvloedden de sfeer en werkdruk. Maar ook als blijkt dat er toch nog te weinig productie wordt gemaakt ondanks dat iedereen hard (over)werkt. Invalkrachten mogen niet meer ingezet worden, met als probleem dat de compensatie- en vakantieuken amper opgenomen kunnen worden. Nog meer ergernis, onbegrip en werkdruk op het huidige personeel. Door alle drukte zijn de wijkverpleegkundigen teveel met zichzelf bezig en kunnen amper hun team aansturen, laat staan dat ze aan de taken toekomen zoals coördinatie, coaching en evaluaties van de zorg. Bovendien wordt er onderling onvoldoende gecommuniceerd, staan de wijkverpleegkundigen niet op één lijn, waardoor er onvrede ontstaat en ze gaan twijfelen of dit wel het werk is wat ze nog leuk vinden. Onderling peilen ze niet wat de anderen wijkverpleegkundigen en teams ervan vinden zodat ze eventueel stappen kunnen ondernemen.

Doordat ik naar een congres ben geweest van de Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundige (LVW), dat ging over het functiegericht indiceren, besepte ik dat de organisatie veel heeft laten liggen wat betreft het anticiperen op de gevolgen van deze ontwikkeling. Maar ook de wijkverpleegkundige hebben dit over zich laten komen en niet op tijd gereageerd.

Motivatie :

Ik vind dat de wijkverpleegkundige op de hoogte moet zijn van de functiegerichte indicatie en bekostiging. Dat ze handvatten krijgt over hoe ze op een juiste manier een indicatie moeten stellen, met welke aspecten ze rekening mee moet houden. Dit kan een wijkverpleegkundige een hoop ergernis en frustratie besparen en het CIZ niet als schuldige te zien. Bovendien kan dan door de juiste inzet van deskundigheid naar mijn mening wel de juiste financiering binnen worden gehaald waardoor er geen verlies hoeft te zijn. Uiteindelijk voert dit weer door tot op de werkvloer, de

wijkverpleegkundige kan dan aan haar taken en competenties toekomen waarvoor ze is aangenomen. Haar team aansturen wat de kwaliteit en tevredenheid stimuleert en motiveert. Maar ook de organisatie moet beseffen dat er hiaten zijn met betrekking tot de nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen en dat ze er onvoldoende op hebben geanticipeerd. Ze hebben de wijkverpleegkundige nergens bij betrokken of nagevraagd hoe zij het functiegericht indiceren ervaren en de gevolgen daarvan. Verder vind ik dat de wijkverpleegkundige ook kritisch kunnen kijken welke rol zij in dit geheel hebben.

Probleemanalyse :

Onvoldoende aansturing en samenwerking vanuit de organisatie.

- De organisatie heeft onvoldoende geanticipeerd op de gevolgen van het functiegericht indiceren door zich niet adequaat te verdiepen in de materie van het functiegericht indiceren;
- Door te weinig communicatie en samenwerking van de organisatie met de wijkverpleegkundige is zij onvoldoende betrokken bij het functiegericht indiceren en haar rol daarin;
- Er zijn geen handvatten vanuit de organisatie gekomen hoe een je indicatie op de juiste manier op kunt stellen om zo de juiste functies binnen te halen;
- Er is onvoldoende samenwerking en uitwisseling van gegevens tussen de wijkverpleegkundigen in de verschillende teams, maar ook tussen de wijkverpleegkundigen in dezelfde teams waardoor er miscommunicatie is en bijna geen samenwerking;
- Er is geen eenduidigheid in uitvoering van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige omdat er een miscommunicatie is en de handvatten ontbreken;
- De organisatie biedt weinig stimulering tot professionalisering van de wijkverpleegkundige waardoor het de wijkverpleegkundige ook ontbreekt om voldoende te anticiperen op de nieuwe ontwikkelingen.

Probleemstelling :

Hoe kan een thuiszorgorganisatie adequaat anticiperen op de gevolgen van de **functiegerichte indicatiestelling en bekostiging** en hierbij de **communicatie** en **samenwerking** naar de wijkverpleegkundige toe verbeteren en **welke rol heeft de wijkverpleegkundige** hierin?

Gevolgdte werkwijze en opbouw van de scriptie

Voor deze scriptie heb ik informatie gezocht in de bibliotheek van de Haagse Hogeschool (boeken, tijdschriften), op internet en in tijdschriften die ik zelf in bezit had. Deze informatie ben ik gaan selecteren op bruikbaarheid en gaan indelen per hoofdstuk. Zo kon ik per hoofdstuk de juiste informatie gebruiken en per hoofdstuk afwerken. Naar aanleiding van de probleemstelling ben ik tot de volgende indeling van de hoofdstukken gekomen:

- De thuiszorg
- Functiegerichte indicatie en bekostiging
- Samenwerking en communicatie
- De wijkverpleegkundige
- Discussie
- Conclusie en aanbevelingen

Ik heb diverse keren gebruik gemaakt van de mogelijkheid om advies te vragen bij mijn scriptiebegeleider. Om te kijken of ik op de goede weg zat, voldoende had beschreven over bepaalde onderwerpen en zonodig om advies te vragen over bepaalde onderwerpen.

Begrippenkader

De wijkverpleegkundige wordt in deze scriptie beschreven in de vrouwelijke persoon. In mijn scriptie heb ik het voornamelijk over de cliënt, maar soms staat er ook patiënt of zorgvrager, dit komt dan omdat er een letterlijke tekst is overgenomen. De cliënt wordt beschreven in de mannelijke persoon. Afkortingen worden één keer volledig benoemd, met de afkorting erachter, daarna wordt de afkorting vermeld.

1 DE THUISZORG

1.1 INLEIDING

De thuiszorg heeft een belangrijke en onmisbare plaats in de gezondheidszorg. Dankzij de thuiszorg zijn mensen in staat om bij ziekte, ouderdom of handicaps langer thuis te blijven en daar verzorgd te worden. Opname in intramurale instellingen kunnen hierdoor worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen. Tevens kan een opname in een ziekenhuis verkort worden doordat mensen eerder naar huis kunnen gaan en daar de verdere verzorging krijgen.

In dit hoofdstuk wil ik toelichten wat er met het begrip thuiszorg wordt bedoeld, ga ik kort in op de geschiedenis van het ontstaan van de thuiszorg en wat de huidige ontwikkelingen zijn.

1.2 HET BEGRIP THUISZORG

Als we kijken naar het woord thuiszorg dan halen we al veel uit dit woord; 'zorg thuis'. In de literatuur wordt het woord thuiszorg op verschillende manieren beschreven.

'Thuiszorg wordt doorgaans op twee manieren opgevat : als de zorg aan huis of als de zorg verleend door instellingen voor thuiszorg, kruiswerk en gezinsverzorging. Het criterium voor thuiszorg in brede zin is de verblijfplaats van de gebruiker, te weten zijn eigen huis'.¹

Een andere toelichting is : 'Thuiszorg : Het geheel van verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en/of aanvullende professionele zorg die er specifiek op gericht is de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie'.²

Om het begrip nog verder aan te vullen en de mantelzorger niet te vergeten is de volgende definitie aanvullend op de vorige. 'De professionele thuiszorg is in meeste gevallen aanvullend, maar onmisbaar. Er is een wisselwerking tussen mantelzorg en professionele thuiszorg. De thuiszorg verricht bijvoorbeeld taken die een specifieke deskundigheid vereisen die mantelzorgers niet bezitten, of zorgt ze ervoor dat het sociale systeem rondom een cliënt wordt ondersteund'.³

De Landelijke Vereniging voor thuiszorg (LVT) formuleert thuiszorg als volgt:

'Het zo goed mogelijk tegemoet komen aan de behoefte van mensen aan diensten thuis, voor zover die diensten bijdragen aan herstel en behoud van de gezondheid en de kwaliteit van het zelfstandig wonen met zoveel mogelijk voortzetting van hun maatschappelijke participatie'.⁴

1.3 GESCHIEDENIS VAN DE THUISZORG

De geschiedenis van de gezondheidszorg en dan met name de thuiszorg gaat terug tot in de negentiende eeuw. Thuiszorg was vroeger eigenlijk 'gezinsverzorging', het was een kwestie van hulp geven aan elkaar, aan familie, burens en voor het overige sprong de liefdadigheid bij. De Diaconessenhuizen in Utrecht en Arnhem kende al voor 1870 personeel die veel weg had van de huidige verpleegkundige van nu. Maar mensen die het financieel goed hadden kwamen niet in een gasthuis terecht, zij kregen verpleegkundige hulp thuis.

In 1875 richtte Jacobus Penn een bond op van gemeentelijke 'Verenigingen tot Bevordering van de Volksgezondheid en het Weren van Epidemieën'. Deze overkoepelende organisatie, waarvan tien

¹ Campen, C. van, ea., Werkdocument Modelontwikkeling thuiszorg/Hulpvragers, beperkingen en zorgtoewijzing, nr 63, van het Sociaal en Cultureel Planbureau, Den-Haag, maart 2000, pp 5

² Aalst, K. van, ea., Indicatiestelling bij chronisch zieken (afstudeerscriptie), Hogeschool Leiden, nov. 2000, pp 6

³ Tweede Kamer der Staten-Generaal, Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst/ Verkenning Ouderenzorg 1995-2010, vergaderjaar 1996-1997, Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 1997, pp 3

⁴ Landelijke Vereniging voor Thuiszorg LVT, Zorg thuis, een visie op plaats en betekenis van de thuiszorg in de 21^e eeuw, integrale versie, Bunnik, 9 juni 2000

verenigingen lid werden, noemde men 'Het Witte Kruis'. Het was de eerste kruisorganisatie in Nederland.⁵

Vanaf 1874 verandert er veel in de gezondheidszorg. Er was meer behoefte aan deskundig personeel, er kwamen ook opleidingen voor verpleegkundigen. De wijkverpleging werd in 1890-1900 georganiseerd vanuit de opgerichte kruisverenigingen. Ondertussen waren ook het Katholieke Witgele Kruis en het algemene Groene Kruis opgericht. Rond 1901 kwam de zorg voor het pasgeboren kind bij het takenpakket van de wijkverpleging. De wijkverpleging kreeg steeds meer plaats in de gezondheidszorg en het takenpakket breidde zich uit naar voorlichting en preventieve zorgtaken.

Na de Tweede Wereldoorlog was er weinig geld voor de gezondheidszorg, het geld ging eerst naar de opbouw van de industrie en woningbouw. Pas na 1960 kwam er weer groei in de voorzieningen, mede door het economisch herstel. 'In 1967 voerde de overheid de Algemene Wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) in'.⁶ Dit is een volksverzekering waar iedereen aan meebetaald en waar iedereen ook aanspraak op kan doen.

De wijkverpleegkundigen hadden zich ondertussen ook uitgebreid en zich verder geprofessionaliseerd. 'Met de komst van de Nationale Kruisvereniging, de landelijk koepelorganisaties en de organisatie van regionale en provinciale kruisverenigingen werd de wijkverpleegkundige functie ingebed binnen een landelijke organisatiestructuur'.⁷ Ook de wijkaantekening werd begin jaren '70 vervangen door de huidige opleidingen, de HBO-V en MBO-V.

In 1974 ontstonden er nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De huidige staatssecretaris van volksgezondheid en milieuhygiëne, Hendriks stelde de structuurnota van 1974 op. De regering kreeg als taak om de zorg te plannen en de kosten in de zorg te beheersen. Een belangrijk kenmerk van de nota is dat er een accentverschuiving plaatsvond van de intramurale naar de relatief goedkopere extramurale gezondheidszorg. Er volgt een nieuwe opzet in de gezondheidszorg waarbinnen twee principes worden gehanteerd, namelijk echelonnering en regionalisatie.

'Het doel van echelonnering is :

- betere beheersbaarheid van de gezondheidszorg;
- meer overzicht en inzicht van de gezondheidszorg;
- betere afstemming van voorzieningen;
- betere samenwerking;
- efficiënter verloop voor de zorgvrager;
- doelmatig gebruik van de voorzieningen.

Het doel van regionalisatie is :

- decentralisatie van de gezondheidszorg in het bijzonder voor de uitvoerende taken;
- betere bestuurbaarheid en beheersbaarheid van de gezondheidszorg;
- betere bereikbaarheid van de voorzieningen;
- meer continuïteit van zorg;
- aansluiting van de welzijnszorg op de gezondheidszorg;
- grotere betrokkenheid van de bevolking bij de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de eigen regio'.⁸

Maar de zorg bleef groeien. 'Tussen 1977 en 1982 nam het budget voor het Kruiswerk jaarlijks met zo'n 10 procent toe. De jaren daarna ging het iets rustiger, maar nog altijd ging het tussen 1983 en 1987 om een groei van zo'n 4,7 procent. De groei van de gezinsverzorging bedroeg in de jaren 1986-1990 gemiddeld 3 procent per jaar, die van het Kruiswerk 4,7 procent'.⁹

Tot de begin jaren '80 bestond de thuiszorg nog uit twee facetten, het kruiswerk (de wijkverpleegster en het consultatiebureau) en de gezinsverzorging. In 1983 komen de eerste verandering in die tweedeling in de thuiszorg, want dan verschijnt de nota Eerstelijnszorg. Het doel van deze nota is

⁵ Scherpenisse, A., De gezondheidszorg in Historisch perspectief, hoofdstuk 1 uit : Introductie in de Gezondheidszorg Bohn Stafleu, 2002

⁶ Scherpenisse, A., De gezondheidszorg in Historisch perspectief, hoofdstuk 1 uit : Introductie in de Gezondheidszorg Bohn Stafleu, 2002

⁷ AVVV, Beroepsdeelprofiel MGZ-verpleegkundige, Utrecht, 2004

⁸ Jong, J.H.J. de, ea., Basisboek 1; Inleiding in de verpleegkunde, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 1992

⁹ Tweede Kamer der Staten-Generaal, Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst/ Verkenning Ouderenzorg 1995-2010, vergaderjaar 1996-1997, Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 1997, pp 33

versterking van de eerstelijnszorg en om dit te bereiken worden er verschillende beleidsvoornemens geformuleerd ¹⁰ :

1. Voldoende adequaat opgeleid personeel. Er worden streefcijfers geformuleerd voor het aantal gewenste huisartsen, wijkverpleegkundige ed.
2. Voldoende groei mogelijkheden. Er is een dubbele vergrijzing op komst en de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn werd gepleit voor een jaarlijkse volumegroei van 4% om de noodzakelijke formatie op peil te houden.
3. Een verdere professionalisering van de zorgorganisaties. Na de Structuurnota was er een proces in gang gezet om van de kleinschalige, plaatselijke, versnipperde kruisverenigingen te komen tot geïntegreerde plaatselijk kruisverenigingen. In de nota Eerstelijnszorg kregen de plaatselijke kruisverenigingen 5 jaar de tijd om te fuseren tot Regionale Kruisorganisaties.
4. Invoering 24-uurs zorg. De geleverde zorg mocht zich niet beperken tot kantooruren. Ook in het weekend en avond diende er zorg beschikbaar te zijn.
5. Multidisciplinaire samenwerking. Er moest versterking en samenhang komen in de eerstelijns tussen de 4 kerndisciplines:
 - De huisarts (lichamelijke zorgproblemen)
 - De wijkverpleegkundige (verpleegproblemen)
 - Het Algemeen Maatschappelijk werk (psychosociale problematiek)
 - De gezinszorg (huishoudelijke ondersteuning ed.).

Er moest een gestructureerde samenwerking komen, in de vorm van gezondheidscentra waarbij men een subsidieregeling kon krijgen om dit proces te stimuleren.

Tussen 1990-1995 ontstonden er fusies tussen de kruisverenigingen en de gezinsverzorging (zie ook 1.4.2)

Tegelijkertijd verschijnt er ook de nota "Gezondheidszorg bij beperkte middelen" en die heeft ook te maken met de eerstelijnszorg. Het uitgangspunt van deze nota is hoe wij in de toekomst de gezondheidszorg kunnen financieren met de beperkte financiële middelen. Ook deze nota heeft als doel een sterke eerstelijnszorg, omdat deze goedkoper is dan de tweede lijn. Maar wat zeker belangrijk is bij deze nota, is dat de professionele zorg een aanvulling moet zijn op de zelfzorg en mantelzorg.

'Centraal staan dus;

- Zelfzorg : wat kunnen mensen zelf doen om gezondheidsproblemen te voorkomen of adequaat te hanteren.
- Mantelzorg : welke ondersteuning kan in het geval van zorgbehoeften geboden worden door partners, kinderen, familie, burens ed.¹¹

Mede door het verschijnen van deze twee nota's kwam het tot een verdere ontwikkeling in de gezondheidszorg.

1.4 ONTWIKKELINGEN BINNEN DE THUISZORG 1990-2006 ¹²

In 1990 verscheen de nota "Werken aan Zorgvernieuwing", hierin wordt gepleit voor zorgvernieuwing in de zorgsector waaronder de thuiszorg, de ouderenzorg en de zorg voor chronisch zieken vallen. In de nota staat beschreven hoe de inhoud en de organisatie beter aan kan sluiten bij de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen in de jaren '90. 'Relevante ontwikkelingen in dit verband zijn :

- Een toenemende (dubbele) vergrijzing en een toenemende aantal chronisch zieken, die de vraag om thuiszorg zullen doen toenemen.
- De toenemende mondigheid en emancipatie van cliënten die zullen leiden tot een groter behoeften aan keuzevrijheid.

¹⁰ Sibbing, H., Samenvatting nota Eerstelijnszorg en nota "Gezondheidszorg bij beperkte middelen", interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool, Den-Haag, 2003

¹¹ Sibbing, H., Samenvatting nota Eerstelijnszorg en nota "Gezondheidszorg bij beperkte middelen", interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool, Den-Haag, 2003

¹² Bakens, P. en Sibbing, H., Ontwikkelingen in de Caresector 1990-2003, interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool, Den-Haag, 2003

- De invoering van de stelselwijziging, waarin de zorgverzekeraars een grote invloed zullen krijgen op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en waarin de cliënt een grote keuzevrijheid zal krijgen in de keuze van de zorgverzekeraar en/of het verzekerde pakket.
- De toenemende behoefte aan substitutie (het vervangen van intramurale door extramurale voorzieningen).
- De invoering van meer marktwerking in de gezondheidszorg en de invoering van contractvrijheid voor zorgverzekeraars.

In de periode 1991-1993 vindt die uitwerking plaats in een 3-tal rapporten :

- De nota "Thuiszorg in de jaren '90" uit 1991.
- Het advies "Ouderenzorg met toekomst" van de Commissie Welschen uit 1993.
- De notitie "Chronisch Ziekenbeleid" uit 1991.

De nota "Thuiszorg in de jaren '90" zal in het volgende hoofdstuk toegelicht worden.

1.4.1 De nota "Thuiszorg in de jaren '90"¹³

De nota "Thuiszorg in de jaren '90" brengt een aantal nieuwe ontwikkelingen met zich mee. Bovendien krijgt de nota een subtitel mee : "Notitie over de toekomstige ontwikkeling en stimulering van de thuiszorg". Hierin staan een aantal concepten beschreven die belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de caresector. In de nota staat een definitie van het begrip thuiszorg beschreven, een belangrijke zin is : 'Thuiszorg is niet te omschrijven als een af te grenzen product of zorgsegment en is niet gebonden aan bepaalde instellingen of organisaties'.¹⁴ Hiermee wordt tevens bedoeld dat de aanbodsgerichte zorg moet worden vervangen door een vraaggerichte zorg. De thuiszorg moet beter aansluiten op de vraag en de wens van de cliënten. Bovendien heeft de cliënt keuzevrijheid en is er dus concurrentie. Want ook anderen instellingen kunnen thuiszorg leveren, denk maar aan particuliere bureaus, verpleeg- en verzorgingshuizen. Tevens moeten de nieuwe technologieën ervoor zorgen dat de mogelijkheden van de thuiszorg worden verruimd en de kwaliteit van leven van de cliënten thuis wordt verhoogd. Maar er zijn een aantal knelpunten en wel :

1. Transmuralisering. In de structuurnota van 1974 staat het onderscheid centraal tussen de eerste (extramuraal) en tweede (intramuraal) lijnsvoorzieningen. Maar de cliënt wil meer vraaggerichte zorg en geen aanbodsgerichte zorg. Zo willen ze bijv. ook een keus kunnen maken tussen deel- of tussenvoorzieningen (bijv. dagbehandeling). Dit betekent dus zorg over de muren heen, transmuralisering. Zo zouden thuiszorginstellingen dus ook ziekenhuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuiszorg moeten geven thuis.
2. Thuiszorgtechnologie. Als de thuiszorg wil aansluiten bij de zorgbehoeften van de cliënt, dan moeten zij ook ziekenhuiszorg kunnen leveren, zoals in de vorige alinea staat beschreven. Met alle medische apparatuur en kennis. Hiermee kan er worden voorkomen dat cliënten voor langere tijd moeten worden opgenomen.
3. Indicatiestelling en zorgtoewijzing; transparantie van de zorgbehoefte. De toewijzing van zorg voor de verschillende organisaties (gezinsverzorging, wijkverpleging, verpleeghuiszorg) gebeurt door verschillende instanties. Hierdoor zijn de criteria niet eenduidig en bestaat er veel onduidelijkheid voor de cliënt en de zorgverzekeraars. Het zou efficiënter zijn als er een onafhankelijke vorm van indicatiestelling zou komen, waardoor de werkelijke zorgbehoefte van de cliënt transparanter wordt.
4. Persoonsgebonden budget; de cliënt centraal en verantwoordelijk. Tot 1990 ontvangt de cliënt 'zorg in natura'. Dit houdt in dat de cliënt zorg ontvangt van zorginstellingen en/of beroepsbeoefenaars. Daarbij blijft de cliënt afhankelijk van de zorg die geleverd wordt. Als de cliënt zelf het bedrag in handen krijgt (persoonsgebonden budget), dan kan hij zelf de zorg inkopen die hij nodig acht. De cliënt krijgt hierbij zelf de verantwoordelijkheid en een keuzevrijheid.

¹³ Bakens, P. en Sibbing, H. Ontwikkelingen in de Caresector 1990-2003, interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool, Den-Haag, 2003

¹⁴ Simons, H. Thuiszorg in de jaren '90, Notitie over de toekomstige ontwikkeling en stimulering van de Thuiszorg, 2^e kamer 1991-1992, Den-Haag, 16 december 1991

5. Versterking en samenhang. In 1990 bestaat de thuiszorg nog uit drie aparte organisatie ; de thuiskraamzorg, het kruiswerk en de gezinsverzorging. Alledrie hebben ze een eigen intake-systeem en verschillende eigen bijdrage regelingen. De voorkeur gaat uit naar één thuiszorgorganisatie waarin alledrie de vormen van zorg inhoudelijk en organisatorisch op elkaar zijn afgestemd. Dit zal uiteindelijk efficiënter zijn, gezamenlijk gebruik maken van één gebouw, apparatuur en overhead. Bovendien bestaat er de mogelijkheid tot functiedifferentiatie, zowel horizontaal als verticaal. Te denken valt aan verpleegkundige met een aandachtsgebied. Verdere processen die in gang kunnen worden gezet zijn:
- Stimuleren van en versterken van de positie van gezondheidscentra.
 - Stimuleren van huisartsengroepen om de continuïteit en de 7x 24-uurs bereikbaarheid te garanderen, zoals de huidige HuisArtsenGROepen (HAGRO) of HOED-constructies (Huisartsen Onder Een Dak).
 - Nauwere samenwerking tussen huisartsen en specialist en tussen huisarts, verpleeghuisarts en RIAGG.
 - Het stimuleren van het proces om ook Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg (PIT) te leveren voor thuiswonenden met zowel lichamelijk als psychiatrische gezondheidsproblemen.

1.4.2 Concurrentie en marktwerking ¹⁵

Al tussen 1986-1990 werden er experimenten uitgevoerd met het principe van marktwerking in de thuiszorg. Er werden namelijk ook andere organisaties toegelaten op de thuiszorgmarkt, buiten de bestaande kruiswerkorganisaties. In 1991 verscheen er een onderzoek waaruit bleek dat de kruisverenigingen een hoger uurloon (van de wijkverpleging) vroegen dan de particuliere bureaus. Als men de concurrentie voor wilde blijven dan moesten er maatregelen komen. En dat gebeurde in de vorm van fusies, schaalvergroting. Door de fusies konden de kruisverenigingen veel besparen op de overhead kosten. De schaalvergroting gebeurde op twee manieren :

1. 'Fuseren met gelijkgerichte organisaties (fusies van kleinere kruisorganisatie tot één grote).
2. Fuseren met aanverwante organisatie. Van oudsher heeft de wijkverpleging nauw samengewerkt met o.a. de huisarts, maatschappelijk werk, de kraamzorg en de gezinszorg. Met name met de laatste twee, de thuiskraamzorg en de gezinszorg (ook wel met huishoudelijke zorg aangeduid), zijn de grenzen diffuus en sluit de geboden zorg nauw op elkaar aan'.

Vanaf deze tijd spreken we niet meer van kruisverenigingen maar van thuiszorginstellingen.

Een andere ontwikkeling die hiermee samenging was de divisievorming. Men wilde zo efficiënt mogelijk werken. De allround wijkverpleegkundige moest een keus gaan maken of dat zij bij de 'ouder en kind zorg' (0-4 jaar) wilde gaan werken. Of dat ze voor de ouderen en chronisch zieken ging zorgen. Zo ontstonden er de divisies "Thuiszorg" en de "Ouder & Kind zorg" binnen de thuiszorg. Maar hier bleef het niet bij, binnen de divisie Thuiszorg ontstonden er geïntegreerde teams. De samenstelling bestond uit verschillende niveaus, de verzorgende vanuit de gezinszorg konden aan het werk als niveau 3, en zo waren er ook de niveaus 3-ig (wijkziekenverzorgende), 4 (verpleegkundige op MBO-niveau) en 5 (de wijkverpleegkundige, HBO-niveau). De teams kregen veelal de naam 'team Verzorging en Verpleging' (V&V teams). De verpleegkundige kregen ook nieuwe mogelijkheden door de functiedifferentiatie en konden zich specialiseren. Hiermee kon men bovendien de concurrentie aangaan met de particuliere bureaus.

Ondertussen zorgde de uitwerking van de marktwerking voor veel onrust. Voor veel thuiszorginstellingen was er 'sprake van "oneigenlijke concurrentie" van de kant van de particuliere bureaus. Ze boden niet het volledige pakket thuiszorg, hielden zich niet aan de thuiszorg-CAO en beperkte zich alleen tot de "krenten in de pap"".

Ook had men zich verkeken op de gevolgen van de fusies van de kruisverenigingen en de gezinszorg. Beide organisaties kende een eigen systeem van betaling en nu moest er over gegaan worden tot een nieuw systeem. Zo ontstond er ook verwarring bij de cliënten over de kortdurende thuiszorg (post-operatieve zorg) en de langdurige thuiszorg.

De V&V teams kregen te maken met 'stopwatchzorg', de productieve uren leverde meer geld op. Maar dan moest je wel een indicatie hebben om zorg te leveren en dat was juist weggehaald uit het takenpakket van de wijkverpleegkundige. Dit werd nu door een onafhankelijk indicatie bureau gedaan.(zie hoofdstuk 2)

¹⁵ Bakens, P. en Sibbing, H., Ontwikkelingen in de Caresector 1990-2003, interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool, den-Haag, 2003

In mei 1997 reserveerde minister Borst meer geld voor de thuiszorg om rust te creëren. Bovendien werd er betrefte de marktwerking een stop gezet op de komst van nieuwe particuliere bureaus. Maar ook dit mocht niet baten. In 1999 bleek dat alle problemen nog niet waren opgelost. Er waren zelfs reguliere thuiszorginstellingen die dreigde failliet te gaan. Tevens waren er wachtlijsten ontstaan voor cliënten die op zorg wachtten. Vliegenthart, de nieuwe staatssecretaris nam een aantal maatregelen. Zo werden er weer nieuwe thuiszorginstellingen toegelaten om daarmee de wachtlijsten op te heffen. Er kwam meer toezicht op de kwaliteit van de geboden zorg en de benchmarking (een vergelijkend warenonderzoek) werd ingevoerd.

Ook nu in deze huidige tijd blijven marktwerking en concurrentie een grote rol spelen. Organisaties willen zich profileren met hun services formules om zo een steeds grotere groep mensen aan zich te binden. En ook de fusies met andere organisaties blijven niet stilstaan, zo hopen ze nog meer bezuinigingen in te voeren en nog efficiënter te kunnen werken.

1.4.3 Modernisering AWBZ¹⁶

1 April 2003 was de ingangsdatum voor de invoering van de modernisering van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Verandering was nodig, zoals in de vorige paragrafen al beschreven staat, verandert er veel in de gezondheidszorg. De omslag van aanbodsrichte- naar vraaggerichte zorg, de mondige cliënt en het gebrek aan personeel. Er is behoefte aan kwaliteit in de zorg, men wil ook meer luxe en privacy. 'De zorg moet zich aanpassen aan de cliënt en niet andersom. Verhuizen is geen vanzelfsprekendheid meer in de zorg. Zorg thuis is het uitgangspunt'. Maar het systeem is nog niet zover, dus daarom moet 'het roer om'.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) neemt de verantwoordelijkheid en ondersteunt daar waar mogelijk is om de invoering van de modernisering van de AWBZ te implementeren. De inhoud van het AWZV- pakket staat niet ter discussie. 'Door het pakket te benoemen in functies in plaats van aanbod komt er wel veel meer ruimte. Ruimte voor cliënten om te kiezen voor een persoonsgebonden budget of zorg in natura bij de aanbieders van keuze. Ruimte voor zorgaanbieders om zich te ontwikkelen tot gespecialiseerde zorgverleners of juist niet, of tot een aanbieder die een bepaald gebied bestrijkt. Ruimte voor nieuwe aanbieders om hun vleugels in de zorg uit te slaan. Ruimte voor de cliënt om met de hulpverlener de geïndiceerde zorg gezamenlijk om te zetten in een passend arrangement, zonder zich af te vragen of een boodschapje meer of minder wel of geen aanspraak is. En ruimte voor het zorgkantoor om zorg in te kopen, die voldoet aan de vraag van de verzekerde. Een vraag, die niet alleen kwantitatief maar ook kwalitatief van aard is'.¹⁷

De ruimte die nodig is vraagt wel een terughoudendheid van de overheid. Dat wil niet zeggen dat de overheid niet verantwoordelijk is, zij blijven verantwoordelijk voor het macrobudget. Daarom wil de overheid ook op de hoogte blijven van een inzicht in het aantal zorgvragers, de geïndiceerde cliënten, cliënten met een pgb, cliënten in de zorg, duur van de zorg en de wachtlijsten. Met deze inzichten kan de overheid de middelen beschikbaar stellen die nodig zijn uit het macrobudget.

Het indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieders zijn de drie partijen die de zorgketen vormen. De cliënt krijgt met één of meer van deze partijen te maken. Zonder een indicatie heeft de cliënt geen recht op zorg. Het zorgkantoor daarentegen moet zorgen dat er voldoende zorg wordt ingekocht. En de zorgaanbieder levert de zorg die is geïndiceerd. Voor de cliënt verandert de vorm van de indicatie, deze wordt niet gedetailleerde omschreven in producten, maar in functies. De cliënt kan de zorg naar zijn eigen situatie afstemmen, met het aantal klassen (uren) die hem toegewezen worden (meer over de indicatie in hoofdstuk 2).

Samengevat houdt de modernisering van de AWBZ in dat de cliënten meer keuzevrijheid krijgen en dat er meer ruimte is voor de cliënt, de zorgaanbieder en het zorgkantoor om tot de 'zorg op maat' te komen.

¹⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Modernisering AWBZ, Klanten Kiezen, Den-Haag, Februari 2003

¹⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Modernisering AWBZ, Klanten Kiezen, Den-Haag, Februari 2003, pp 10 (klanten kiezen)

1.5 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk heb ik een aantal facetten van de thuiszorg toegelicht. Eerst heb ik het begrip thuiszorg omschreven. De geschiedenis van de gezondheidszorg en met name de thuiszorg liet zien dat er in ruim een eeuw veel is veranderd. Vooral in de laatste decennia's van de 20^{ste} eeuw heeft de thuiszorg veel ontwikkelingen ondergaan waar we nu nog de gevolgen van ondervinden in de thuiszorg. In het volgende hoofdstuk gaan we door met de gevolgen van modernisering van de AWBZ, de functiegerichte indicatie en bekostiging.

2 FUNCTIEGERICHTE INDICATIE EN BEKOSTIGING

2.1 INLEIDING

De indicatie is een onderdeel van de zorgketen, het is de toegang tot zorg. Er wordt beoordeeld of de cliënt recht heeft op zorg.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het ontstaan van de indicatiestelling, de inhoud van de indicatiestelling, de huidige ontwikkelingen en de gevolgen voor de thuiszorg. Tevens worden het ICF (International Classification of Functions) en Carpenito beschreven als hulpmiddel hoe de wijkverpleegkundige een (her)indicatie kan formuleren in de taal van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

2.2 GESCHIEDENIS VAN DE INDICATIE

Zoals we al in hoofdstuk 1 hebben kunnen lezen is er veel veranderd in de thuiszorg in de afgelopen eeuw. De indicatie is tegenwoordig een onderdeel van de thuiszorg. Wat is nu eigenlijk een indicatie(stelling)? De indicatiestelling wordt gedefinieerd als : 'het resultaat van een geformaliseerd proces van het objectiveerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang'.¹⁸

Vroeger nam de wijkverpleegkundige zelf de anamnese, of ook wel de intake, af bij de cliënten en stelde zij vast wat de hulpvraag was. Daarbij plande zij de zorg in en nam zij de verantwoordelijkheid van de uitvoering van de zorgverlening. Ditzelfde deden ook de leidinggevenden van de gezinszorg. Doordat men de intake en daardoor de indicatie in eigen beheer hadden konden zij de indicatie laten beïnvloeden door de beschikbare tijd die zij hadden. Feitelijk gezien waren die indicaties niet objectief. In de jaren '90 waren er veel fusies met de wijkverpleging en de gezinszorg. Hierdoor kregen aantal organisaties een centrale intake, onafhankelijke functionarissen voerden toen de intake uit.

Maar vanuit de belangenorganisaties van gehandicapten en chronisch zieken kwam de wens om een scheiding aan te brengen in de organisatie die de intake indiceert en de organisatie die de zorgverlening uitvoert. Volgens de belangenorganisaties hadden de zorgaanbieders er zelf belang bij om productie te leveren en was er minder zorg op maat.

Ondertussen had de overheid het streven om de zorg te extramuraliseren (zie ook 1.4.1.). De grenzen tussen de thuiszorg en de instellingen (intramuraal) moesten steeds meer gaan vervagen. De overheid had daarom plannen dat de indicatiestelling niet meer sectorspecifiek moest zijn, maar integraal.

'In de beleidsbrief indicatiestelling van 12 februari 1996 is de koers uitgezet voor een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling'.¹⁹ Hiermee werd de eerste stap gezet naar een indicatiestelling nieuwe stijl. Er kwam een wettelijke regeling, het Zorgindicatiebesluit van 1997. In deze regeling zijn er drie doelen uitgewerkt.^{20 21}

1. Onafhankelijkheid, de indicatiestelling gebeurt zonder binding aan een zorgaanbieder. De cliënt mag zelf een keuze maken of hij zorg in natura neemt of een persoonsgebonden budget. Tevens heeft hij de keuzevrijheid in organisaties.
2. Objectiviteit, het indicatieproces heeft een transparante opzet en dat wil zeggen dat er bij een zelfde zorgvraag, dezelfde benodigde zorg wordt gegeven. Protocollering moet ongelijkheid terugdringen en daardoor meer uniformiteit.
3. Integraliteit, hierbij wordt er gekeken naar de verschillende gebieden waar de cliënt problemen ervaart. Het indiceren gebeurt over de muren van de sectoren heen (ontschotting). Iemand kan behalve thuiszorg ook dagopvang geïndiceerd krijgen.

In het Zorgindicatiebesluit staat beschreven dat de gemeentes de verplichting hebben om een indicatieorgaan op te zetten.

¹⁸ Hoogerduin, J., Schrijvers, G., RIO, toegangspoort tot de zorg, TvZ 2003 nr 3, pp 20-22

¹⁹ Voortgang indicatiestelling (integrale brief inzake voortgang indicatiestelling), van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 11 maart 1998, Den-Haag

²⁰ Hoogerduin, J., Schrijvers, G., RIO, toegangspoort tot de zorg, TvZ 2003 nr 3, pp 20-22

²¹ Algera, M., Francke, A.L., Zee, J. van der, Zorgindicatiestelling 'nieuwe stijl' binnen de zorgketen, Verpleegkunde 2002-17 nr 3, pp 140-150

In een beleidsbrief van 11 september 1997 spreekt de Staatssecretaris voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport haar waardering uit over de ondertekening van een convenant door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de LVT. Deze twee partijen komen overeen om te bevorderen dat taken en personeel voor indicatiestelling van thuiszorgorganisaties op een soepele wijze overgaat naar de Regionale Indicatie Organen (RIO). In die brief formeert de Staatssecretaris tevens een task force om het invoeringsproces van de RIO's te faciliteren. Tevens doet zij verslag van een onderzoek naar beschikbare software pakketten die RIO's voor de indicatiestelling kunnen gebruiken.

In een beleidsbrief van 9 maart 1998 geeft de Staatssecretaris beknopt aan wat de bestuurlijke en organisatorische gevolgen zijn van de beoogde indicatiestelling:

- Instelling van ruim 80 RIO's.
- Opzetten van de werkorganisatie voor deze RIO's.
- Onderbrenging van 230 indicatiecommissies voor verzorgings- en verpleeghuizen in ruim 80 RIO's.
- Overheveling van ca. 550 formatieplaatsen voor indicatiestelling van thuiszorginstellingen naar RIO's.
- Uitname van 62,5 miljoen uit de AWBZ voor indicatiestelling door thuiszorginstellingen en toevoeging van 72,5 miljoen aan het Gemeentefonds voor indicatiestelling door RIO's'.²²

In eerste instantie werd alleen de zorg in verpleeg en verzorgingshuizen en de thuiszorg geïndiceerd. Ondertussen is ook de indicatiestelling van de gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ondergebracht bij de RIO's. Verder is in veel gevallen de advisering voor het verstrekken van hulpmiddelen in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) door de gemeente ook ondergebracht bij de RIO's.

2.2.1 De RIO's^{23 24}

De RIO's hebben een eigen regionaal werkgebied. De RIO's zijn dus verantwoordelijk voor een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling, maar iedere RIO heeft de vrijheid in de wijze van indiceren. De indicatie wordt vraaggericht geïndiceerd, het RIO houdt geen rekening met tekorten in het zorgaanbod. De basis voor de indicatiestelling is de formulierenset indicatiestelling AWBZ en de WVG, deze set werd per april 2003 landelijk gebruikt. 'De formulierenset is gebaseerd op de International Classification of Functions (ICF). De ICF is een internationale classificatie van beperkingen of participatieproblemen die een persoon ervaart door bijvoorbeeld een ziekte of stoornis. Daarbij spelen externe factoren zoals de fysieke omgeving, het sociaal netwerk, de maatschappelijke voorzieningen en regelingen, een belangrijke rol. Al deze componenten tezamen bepalen de zorgbehoefte'²⁵, (zie verder paragraaf 2.4).

In eerste instantie indiceert het RIO nog in producten, later worden dit functies (zie paragraaf 2.3). De producten zijn :

- Alfahulp
- Huishoudelijke verzorging
- Verzorging
- Verpleging
- Gespecialiseerde verpleging
- Gespecialiseerde verzorging
- Advies, instructie en voorlichting.

Het indicatiebesluit bevat de volgende punten : welk product, gedurende welke periode en ingangsdatum. Verder staat vermeld of de cliënt zorg in natura (ZIN) of persoonsgebonden budget (PGB) wil ontvangen. Een indicatie wordt binnen 6 weken afgegeven.

²² <http://www.minvws/dossiers/awbz> (zoekmachine : zorgindicatiebesluit)

Rio, het jongste kind groeit op (eindrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit van 1998)

²³ <http://www.minvws/dossiers/awbz> (zoekmachine : zorgindicatiebesluit)

Rio, het jongste kind groeit op (eindrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit van 1998)

²⁴ Hoogerduin, J., Schrijvers, G., RIO, toegangspoort tot de zorg, TvZ 2003 nr 3, pp 20-22

²⁵ Hoogerduin, J., Schrijvers, G., RIO, toegangspoort tot de zorg, TvZ 2003 nr 3, pp 20-22

Het proces van de indicatiestelling gaat als volgt : een voortraject, de aanmelding, een hoofdtraject, een indicatiebesluit en een natraject.

In het **voortraject** vindt de besluitvorming plaats om zich aan te melden bij RIO's. Dat kan binnen de kring van de cliënt. Het kan ook zijn, dat de cliënt is verwezen door een professional, bijvoorbeeld een huisarts of een transferverpleegkundige van een ziekenhuis.

De **aanmelding** kan plaatsvinden bij het RIO, maar bij aanvragen van een indicatiestelling voor enkelvoudige zorg kan dat ook bij een thuiszorgorganisatie gebeuren. Indien deze onder verantwoordelijkheid van het RIO dan ook het indicatiebesluit neemt is er sprake van mandatering. Een aanmelding kan telefonisch plaatsvinden of bij een centraal loket. Verder kunnen RIO's werken met transferpunten binnen ziekenhuizen van waaruit een vaste indicatieadviseur samenwerkt met transferverpleegkundigen die de overgang regelen van ziekenhuis naar de V&V sector.

De aanmeldingen zijn in te delen naar type aanmeldingen:

- De eerste aanmelding: binnen het RIO zijn nog geen gegevens over de cliënt aanwezig.
- De aanmelding voor een herindicatie: de geldigheidsduur van een eerder gestelde indicatie is verstreken. De cliënt vraagt om verlenging van de bestaande indicatie.
- De aanmelding voor een hernieuwde indicatie: Hierbij melden cliënten zich voor een ander indicatiebesluit dan huidige indicatie. Zij vragen bijvoorbeeld huishoudelijke zorg aan. Deze aanmeldingen vinden plaats bijvoorbeeld omdat zich veranderingen voordoen in de gezondheid van cliënten of omdat hun partner uitvalt.

Tijdens het **hoofdtraject** vindt de indicatiestelling plaats, waarbij de cliënt en indicatieadviseur contacten onderhouden. Het hoofdtraject is te verdelen in verschillende routes:

- De directe afhandeling. De indicatiesteller geeft meteen een indicatie af, zonder verder informatie te vragen dan wel een huisbezoek te doen.
- De verkorte procedure zonder huisbezoek. Indicatiestelling vindt telefonisch of schriftelijk plaats. Wel vindt achteraf schriftelijke bevestiging van het genomen besluit plaats.
- De standaardprocedure waarbij indicatieadviseurs huisbezoeken afleggen.
- De uitgebreide procedure. Hierbij gaan indicatieadviseurs op huisbezoek, wordt er multidisciplinair overlegd over het te nemen indicatiebesluit of wordt een externe expert geraadpleegd.

In het **natraject** vindt de koppeling met de zorgtoewijzing plaats. Zorgaanbieders en cliënten hebben dan contact met elkaar. Zij stellen op basis van het RIO besluit en van aanvullende informatie een zorgplan op. De RIO's kunnen op de volgende manieren het natraject beïnvloeden:

- Zij geven in hun indicatiebesluiten aan welke zorg in welke omvang er ingezet moet worden. Indien zij met bandbreedtes werken, heeft de zorgaanbieder de ruimte om de zorginzet in de loop der tijd daarbinnen te variëren zonder dat er een hernieuwde aanvraag nodig is.
- De RIO's kunnen anticiperen op het natraject door tevens overbruggingszorg te indiceren, hoewel dat niet tot hun eigenlijke taak hoort. Dat is zorg die wordt geboden totdat de eigenlijk te bieden zorg beschikbaar is. Zo kan thuiszorg als overbruggingszorg worden geïndiceerd totdat een plaats in een verzorgingshuis beschikbaar is.
- De RIO's zullen de zorgaanbieder informeren door toezending van de informatie, dit kan gebeuren per fax, per post en per e-mail.
- De RIO's kunnen structureel overleg voeren met zorgaanbieders. Dat gaat dan over groepen cliënten of over soorten indicatiebesluiten en de uitvoering daarvan.

Deze nieuwe wijze van indicatiestelling betekent een versterking van de positie van de cliënt. De zorgtoewijzing gebeurt onafhankelijk van de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en het beschikbare aanbod van voorzieningen. Er is nu ook één loket waar men zich aan kan melden. Bovendien kan de cliënt bezwaar indienen als hij het niet eens is met de indicatie en in beroep gaan. Maar ook kan de cliënt aan de gestelde indicatie recht op zorg ontleen.

2.3 DE HUIDIGE ONTWIKKELINGEN VAN DE INDICATIE ²⁶

Met de modernisering van de AWBZ (hoofdstuk 1.4.3.) werd de functie van het RIO als onafhankelijk indicatieorgaan nog belangrijker. Door nog meer concurrentie en zorgaanbieders kan het RIO keuzemogelijkheden en een gelijke toegang voor iedereen garanderen. De hulpvraag van de cliënt komt los te staan van de belangen van de zorgaanbieders en de financier. De cliënt komt hiermee nog centraler te staan.

Qua inhoud veranderde er ook het een en ander sinds 1 april 2003. Het aantal zorgvragen voor 2003 groeide explosief, met name de PGB's en de huishoudelijk zorg. Het AWBZ-budget werd met miljoenen overschreden, er waren bezuinigingen nodig. De eigen bijdrage van de cliënten die zorg nodig hadden werd verhoogd. Dit had tot effect dat er duizenden opzeggingen kwamen. Bovendien moest er een grotere inzet komen van de mantelzorgers. De Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO) kwam met het document Gebruikelijk Zorg. Hierin staat vermeld dat als een cliënt een huishouden vormt met andere personen, dat de indicatiesteller eerst vaststelt wat de gebruikelijk zorg is die huisgenoten aan elkaar geven. Daarna wordt er gekeken wat de aanvullende AWBZ-zorg is, waarbij wel rekening wordt gehouden met de psychische en/of fysieke belasting van de huisgenoten. Maar van een huisgenoot mag verwacht worden dat die het huishouden kan regelen.²⁷

'Dit werkdocument 'Gebruikelijke zorg' is het eerste uit een reeks. De LVIO bereidt nog zeven werkdocumenten voor, gericht op de indicatiestelling voor de zeven functies (zie volgende alinea). Uiteindelijk gaat deze reeks deel uitmaken van het Handboek Indicatiestelling AWBZ en het landelijk protocol indicatiestelling. De publicatie van dit eerste werkdocument draagt bij aan de kwaliteitsverbetering van een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling en biedt een basis voor standaardisering, uniformering en terugdringing van onnodige bureaucratie'.²⁸

Een andere ontwikkeling was dat er werd overgegaan op de functiegerichte indicatie. Er werd veel aandacht besteed aan het uniformeren en professionaliseren van de indicatiesystematiek. De cliënt krijgt in het indicatiebesluit de zorg niet meer omschreven in producten (hoofdstuk 2.2.1.), maar in functies. Dit betekent dat de functie verpleging niet wil zeggen dat er bij voorbaat een verpleegkundige hoeft te komen. De functie verpleging dient in zorgtermen beschreven te worden die passen in de systematiek van de indicatieformulieren van het RIO. 'Ten opzichte van de huidige productgerichte indicatie betekent dat vooral een versoepeling; er valt voor de zorgvrager en zorgverlener méér te onderhandelen over vorm en inhoud van de zorg. De functie is een kader, terwijl het product een voorschrift is. De functiegerichte indicatie markeert de omslag van aanbod- naar vraaggerichte zorg'. De RIO's hebben hiervoor ook hun voorbereidingen moet treffen, de training van de indicatiestellers, nieuw software en nieuwe formulieren. Het nieuwe formulier biedt volgens het RIO meer structuur voor 'een zorgvuldige analyse van alle aspecten van de lichamelijke en/of psychische beperkingen van de zorgvrager'. De indicatie wordt dus deels ook afhankelijk van de deskundigheid en alertheid van de indicatiesteller.

De functies waarop een verzekerde aanspraak kan maken zijn :

- 'Huishoudelijke verzorging : als een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijk of zintuiglijke handicap of psychosociaal probleem dreigt te leiden of leidt tot disfunctioneren van het huishouden van verzekerde of diens leefeenheid.
- Persoonlijke verzorging : richt zich op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid.
- Verpleging : richt zich op herstel of voorkoming van verergering van aandoening, beperking of handicap.
- Ondersteunende begeleiding : richt zich op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van integratie in de samenleving.
- Activerende begeleiding : richt zich op a) het herstel of voorkomen van verergering van gedrag- of psychische problematiek en b) het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.
- Behandeling : omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistische-paramedische aard, te verlenen door een arts.

²⁶ Most, M. van der, Wijkverpleging en functiegerichte indicatie, TvZ 2005 nr 5, pp 30-33

²⁷ <http://www.ciz.nl>, document gebruikelijke zorg (informatie voor professionals, documentatie, beleid).

²⁸ Tweede Kamer der Staten-Generaal, Modernisering AWBZ, Vergaderjaar 2003-2004, Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 2004, nr. 73, pp 1-2

- Verblijf : verblijf in een instelling met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht.'

Daarbij is ook de hoeveelheid zorg van belang, die wordt aangegeven in klassen. Dat zijn het aantal minimale tot maximale uren per week.

Per januari 2005 kwam er een verandering in de organisatie bij het RIO. 'De indicatiestelling voor AWBZ-aanspraken worden per 1 januari gecentraliseerd. Vanaf dat moment zullen de tachtig indicatieorganen in één landelijk orgaan opgaan: het Landelijk Centrum Indicatiestelling zorg. Voor de cliënten verandert er niets; de indicatie voor AWBZ-zorg blijft via lokale indicatieloketten lopen. Dat schrijft staatssecretaris Ross-Van Dorp van het VWS in een brief aan de Tweede Kamer'.²⁹ Per 1 januari 2005 zijn de Centra's Indicatiestelling Zorg (CIZ) van start gegaan met 16 lokale CIZ-regio's; in iedere regio's zijn meerdere locaties. Het doel is om over 2 jaar (2007) in heel het land op één en dezelfde wijze te werken.³⁰

En om de onnodige bureaucratie nog meer terug te dringen en de indicatie stelling te vereenvoudigen is de Tweede Kamer ook aan het bekijken in hoeverre er een mandatering kan komen voor het stellen van de indicaties. 'Mandatering vormt een van de instrumenten voor vereenvoudiging van de indicatiestelling die aan de orde komen in het zeer recent uitgebrachte tweede advies van het College implementatie indicatiebeleid. Hierbij bied ik u het advies 'Vereenvoudiging indicatiestelling AWBZ' aan. Het college gaat uit van mandatering onder strikte voorwaarden, om de poortwachterfunctie van de indicatiestelling en de objectiviteit en onafhankelijkheid te waarborgen. Het college heeft daarom een aantal randvoorwaarden geformuleerd waaraan een nadere uitwerking van de mandatering moet voldoen. Het indicatieorgaan blijft onder alle omstandigheden eindverantwoordelijk voor het indicatiebesluit, ongeacht door wie en waar de handeling wordt uitgevoerd. Indien handelingen ten behoeve van de indicatiestelling door derden worden uitgevoerd, dient dit daarom onder strikt omschreven, door het indicatieorgaan te bepalen condities plaats te vinden. In een overeenkomst tussen het indicatieorgaan en de persoon waaraan mandaat wordt verleend moet worden geregeld waaraan de gemandateerde moet voldoen indien deze van het mandaat gebruik wil maken. Daarin wordt onder meer vastgelegd dat er geprotocolleerd wordt gewerkt volgens de instructies van het indicatieorgaan en dat er op een voorafvastgelegde wijze een melding bij het indicatieorgaan plaatsvindt van de zorglevering en de beoordeling die daaraan ten grondslag ligt.³¹ (zie ook bijlage) Het vervolg hierop is dat er in mei 2005 de Standaard Indicatieprotocollen (SIP) werden ingevoerd. Hierin staan 19 eenvoudige indicaties die zijn geprotocolleerd en hiermee kan de wijkverpleegkundige, als hun organisatie is gemandateerd, zelf een indicatie stellen.

Tot januari 2005 waren al deze nieuwe deze ontwikkelingen nog geen probleem voor de thuiszorg. Maar sinds januari 2005 is er de invoering van de functiegerichte bekostiging. Dit betekende dat er vaste tarieven aan een functie werden verbonden. Het tarief is door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) vastgesteld op basis van uitvoering door zorgverleners gekoppeld aan een bepaald niveau. Zo wordt bijvoorbeeld de functie persoonlijke verzorging gekoppeld aan kwalificatieniveau 2 en 3. De functie verpleging bevat alleen verpleegkundige handelingen en persoonlijke verzorging alleen verzorgende activiteiten. Dit houdt in dat als een verpleegkundige een cliënt komt wassen dat zij daar niet naar betaald wordt. Er wordt geïndiceerd op een functie, niet op een functionaris. De tarieven voor de functies zien er als volgt uit ³² :

- Persoonlijke verzorging € 39,10
- Ondersteuning en begeleiding € 44,20
- Verpleging € 59,40
- Gespecialiseerde verpleging € 64,30

Hierdoor zijn er veel financiële problemen ontstaan bij thuiszorgorganisaties, de inzet van (wijk)verpleegkundige werd hierdoor veel te duur. Zowel de LVT als de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundige (LVW) hebben hun bezorgdheid uitgesproken en zij hebben gehoor gekregen.

²⁹Tweede Kamer der Staten-Generaal, Persbericht : Plan van aanpak Centraliseren indicatiestelling AWBZ, 13-2-2004

³⁰ CIZ Landelijk bureau, Driebergen, folder : Zorg nodig? Eerst naar het CIZ.

³¹ Tweede Kamer der Staten-Generaal, Modernisering AWBZ, Vergaderjaar 2003–2004, Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 2004, nr. 73, pp 3-4

³² <http://www.ctg-zaio.nl> (tarieven)

Het CTG heeft op basis van alle signalen besloten om enkele regels te verzachten. Het komt erop neer dat in het geval van (hoog)complexe zorg voor welomschreven cliëntengroepen 15 procent van de aan persoonlijke verzorging bestede uren gedeclareerd mag worden als verpleging.³³

Bovendien blijkt dat het CTG de zorgaanbieders tijdig heeft ingelicht over de komst van de functiegerichte bekostiging, dit blijkt uit het antwoord van het volgende e-mail bericht :

'In het algemeen kan ik u in ieder geval melden dat de Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting (voorheen CTG/Zaio) regelmatig circulaire's en brieven verstuurd aan alle zogenoemde 'organen voor de gezondheidszorg', dan wel aan o.a. alle brancheorganisaties van deze 'organen'. Deze circulaire's worden gepubliceerd en kunt u raadplegen en downloaden via de website: www.ctg-zaio.nl > circulaire's en brieven.

Ook zijn er ter uwer informatie goedgekeurde beleidsregels raadpleegbaar (via: > regelgeving > beleidsregels)'. (Voorlichter Nederlandse Zorgautoriteit i. o. (CTG))³⁴

Een aantal thuiszorgorganisatie hebben wel geanticipeerd op deze nieuwe ontwikkeling en uitgezocht wat de mogelijkheden zijn van de functiegerichte bekostiging. Bovendien hebben deze organisaties ook hun medewerkers (wijkverpleegkundigen) voldoende ingelicht en handvatten gegeven hoe zij om moesten gaan met de nieuwe functiegerichte bekostiging. En vooral waar zij op moesten letten bij het stellen van een nieuwe (her)indicatie, door een indicatie in de taal van het CIZ te omschrijven. Daarover meer in de volgende paragraaf.

2.4 ICF EN CARPENITO

Om de wijkverpleegkundigen meer handvatten te geven hoe zij (her)indicatie kan plaatsen en daarbij de taal van het CIZ kan beschrijven, kan zij zich gaan verdiepen in de verpleegkundige diagnoses. Zoals we hebben kunnen lezen in paragraaf 2.2.1 gebruikt het CIZ de formulierenset die is gebaseerd op de ICF.

'De ICF bestaat uit een raamwerk van classificaties die tezamen een gestandaardiseerd begrippenapparaat vormen voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. Doel van de ICF is om door middel van het in kaart brengen van begrippen op dat terrein een basis te leggen voor een gemeenschappelijke standaardtaal.

Aspecten van het menselijk functioneren die gerelateerd kunnen zijn aan een gezondheidsprobleem, worden in de ICF op systematische wijze geordend. In aanvulling op de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD) worden in de ICF naast gezondheidscomponenten ook een aantal met de gezondheid samenhangende componenten, zoals bijvoorbeeld op het gebied van werk en onderwijs, gedefinieerd.

Met behulp van de ICF kan het menselijk functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven :

1. het perspectief van het menselijk organisme;
2. het perspectief van het menselijk handelen,
3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Het eerste perspectief is uitgewerkt in twee afzonderlijke classificaties, de classificatie van functies van het organisme en de classificatie van anatomische eigenschappen. Het tweede en derde perspectief zijn uitgewerkt in de classificatie van activiteiten en participatie. De ICF ordent op systematische wijze verschillende domeinenbetreffende aspecten van het menselijk functioneren die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem. De term 'menselijk functioneren' in de titel verwijst naar functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie; de term 'functioneringsprobleem' verwijst naar stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Daarnaast bevat de ICF een lijst met externe factoren die van invloed kunnen zijn op elk domein. Op deze manier kan een zinvol beeld worden verkregen van iemands functioneren'.³⁵

'Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) is een onafhankelijk kenniscentrum dat zich richt op kwaliteitsverbetering van de zorg door de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden te versterken. Daartoe verzamelt het LEVV kennis uit wetenschap en praktijk en maakt die toegankelijk en toepasbaar in het dagelijks werk'.³⁶ Het LEVV heeft onderzoek gedaan naar

³³ Most, M. van der Wijkverpleging en functiegerichte indicatie, TvZ 2005 nr 5, pp 30-33

³⁴ CTG (e-mail contact)

³⁵ <http://www.rivm.nl> (zoekmachine : icf), document : Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health.

³⁶ <http://www.levv.nl>

het gebruik van het ICF in de praktijk. De conclusies van het LEVV naar aanleiding van hun onderzoek luiden samengevat:

- 'De ICF (voorheen ICIDH) is goed bruikbaar voor het in kaart brengen van de gezondheidstoestand van patiënten. Met de ICF kunnen instrumenten voor de verpleegkundige praktijk (anamneseformulieren, klinisch pad, verpleegplan, overdrachtformulieren, etc.) worden ontwikkeld. De waarde van de ICF voor de verpleegkundige praktijk is groot, maar is met aanpassingen op onderdelen nog te vergroten.
- Implementatie van de ICF vraagt, door onbekendheid bij verpleegkundigen, nog veel tijd en aandacht. De ICF wordt door zorgverleners relevant genoemd, maar ook als complex en nieuw ervaren.
- Gebruik van de ICF draagt bij aan een compleet beeld van de toestand van een patiënt en nodigt uit tot multidisciplinair werken'.³⁷

Door middel van het ICF kan de wijkverpleegkundige dus de gezondheidstoestand in kaart krijgen. De ICF levert als het ware de bouwstenen voor gebruikers om verschillende aspecten van het proces van het menselijk functioneren te bestuderen. Maar het is in zijn huidige vorm niet geschikt om direct te gebruiken in de patiëntenzorg omdat het te uitgebreid is om te gebruiken. Wil de wijkverpleegkundige een goede verpleegkundige diagnose formuleren, dan kan zij gebruik maken van Lynda Juall Carpenito. Carpenito heeft 159 diagnoses beschreven waarvan er 151 door de NANDA zijn vastgesteld. De North American Nursing Diagnose Association (NANDA) is een instituut voor officiële erkenning van de verpleegkundige diagnose in de Verenigde Staten. Zij hanteren de volgende definitie van een verpleegkundige diagnose :

' Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over de reacties van een persoon, gezin of groep op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen/levensprocessen. De verpleegkundige diagnose vormt de basis voor de keuze van verpleegkundige interventies, voor de resultaten waarvan de verpleegkundige verantwoordelijk is'.³⁸

Carpenito heeft verpleegkundige diagnoses, interventies en beoogde resultaten gerangschikt en gebundeld in een zakboek 'Verpleegkundige diagnoses'. Bovendien zijn er literatuurverwijzingen (naar Amerikaanse literatuur) opgenomen in haar zakboek. Hiermee levert zij een bijdrage aan 'evidence based nursing' en daarmee zijn haar diagnoses wetenschappelijk onderbouwd.

(Wijk)verpleegkundigen kunnen hiermee op een methodisch wijze specifieke verpleegkundige diagnoses stellen en spreken hiermee de taal van het CIZ.

2.5 ADVIESNOTA FUNCTIEGERICHT BEKOSTIGING IN DE THUISZORG ³⁹

Twee studenten van de Hogeschool Inholland (Diemen) hebben een adviesnota uitgebracht over de functiegerichte bekostiging. Daarvoor hebben zij verschillende medewerkers en managers geïnterviewd uit een V&V team over de functiegerichte bekostiging. Wat hun opviel was dat er weinig kennis was bij de medewerkers over de nieuwe ontwikkeling van de AWBZ. Dat komt mede volgens hun omdat er de laatste tijd al zoveel veranderingen hebben plaats gevonden en men meer praktijkgericht werkt. Bovendien vonden de geïnterviewden dat de zorg te zakelijk wordt gemaakt. Verder bleek ook dat er vanuit de organisatie te weinig informatie was gegeven betreft de invoering van de functiegerichte bekostiging en er werd slecht gecommuniceerd naar de directe werkvloer. De beleidsplannen werden aangekondigd maar er werd niet gesproken over de consequenties. De organisatie is te groot om individueel iets te bereiken, samenspel is van belang om onder de werknemers iets te kunnen bereiken. De managers vinden het wel een taak die behoort bij hun functie om zichzelf op de hoogte te stellen van de nieuwe ontwikkelingen.

De consequenties van de invoering van de functiegerichte bekostiging is volgens de studenten dat er verschuivingen zullen plaatsvinden in een V&V team, er zullen meer werkzaamheden komen voor niveau 2 en 3. De functie van wijkverpleegkundige zal er anders uit gaan zien. Zij zal meer administratieve werkzaamheden gaan krijgen door het stellen van indicaties en aanvragen van herindicaties en dus minder actief in de wijk. De indicaties moeten zodanig opgesteld gaan worden dat er meer verpleegkundige zorg kan worden ingezet bij complexe zorgmomenten. Wijkverpleegkundige moeten meer gaan onderhandelen om te positioneren. Coördinatie zal een belangrijke rol gaan spelen

³⁷ <http://www.levv.nl/producten/icf>

³⁸ Carpenito, L.J. Verpleegkundige diagnoses

³⁹ Loof, J. en Eggink, A. Adviesnota Functiegerichte bekostiging in de thuiszorg

in deze functie. Er worden nieuwe kansen gecreëerd. Een V&V team heeft leiding nodig van de wijkverpleegkundige om kwaliteit en continuïteit te kunnen bieden aan de cliënt.

2.6 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk staat beschreven hoe het verloop van de indicatie is gegaan in de loop der jaren. Wat de oorzaak is geweest van alle veranderingen. De indicatie kreeg een nieuwe stijl waarbij de RIO's een aantal doelen voor ogen hadden ; onafhankelijkheid, objectiviteit en integraliteit. Het takenpakket van de RIO's wordt toegelicht en ook hier zien we weer veranderingen in.

In 2003 wordt de functiegericht indicatie ingevoerd en in 2005 de functiegerichte bekostiging. Deze veranderingen heeft gevolgen gehad voor de thuiszorgorganisatie. Bovendien veranderde de RIO's in het CIZ. De indicatiestelling voor AWBZ-aanspraken worden hiermee gecentraliseerd.

De wijkverpleegkundige kunnen zich verdiepen in verschillende modellen om daarmee een goede geformuleerde verpleegkundige (her)indicatie op te stellen in de taal van het CIZ. In dit hoofdstuk zijn het ICF en Carpenito behandeld.

In de adviesnota van twee studenten van de Hogeschool Inholland (Diemen) wordt er kort samengevat wat de consequenties zijn voor een V&V team in de thuiszorg.

3 SAMENWERKING EN COMMUNICATIE

3.1 INLEIDING

Bij samenwerking hoort communicatie en met name in organisaties is het van belang dat deze aspecten goed verlopen wil het werk efficiënt en naar tevredenheid geregeld worden. Door de toenemende drukte in de maatschappij en daardoor ook in veel organisaties, is het erg belangrijk dat er aandacht wordt gegeven aan de juiste samenwerking en communicatie. In dit hoofdstuk worden de begrippen samenwerking in een team en de communicatie in een organisatie toegelicht. Maar ook wordt er beschreven hoe om te gaan met veranderprocessen en wat er fout kan gaan in de communicatie. Verder wordt er een communicatiemodel, de Roos van Leary uitgelicht, hierin gaat het om het de interactie tussen twee mensen en hoe dat tot stand komt.

3.2 SAMENWERKING

Samenwerking en samenwerkingsverbanden komen bijna alle werkvelden voor, zij staan niet los van hun omgeving. Samenwerken staat in het woordenboek omschreven als : 'in onderling overleg werken'.⁴⁰ 'Een samenwerkingsverband is te definiëren als :

'Een bewust gevormd verband tussen twee of meer organisaties of zelfstandige professionals die, met het oog op een bepaald doel, een bepaalde waarde of een bepaald belang, wederzijdse verplichtingen aangaan in de verwachting tot resultaat te komen die voor elk van de organisatie afzonderlijk niet haalbaar zijn'.⁴¹

Samenwerken is geen doel op zich, maar een middel om bepaalde doelen te realiseren. Doelgericht werken heeft meerdere voordelen. Men werkt op één lijn, men heeft een richtlijn om naar toe te werken en het geeft inhoud aan het samenwerken. Bovendien biedt het een mogelijkheid om de samenwerking te evalueren en geeft het duidelijkheid aan de omgeving.

Het samenwerken in een team vraagt ook om een speciale benadering. Er zijn al jaren onderzoeken naar het aantal leden dat een team kan vormen om nog productief te kunnen samenwerken. Het antwoord is nog niet gegeven, maar in de praktijk blijkt er een bovengrens te zijn voor een team van tien à twaalf leden.⁴² Hoe meer teamleden, hoe moeilijker het wordt om afspraken te maken en elkaar te ontmoeten. Maar ook hoe complexer de interactie wordt. Een team ontstaat bijna nooit vanzelf, mensen met verschillende achtergronden moeten in elkaar investeren om uiteindelijk te kunnen samenwerken. De teamleden moeten op dit punt regelmatig bijsturen. Dit kan men doen door tussentijds te evalueren, maar dit gebeurt vaak te weinig. Men is meestal meer inhoudelijk bezig en door de tijdsdruk wordt de omgang met elkaar al gauw ervaren als tijdsverlies. Er zijn een aantal vragen die men als teamlid zichzelf kan stellen : wat is het doel van dit team, wat wordt er van mij verwacht op welk niveau en hoeveel invloed heb ik op de gang van zaken in dit team? Een team kan zich ontwikkelen en daarbij verschillende fases doorlopen. Uiteindelijk gaat het erom dat een team een eenheid is, die ondanks meningsverschillen toch gezamenlijk tot een oplossing en een visie komen.

Soms kan het gebeuren dat er veranderingen gaande zijn, bijvoorbeeld bij een reorganisatie. Maar het kan ook wenselijk zijn dat er juist veranderingen moeten komen in een team, omdat er bepaalde spanningen zijn onderling. Dan kunnen er veranderingen plaatsvinden waarbij visie op het beroep , vaardigheden en attitude van de teamleden bekeken worden. Er kunnen dan een aantal processen in werking worden gezet :

- Veel diepgaande discussies en de gevolgen over de te verwachten effecten van de veranderingen.
- Een gezamenlijke (eventuele) standpuntbepaling over wat er moet veranderen.
- De bereidheid tot meewerken.
- De mensen die aan de slag gaan zonodig in een projectgroep onderbrengen.
- Het opdelen van het plan in deelstappen en die eerst op kleine schaal invoeren en evalueren.

⁴⁰ Van Dale, Pocketwoordenboek Nederlands, pp 361

⁴¹ Hendrix, H. ea., Functionele samenwerking, pp 34

⁴² Wijnen, G. en Kor, R., Het managen van unieke opgaven, pp 190

Hierbij is communicatie een belangrijk middel en daarover gaat het in de volgende paragraaf.⁴³

3.3 COMMUNICATIE ⁴⁴

Onder communicatie verstaan we het uitwisselen van informatie, meningen, vragen, eisen, verlangens en wat er nog meer ter sprake komt. Dit kan zowel mondeling als schriftelijk gebeuren, maar ook verbaal en non-verbaal. Communicatie is een proces, het is een kringloop van actie en reactie. Contact tussen mensen noemt men interpersoonlijke communicatie. Massa communicatie is voor iedereen toegankelijk bijvoorbeeld de krant, televisie.

De kunst van het communiceren is dat men dezelfde taal spreekt. Dat men dezelfde woorden, uitdrukkingen en beelden gebruikt die voor iedereen dezelfde betekenis hebben. Er ontstaan al conflicten omdat men eenzelfde woord een andere betekenis geeft.

'In de afgelopen decennia is communicatie voor organisaties een belangrijk aandachtsveld geworden.

Een aantal ontwikkelingen heeft dit bevorderd :

- de afhankelijkheid van de omgeving is toegenomen;
- de samenleving kenmerkt zich door schaalvergroting;
- de complexiteit van de samenleving neemt toe, evenals het tempo waarin veranderingen zich voltrekken'.⁴⁵

Aanbieders van producten, zoals bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, realiseren zich dat zij meer rekening moeten houden met de cliënten. Veel organisaties doen er dan ook van alles aan om naar buiten toe in contact te komen met deze groepen, door middel van adverteren, foldermateriaal en mensen mondeling toe te lichten over de mogelijkheden en diensten. Maar door de schaalvergroting neemt het fysieke en daardoor directe contact steeds meer af tussen mensen en organisaties. De organisaties moeten meer moeite doen om de mensen te bereiken. Door de complexiteit van de samenleving en de hulpvragen moeten de organisaties zich nog meer profileren om duidelijker over te komen. Zowel binnen als buiten de organisaties zijn er veel veranderingen. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe de interne communicatie verloopt.

3.3.1 Interne communicatie

Zoals we kunnen lezen in paragraaf 3.2 is communicatie een belangrijk middel voor een organisatie om naar buiten toe te treden om daarmee de buitenwereld te bereiken, maar hoe zit het met de interne communicatie, naar de eigen medewerkers toe? Tegenwoordig is dit een erg belangrijk aspect en heeft het management dit hoog op de agenda staan. Dit komt mede door een aantal veranderingen :

- *Medewerkers moeten beter op de hoogte zijn van activiteiten in de organisatie.* Het dienstverlenend aspect neemt toe, service is een toegevoegde waarde waarmee men zich kan onderscheiden van de concurrent. Tevens kan men meer de filosofie uitstralen naar de cliënt.
- *Medewerkers moeten attenter zijn op de veranderende behoeften en omstandigheden.* Organisaties moeten flexibel inspelen op de wensen van de cliënt. Signalen moeten worden opgepikt door de medewerkers en doorspeeld aan het management, zodat deze vervolgens verwerkt worden in het beleid en in de communicatie met de medewerkers.
- *Medewerkers hebben een hogere informatiebehoefte.* De grotere mondigheid van het personeel resulteert in behoefte tot medezeggenschap. Ook roepen veranderingen in de organisatie onzekerheid op en daarmee vraag naar informatie.

Interne communicatie is gericht op informatieoverdracht en heeft verschillende functies :

- Het ondersteunen van het primaire proces (het uitwisselen van informatie om het samenwerken te bevorderen).
- Het bevorderen van betrokkenheid (kennis over de organisatie bevordert de betrokkenheid en motivatie voor het werk).
- Het begeleiden van veranderprocessen (veranderingen vragen inspanningen in de communicatie, vraag om duidelijkheid en welke inzet er van de medewerkers wordt verwacht).

⁴³ Pernis, H.van, ea., Agogiek voor gezondheidszorg en verpleegkunde, pp 338-339

⁴⁴ Vos, M. en Schoemaker, H., Geïntegreerde communicatie, deze paragraaf is gebaseerd op hoofdstuk 3.1

⁴⁵ Vos, M. en Schoemaker, H., Geïntegreerde communicatie, pp 13

Als een organisatie de interne communicatie goed wil laten verlopen kan men een onderzoek laten uitvoeren om te zien wat er leeft onder de medewerkers. Medewerkers kunnen betrokken worden bij besluitvormingen, tijdig informatie geven is hierbij zeker van belang. Ook bij veranderprocessen binnen een organisatie moet de communicatie aan sluiten bij de behoefte van de medewerkers. Bij veranderprocessen is communicatie nodig om het interne beeld te corrigeren, om de veranderingen te begeleiden en om het externe beeld aan te passen aan de nieuwe situatie.

Vaak zijn er problemen in de interne communicatie, die hebben vaak te maken met de interne organisatie. De kwaliteit van de interne communicatie hangt samen met diverse dimensies van organisaties :

- Organisatiestructuur (verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn niet helder).
- Organisatiecultuur en leiderschapstijl (de ene cultuur biedt meer ruimte voor een dialoog als het andere).
- Communicatieve vaardigheden (vaardigheden kunnen worden bevorderd).
- Informatiesystemen (toegankelijkheid, gebruiksvriendelijk en actualiteit).
- Organisatiestrategie (de bereidheid tot communiceren en een heldere boodschap uitdragen).

Daarbij is het ook zo, waar mensen zijn, daar zijn conflicten. Conflicten kunnen zich voordoen op verschillende niveaus. Op macroniveau, bijvoorbeeld een grensconflict tussen twee landen, op mesoniveau, een belangentegenstelling tussen cliënt en behandelaars of op microniveau, altijd maar weer de vraag wie de vaatwasser uitruimt. Conflicten kunnen heel divers zijn en vaak moeilijk te achterhalen. Vaak is een conflict een foutieve inschatting, men krijgt ook te maken met verschillende opvattingen en ideeën. Voordat een conflict uit de hand gaat lopen kan men ook kritisch naar haar eigen positie kijken om een escalatie te voorkomen. Maar niet iedereen is daartoe bereid, vooral niet als het conflict een emotionele kant heeft. Dan is het verstandig om een bemiddelaar erbij te halen. De bemiddelaar zal het onderwerp bespreekbaar maken en inzicht proberen te krijgen van ieders zienswijze. Verder treedt de bemiddelaar diagnostisch op, neemt de beide partijen serieus en is niet belerend.⁴⁶

3.4 DE ROOS VAN LEARY⁴⁷

Wijkverpleegkundigen ontvangen binnen een organisatie hiërarchische leiding van bovenaf. Zij bevinden zich vaak in een paradoxale situatie. Enerzijds willen zij voldoen aan de eisen van een organisatie, anderzijds moeten zij zich ook verantwoorden naar hun collega's en cliënten. Daarbij speelt ook de houding, gedrag en communicatie een grote rol hoe een wijkverpleegkundige reageert op de leidinggevende en de organisatie. Om dit gedrag te analyseren kunnen we gebruik maken van een communicatiemodel en wel het model, oftewel de Roos van Leary.

'Mensen die communiceren delen bewust of onbewust altijd iets mee over de relatie die bestaat tussen hen en diegene waarmee zij communiceren. Het is aan het non-verbale gedrag van mensen vaak goed te merken of zij een ander graag mogen of juist niet en het is voor buitenstaanders meestal niet moeilijk hiërarchische verhoudingen tussen mensen juist in te schatten.

Thimothy Leary constateerde al aan het eind van de jaren vijftig dat mensen vaak op een voorspelbare manier op elkaar reageren'.⁴⁸

Er zijn vaste patronen te ontdekken in het gedrag tegenover elkaar. Het onderlinge gedrag is te onderscheiden in twee onafhankelijke dimensies. De eerste dimensie is de hiërarchie, hierin bestaat een bovengedrag (dominant) en een ondergedrag (volgzaam). Bij het bovengedrag neemt iemand de leiding en bij het ondergedrag stelt iemand zich hiërarchisch lager op. In de tweede dimensie gaat het over het klimaat waarin mensen met elkaar communiceren. Hierin bestaan twee uitersten, het samengedrag (vriendelijk) en het tegengedrag (onvriendelijk). Iemand die samengedrag vertoont wil graag samenwerken en iemand die tegengedrag vertoont zal eerder tegen werken.

Leary onderscheid hiermee acht typen gedrag :

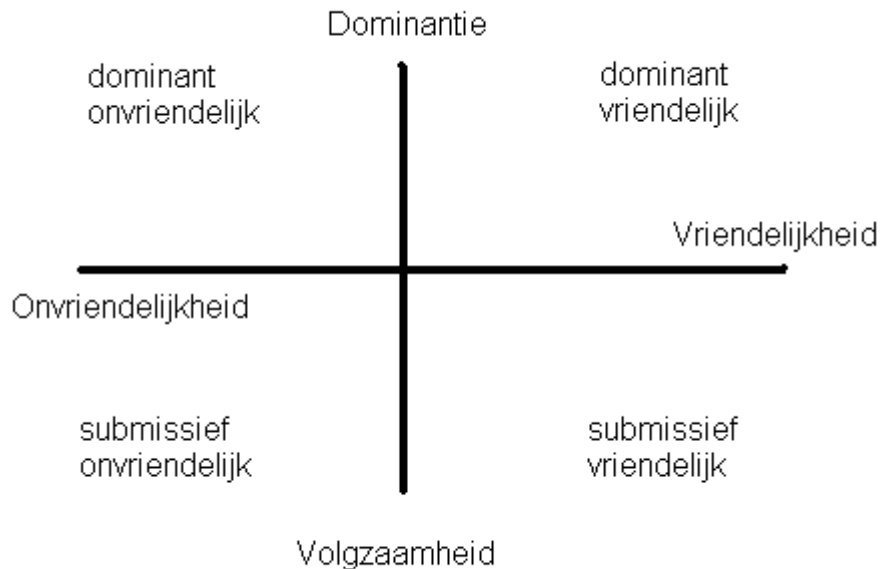
⁴⁶ Pernis, H. van, ea., Agogiek voor gezondheidszorg en verpleegkunde, deze paragraaf is gebaseerd op hoofdstuk 4.3.8

⁴⁷ Wiertzema, K., Doelmatig communiceren : basisprincipes, deze paragraaf is gebaseerd op hoofdstuk 5

⁴⁸ Wiertzema, K., Doelmatig communiceren : basisprincipes, pp 69

- boven-samen (dominant-vriendelijk) en samen-onder (submissief-vriendelijk)
- onder-samen (vriendelijk-submissief) en samen-onder (submissief-vriendelijk)
- onder-tegen (submissief-onvriendelijk) en tegen-onder (onvriendelijk-submissief)
- boven-tegen (dominant-onvriendelijk) en tegen-boven (onvriendelijk-dominant)

Hiermee kwam Leary met de zogenaamde roos ⁴⁹ :



Met deze roos zijn bepaalde gedragstijlen te herkennen. Leary kwam er achter dat het ene gedrag ander gedrag uitlokt. Mensen zijn ook geneigd om vaste gedragstijlen ten op zichte van elkaar aan te nemen. Leidingnemend gedrag wordt ook wel vaderlijk/moederlijk gedrag genoemd omdat zij zich vaak boven-samen opstellen. Defensief gedrag wordt ook wel 'ja-maar'-gedrag (tegen-onder) genoemd. Als mensen eenmaal een bepaalde rol tegenover elkaar gaan aannemen, dan blijven ze deze ook spelen. De interactie tussen twee mensen komt hierdoor in een vast gedragspatroon terecht. Als men bekend is met deze gedragstijlen en dus kan herkennen, kan men bepaalde rollen doorbreken. Dit kan men doen door het tegenovergestelde gedrag van het ongewenste gedrag uit te lokken. Als iemand bijvoorbeeld agressief is (boven-tegen / dominant-onvriendelijk), dan moet men proberen onder-samen / vriendelijk-submissief gedrag te stimuleren. En dat bereikt men, volgens Leary door zelf boven-samen / dominant-vriendelijkgedrag te kiezen. Leary beweert niet dat het gedrag dan helemaal doorslaat, maar dat het wel milder kan worden, men neutraliseert het gedrag als het ware. 'Het belangrijkste dat de roos van Leary laat zien is misschien wel dat het gedrag van anderen niet uit de lucht komt vallen. Het eigen gedrag lokt dit gedrag vaak uit. Als u het gedrag van de mensen in uw omgeving wilt veranderen, zult u dus eerst uw eigen gedrag moeten aanpassen'.⁵⁰ Meer informatie over de Roos van Leary, zie bijlage.

3.5 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk hebben we kunnen lezen dat samenwerking en communicatie nauw met elkaar verbonden zijn. Met name de samenwerking en communicatie in een organisatie naar de medewerkers toe is erg belangrijk. Vooral voor een efficiëntere samenwerking, maar ook om de onrust weg te nemen bij veranderingen en de betrokkenheid te stimuleren onder de medewerkers. Communicatie is een belangrijk middel voor een organisatie om mede nieuwe ontwikkelingen en veranderingen in te voeren en om contact te krijgen over de stand van zaken wat de medewerkers ervan vinden en

⁴⁹ [http:// www.rongen.com/nederlands/paradox/weerstand.htm](http://www.rongen.com/nederlands/paradox/weerstand.htm) (roos van Leary)

⁵⁰ Wiertzema, K., Doelmatig communiceren : basisprincipes, pp 84

verwachten. Conflicten komen overal voor, er wordt beschreven hoe ze ontstaan en hoe ermee om te gaan.

In de Roos van Leary wordt verduidelijkt hoe de interactie tussen twee mensen kan verlopen. Als men gedragsstijlen kan herkennen, kan men er ook op anticiperen en proberen het gedrag te neutraliseren.

4 DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

4.1 INLEIDING

De wijkverpleegkundige wordt gezien als de spin in het web, de spil in de zorg bij mensen thuis. De laatste jaren zijn er een aantal ontwikkelingen gaande in de gezondheidszorg die veranderingen meebrengen voor de wijkverpleegkundige en hun handelen.

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat er tegenwoordig van de wijkverpleegkundige wordt verwacht, wat haar domeinen, rollen en de daarbij behorende competenties zijn. Het domein organisatie en beroep wordt in dit hoofdstuk wat meer uitgediept om hierbij wat meer toelichting te geven aan de probleemstelling zoals die is beschreven op pp.2.

4.2 DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Het takenpakket van de wijkverpleegkundige is zeer divers. De grote lijn in haar werkzaamheden is dat zij zorg verleend bij mensen thuis. De zorg die zij verleend is onder te verdelen in :

- 'positieve zorg : bevorderen van een gezond bestaan, gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- preventieve zorg : voorkomen van ongezond of ongezonder wordend bestaan, voorlichting, advies en informatie;
- curatieve zorg : herstellen van ongezond bestaan, zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en mensen met een terminale ziekte, tijdelijke zorg voor mensen rond opname en behandeling;
- palliatieve zorg: leefbaar maken en houden van een bestaande toestand van verminderde gezondheid dan wel zorg voor het vredig sterven'.⁵¹

Daarbij zijn er vele aspecten rondom de zorgvraag die zij moet observeren, coördineren en moet afstemmen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige over een aantal kwaliteiten moet beschikken. De notities van 'Kiezen voor nieuw elan' en 'Spil in de zorg bij mensen thuis' beschrijven dat de wijkverpleegkundige :

- 'beschikt over een kwalificatie op niveau 5 volgens de kwalificatiestructuur;
- werkt vanuit het perspectief van de thuiswonende cliënt;
- oog heeft voor de levensloop en voor de sociale omgeving van de cliënt;
- meewerkt aan de integratie van de cliënt in het normale leven, aan integratie van zorg aan huis en aan de integratie van transmurale zorg;
- het accent legt op secundaire en tertiaire preventie;
- een teamspeler bij uitstek is, in meer dan één verband;
- actief werkt aan de aanpak van onvolkomenheden in de zorgverlening'.⁵²

De wijkverpleegkundige moet dus flexibel kunnen zijn, anticiperen op wisselende omstandigheden en kennis hebben van de sociale kaart. Kenmerkend is dat de wijkverpleegkundige in staat is om op hbo-niveau te handelen en daarmee onderscheid zij zich van de mbo-verpleegkundige. Bovendien houdt zij rekening met de visie en belangen van haar organisatie.

Maar ook is de wijkverpleegkundige (eind)verantwoordelijk binnen haar eigen beroepsdomein, met de daarbij behorende rollen.

4.2.1 Domeinen en rollen ^{53 54}

Wat moet een hbo-verpleegkundige weten en kunnen om haar beroep goed uit te kunnen beoefenen? Er zijn drie domeinen waarop de verpleegkundigen deskundig in zijn :

1. Zorg
2. Organisatie
3. Beroep

⁵¹ Mast, J. en Pool, A., Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, pp 10

⁵² Mast, J. en Pool, A., Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, pp 9

⁵³ Mast, J. en Pool, A., Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige

⁵⁴ AVVV, Beroepsdeelfprofiel MGZ-verpleegkundige, Utrecht, 2004

Binnen deze drie domeinen zijn er vijf rollen te onderscheiden :

1. Rol van zorgverlener.
Deze rol is het meest kenmerkende van de wijkverpleegkundige. In deze rol geeft zij op een professionele manier invulling aan de vorm en inhoud van de zorg; *zorg voor, zorg om, zorg geven* en *zorg ontvangen*. Van een hbo-verpleegkundige wordt verwacht dat zij deze vier vormen van zorg met elkaar kan verbinden en haar handelen kan beargumenteren en verantwoorden.
2. Rol van regisseur.
De wijkverpleegkundige is de spil in de zorg, dat vraagt om een goede regie. Belangrijke taken zijn : belangenbehartiging van de cliënt; continuïteit; begeleiden van cliënten; transmuralisering; inzetten van thuiszorgtechnologie en opstellen van een onderbouwd zorgadvies ten behoeve van het CIZ.
3. Rol van coach.
Als coach moet een wijkverpleegkundige kunnen stimuleren, motiveren en feedback kunnen geven en ontvangen. Bovendien kan zij samenwerken met collega's van verschillende kwalificatie en opleidingsniveaus en kan zij informatie, voorlichting en consultatie geven.
4. Rol van ontwerper.
In de rol van ontwerper moet de wijkverpleegkundig overstijgend kunnen werken. Zij kan meehelpen en bedenken van nieuwe maatregelen en die integreren in de dagelijkse praktijk.
5. Rol van beroepsbeoefenaar.
De wijkverpleegkundige anticipeert pro-actief en flexibel op de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Zij heeft de wil en de kennis, en creëert mogelijkheden om aan een verbetering van de kwaliteit van haar beroep te werken

De samenhang tussen de drie domeinen en vijf rollen staan in het onderstaande schema weergegeven.⁵⁵

Domein	Rol	Domeinspecificaties
Zorg	Zorgverlener	- Zorg voor kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen, (chronisch)zieken, gehandicapten en stervenden
	Regisseur	- Individuele en groepsgerichte preventie en Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding
Organisatie	Coach	- Begeleiden en team-functioneren
	Ontwerper	- Zorgvernieuwing en zorgbeleid - Kwaliteitszorg - Preventiebeleid
Beroep	Beroepsbeoefenaar	- Beroepsontwikkeling - Deskundigheidsbevordering

Om deze rollen te kunnen vervullen moeten de wijkverpleegkundigen kunnen beschikken over een aantal competenties.

4.2.2 De competenties van de wijkverpleegkundigen

Met competenties bedoelen we : ' een -continue te onderhouden en te ontwikkelen- combinatie van vaardigheden, kennis, attitudes en persoonskenmerken, nodig om in bepaalde werksituatie adequaat, effectief en efficiënt te handelen'.⁵⁶

⁵⁵ Examencommissie MGZ-opleiding, Opleiding tot verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ-opleiding), Studentenstatuut deel 2,(Studiegids), pp 10

Een competentie is waarneembaar handelen en gedrag, het is een samenhangend gebruik van vaardigheden, kennis, attitude en persoonskenmerken, die geven een totaal beeld van het competente gedrag.

De verpleegkundige moet wel over een aantal eigenschappen beschikken om dit gewenste gedrag te vertonen en dat zijn :

- geschiktheid;
- benodigde kennis en kunde;
- wil;
- juiste houding.⁵⁷

De competenties waarover de wijkverpleegkundige moet beschikken zijn :

- Professionele wijkverpleegkundige zorg.
- Geven van advies, voorlichting en instructie.
- Verlenen van verpleegkundige zorg.
- Verlenen van medisch technische zorg.
- Verlenen van psychosociale zorg.
- Ondersteunen van mantelzorg.
- Verlenen van palliatieve/terminale zorg.
- Herindiceren van zorg.
- Zorgen voor een integraal zorgaanbod.
- Ontwikkelen van A.I.V. programma's (advies, instructie en voorlichting).
- Ontwikkelen van instrumenten voor kwaliteit.
- Coachen en geven van werkbegeleiding.
- Functioneren in een dienstverlenende organisatie.
- Ontwikkelen van het beroep.
- Functioneren op hbo-niveau.⁵⁸

4.3 DE DOMEINEN ORGANISATIE EN BEROEP⁵⁹

Zoals in de vorige paragrafen al staat beschreven krijgt de wijkverpleegkundige ook te maken met het domein organisatie en beroep, met de daarbij behorende rollen (ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar) en competenties. In deze paragraaf worden de rollen van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar meer uitgediept om zo een beter beeld te krijgen waar de wijkverpleegkundige mee te maken krijgt en welke competenties er van haar verwacht worden. Dit om meer uitleg te geven naar aanleiding van de probleemstelling.

Probleemstelling :

Hoe kan een thuiszorgorganisatie adequaat anticiperen op de gevolgen van de functiegerichte indicatiestelling en bekostiging en hierbij de communicatie en samenwerking naar de wijkverpleegkundige toe verbeteren en welke rol heeft de wijkverpleegkundige hierin?

Bij de rol van ontwerper behoort de volgende competentie : 'om de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening te bevorderen, levert de wijkverpleegkundige een bijdrage aan de ontwikkeling en invoering van zorgprogramma's, protocollen, procedures en kwaliteitscriteria'.⁶⁰

Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat zij een positief-kritische houding heeft ten aanzien van de bestaande werkwijze en oog heeft voor eventuele verbeteringen. Tevens is zij in staat om nieuwe aanpakken te bedenken en bij kan dragen aan de ontwikkelingen daarvan. Bovendien kan zij gebruik maken van diverse bronnen, zoals wetenschappelijk onderzoek, vakliteratuur en kennis van andere disciplines. De rol van ontwerper heeft meestal betrekking op een specifiek beroepsinhoudelijk deel van de zorgverlening. Bij vernieuwingen is het van belang dat de wijkverpleegkundige oog heeft

⁵⁶ AVVV, Beroepsdeelprofiel MGZ-verpleegkundige, Utrecht, 2004, pp 20

⁵⁷ Mast, J. en Pool, A., Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, pp 15

⁵⁸ Mast, J. en Pool, A., Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, pp 14

⁵⁹ Mast, J. en Pool, A., Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, deze paragraaf is gebaseerd op de competentiebeschrijvingen 10 en 11, pp 45-50

⁶⁰ Mast, J. en Pool, A., Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, pp 45

voor de behoeften van die doelgroep. Het gaat erom bij de rol van ontwerper dat de wijkverpleegkundige :

- de alledaagse zorgactiviteiten kan overstijgen;
- programmatisch kan werken;
- projectmatig kan werken;
- een inhoudelijke bijdrage kan leveren aan innovaties;
- kan samenwerken met anderen;
- zich vaardig uit kan drukken;
- kan bijdragen aan implementatie;
- onderwijskundige principes kan hanteren;

zodat er hulpmiddelen in de organisatie beschikbaar zijn voor kwaliteitsverhoging van de zorg.

Bij de rol van coach behoort de volgende competentie : 'om stagiaires en collega's in de thuiszorg te steunen bij de uitoefening van hun beroep en hun groei en ontwikkeling hierin, staat de wijkverpleegkundige hun als coach ter zijde'.⁶¹

Wijkverpleegkundige zijn onderdeel van een team. De rol van coach kan op verschillende manieren worden ingevuld, dit kan per team verschillen. Zij kan zij stagiaires begeleiden, nieuwe collega's inwerken en/of teamgenoten coachen. Als coach geeft de wijkverpleegkundige feedback en begeleidt zij hen waar het nodig is ten behoeve van een kwalitatief goede en doelmatige zorg. Daarbij is het wel van belang dat de wijkverpleegkundige zelf oprecht en zelfbewust functioneert, zij stelt zich open en eerlijk op naar de ander. Tevens beschikt zij over goede communicatieve vaardigheden en is in staat feedback te geven en te ontvangen. Meestal is het coachen gericht op individuen, maar dit kunnen ook intervisie of reflectiebijeenkomsten zijn.

Bij het coachen en het geven van werkbegeleiding gaat het om :

- initiatief nemen tot coaching;
- de leerbehoeften van de ander herkennen en erkennen;
- rekening houden met de mogelijkheden van de ander;
- een benaderingswijze kiezen die past bij de situatie;
- vaardigheden tonen ten aanzien van de volgende benaderingwijze;
- als rolmodel fungeren;

zodat stagiaires en nieuwe collega's worden geholpen zich te ontwikkelen tot goede zorgverleners.

Bij de rol van beroepsbeoefenaar behoren de volgende competenties ⁶² :

- 'Om kwalitatief verantwoorde zorg te bieden, functioneert de wijkverpleegkundige pro-actief en anticiperend als lid van een organisatie en van een team.
- Om het vak van wijkverpleegkundige te ontwikkelen tot een beroep dat aansluit op de eisen van de eenentwintigste eeuw, vervult de wijkverpleegkundige een actieve rol in de vernieuwing van het beroep, in vakinhoudelijke ontwikkelingen en in het bevorderen van de beroepsbewustzijn bij zichzelf en collega's.
- Om de zorgverlening te laten voldoen aan de eisen die gesteld mogen worden aan een verpleegkundige die is opgeleid op hbo-niveau, integreert de wijkverpleegkundige professionele waarden en medische en verpleegtechnische vaardigheden in de uitoefening van haar beroep'.

De wijkverpleegkundige in de thuiszorg werkt als een soort tussenpersoon tussen de cliënt en de organisatie, hierin verkeert zij soms in een bepaald spanningsveld. Zorg voor de organisatie en de zorg voor de cliënten vragen om verschillende competenties. Het vraagt ook om veel creativiteit om binnen de grenzen van de organisatie het beroep op een professionele manier uit te oefenen. De wijkverpleegkundige moet zoeken naar mogelijkheden van professionalisering van het beroep dat past bij de eenentwintigste eeuw. Zij moet standpunten kunnen nemen rond ethische, economische, organisatorische en maatschappelijke vraagstukken. Bovendien moet zij kunnen aantonen wat de waarde is van haar professioneel handelen is voor de maatschappij en voor de thuiszorg. Bij de beroepsontwikkeling en het functioneren als wijkverpleegkundige op hbo-niveau en als professional gaat het om :

⁶¹ Mast, J. en Pool, A. Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, pp 48

⁶² Mast, J. en Pool, A. Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, pp 51-59

- voor een professionele stem in de thuiszorg te zorgen;
 - spanning tussen doelmatigheid en kwaliteit te hanteren;
 - spanning tussen beroep en organisatie productief te maken;
 - functioneren als actief teamlid;
 - als leidinggevend verpleegkundige te functioneren;
 - bijdragen aan de integratie van wijkverpleging en de thuiszorg;
 - verhogen van de rationaliteit van het beroep;
 - klantgerichtheid van het beroep verhogen;
 - kritisch denken demonstreren;
 - gevoeligheid voor vraaggerichtheid in zorgsystemen demonstreren;
 - hbo-standaard omzetten in gedrag;
 - zorgen voor eigen deskundigheid;
 - een open houding ten aanzien van het beroep hebben;
- zodat de wijkverpleegkundige als professioneel teamlid kan werken en zij het vereiste niveau van functioneren kan bereiken en de wijkverpleging als dienstverlenend vak in de thuiszorg kan aansluiten bij de eisen van de maatschappij.

4.4 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is er antwoord gegeven op de vraag wat er tegenwoordig allemaal van een wijkverpleegkundige wordt verwacht. Duidelijk is dat zij op hbo-niveau moet functioneren. Haar takenpakket is onderverdeeld in drie domeinen met daarin een verdeling van vijf verschillende rollen. Verder moet de wijkverpleegkundige beschikken over een aantal competenties wil zij die rollen op de juiste manier kunnen vervullen. De domeinen organisatie en beroep zijn apart belicht, dit om de rol van de wijkverpleegkundige duidelijker te maken ten aanzien van de probleemstelling.

5 DISCUSSIE EN CONCLUSIES

5.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal de discussie worden beschreven naar aanleiding van de probleemstelling, zoals die in de inleiding staat :

Probleemstelling :

Hoe kan een thuiszorgorganisatie adequaat anticiperen op de gevolgen van de **functiegerichte indicatiestelling en bekostiging** en hierbij de **communicatie** en **samenwerking** naar de wijkverpleegkundige toe verbeteren en **welke rol heeft de wijkverpleegkundige** hierin?

Hierbij maak ik gebruik van de literatuurstudie van de voorafgaande hoofdstukken, dit wordt per hoofdstuk beschreven. Aan de hand van de discussie beschrijf ik wat ik uit de tekst haal om mijn probleemstelling te realiseren, dit is tevens de conclusie van de discussie.

In het volgende hoofdstuk worden de conclusies samengevat en de aanbevelingen beschreven naar aanleiding van de discussie.

5.2 DE ONTWIKKELINGEN IN DE THUISZORG

In het hoofdstuk de thuiszorg staan de verschillende ontwikkelingen in de thuiszorg in de loop der jaren beschreven. Met name in de laatste decennia's van de twintigste eeuw hebben er diverse veranderingen plaatsgenomen. Zo waren er accentverschuivingen van de intramurale naar de extramurale zorg. Verder kwamen er twee principes, de echelonnering en regionalisatie, dit alles om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen. Maar de zorg bleef groeien en binnen de thuiszorg kwamen er ook steeds meer veranderingen en ontwikkelingen. In de jaren '90 moet de aanbodsgerichte zorg worden vervangen door de vraaggericht zorg. De thuiszorg moet beter aansluiten op de vraag en de wens van de cliënten. Ook moet het aanbod zo gericht zijn dat de mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Door deze ontwikkelingen kregen de organisaties meer concurrentie en ontstond er marktwerking, omdat er meer organisatie werden toegelaten op de thuiszorgmarkt. Hierdoor hebben de cliënten meer keuze vrijheid. De thuiszorgorganisaties gingen ook meer fuseren om hiermee te kunnen bezuinigen en de concurrentie aan te gaan.

Ook bij de indicatiestelling is er het een en ander veranderd. Voorheen, in de jaren '80, deed de wijkverpleegkundige zelf de indicatie. Zo konden zij zelf bepalen hoelang en hoeveel zorg de cliënt kreeg en daar werden de thuiszorg ook naar betaald. In de jaren '90 werd dit overgenomen door onafhankelijk bureaus, de RIO's, en toen gebeurde het dat cliënten bijvoorbeeld minder zorg kregen en dus dat er ook minder werd betaald aan de thuiszorgorganisaties. Er ontstond veel onrust, er gingen thuiszorgorganisaties failliet en er ontstonden wachtlijsten in de zorg.

In 2003 wordt de modernisering van de AWBZ ingevoerd. De verandering was nodig, de gezondheidszorg blijft veranderen. We krijgen te maken met een dubbele vergrijzing, het tekort aan personeel, de mondige cliënt en er is behoefte aan meer kwaliteit in de zorg. Door het AWBZ- pakket te veranderen, van aanbod naar functies, wil de overheid meer ruimte creëren. Ruimte voor cliënten om hun eigen keuzes te maken, te kiezen voor een PGB of voor zorg in natura, bij een organisatie naar eigen keuze, dus meer zorg op maat.

Het indicatieorgaan (de RIO's), het zorgkantoor en de zorgaanbieders (thuiszorgorganisaties) zijn de drie partijen in de zorgketen geworden. De cliënt krijgt met één of meerder partijen te maken. Zonder een indicatie heeft de cliënt geen recht op zorg.

Als ik kijk naar al deze stormachtige ontwikkelingen vind ik dat er veel positieve ontwikkelingen gaande zijn voor de cliënten. Zij hebben meer keuzevrijheid gekregen en meer zorg op maat. Daarbij wil ik wel vermelden dat veel cliënten niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Ook zij zien door alle veranderingen 'door de bomen het bos niet meer' en hebben vaak begeleiding en ondersteuning nodig om wegwijs te worden in de gezondheidszorg. Hierbij hebben de wijkverpleegkundige een belangrijke rol in.

Het feit dat de overheid steeds meer gaat bezuinigen en de verantwoording bij de burgers legt vind ik ook wel verklaarbaar. De gezondheidszorg wordt ook steeds duurder en de burgers moeten zich bewust worden dat alles geld kost. Maar de ouderen, chronisch zieken en de gehandicapten hebben er ook niet voor gekozen dat zij in een bepaalde situatie belanden waar zij zelf niets aan kunnen veranderen. En juist zij zijn de dupe, want van hun wordt verwacht dat zij een eigen bijdrage kunnen leveren aan de zorg die zij op dat moment ontvangen.

Voor de wijkverpleegkundige is er in de loop der jaren ook veel verandert. De indicatiestelling heeft voor veel onrust gezorgd. Ik ga daar in paragraaf 5.3 verder op in.

Wat ik uit dit hoofdstuk haal om mijn probleemstelling te realiseren en wat tevens mijn conclusie is, is het volgende :

- De maatschappelijke gezondheidszorg is aan veranderingen onderhevig. De wijkverpleegkundige had als taak om hiervan op de hoogte te blijven, hierop te anticiperen, pro-actief op te stellen en daarbij de gevolgen in had kunnen schatten.

5.3 DE FUNCTIEGERICHTE INDICATIE/BEKOSTIGING

In het hoofdstuk functiegerichte indicatie en bekostiging wordt de geschiedenis van de indicatie uiteengezet. Voorheen deed de wijkverpleegkundige zelf de indicatie bij de cliënten, zo konden zij de indicatie beïnvloeden door de beschikbare tijd die zij hadden. Feitelijk waren de indicaties niet objectief. Vanuit de belangenorganisaties van gehandicapten en chronisch zieken kwam de wens om scheiding aan te brengen in de organisatie die de zorg levert en die de indicatie indiceert. Bovendien wilde de overheid de zorg extramuraliseren, de grenzen met de intramurale instellingen moesten gaan vervagen. Hiermee werd de eerste stap gezet naar een indicatie nieuwe stijl. Die moest onafhankelijk, objectief en integraal zijn. De RIO's hadden als taak om dit uit te gaan voeren. De RIO's werken regionaal en hebben dus een eigen vrijheid in de wijze van indiceren. De indicatie wordt vraaggericht geïndiceerd, volgens een formulierenset van de ICF. De indicatie is een procesmatige procedure. Maar ook hier bleven de ontwikkelingen niet stilstaan. Het Ministerie van VWS voert de modernisering van de AWBZ in, zij nemen de verantwoording en ondersteunden de invoering. Met de modernisering van de AWBZ, 1 april 2003, veranderende er nog meer voor de cliënt. De cliënt komt nog centraler te staan omdat de hulpvraag los komt te staan van de belangen van de zorgaanbieders en de financiers. Tevens wordt de zorg nu omschreven in functies, dit betekent een versoepeling omdat de cliënt nu meer kan onderhandelen over de vorm en inhoud van de zorg. Een andere versoepeling zou de mandatering zijn. De Tweede Kamer heeft het wel ter sprake gebracht, de SIP's zijn er gekomen, maar er is nog meer mogelijk met de mandatering.

Per januari 2005 veranderde de RIO's in het CIZ. De indicatiestelling wordt gecentraliseerd. De tachtig RIO's gaan op in één landelijk orgaan, het CIZ. Het CIZ werkt met 16 lokale indicatieloketten. Het doel is om over 2 jaar (2007) in heel het land op dezelfde wijze te werken.

Tot 2005 gaven al deze ontwikkelingen nog geen problemen voor de thuiszorgorganisaties. Maar in januari 2005 werd de functiegerichte bekostiging ingevoerd. Er kwamen vaste tarieven aan de functies die werden geïndiceerd. Het tarief wordt vastgesteld op basis van uitvoering door zorgverleners gekoppeld aan een bepaald niveau. Zo wordt de functie persoonlijk verzorging gekoppeld aan niveau 2 en 3. Daar wordt ook naar uitbetaald. Als een verpleegkundige de functie persoonlijke verzorging uit zou voeren, wordt zij als het ware onderbetaald. Het CIZ indiceert alleen de functie, zij kijken niet naar het niveau die de functie uit voert. Hiermee kwamen de thuiszorginstellingen in de financiële problemen. Met name de inzet van (wijk)verpleegkundigen werd te duur. Daarbij waren er onderlinge verschillen tussen de thuiszorginstellingen. De ene organisatie had op tijd geanticipeerd en zich verdiept in de ontwikkelingen en de gevolgen. En wat zeker belangrijk was, is dat zij de wijkverpleegkundigen voorgelicht hadden en handvatten meegegeven hebben hoe zij om moesten gaan met deze nieuwe functiegerichte bekostiging. Wat hierbij erg belangrijk is dat men een (her)indicatie omschrijft in 'de taal van het CIZ'. De organisaties die dit niet gedaan hadden kregen te maken met wijkverpleegkundigen die niet meer wisten hoe zij hiermee om moesten gaan.

Om de wijkverpleegkundige meer handvatten te geven hoe zij (her)indicaties kan plaatsen en daarbij de taal van het CIZ kan beschrijven, kan zij zich gaan verdiepen in de verpleegkundige diagnoses.

Hierbij kan zij gebruik maken van de ICF, die hebben de aspecten van het menselijk functioneren die gerelateerd kunnen zijn aan een gezondheidsprobleem op een systematische wijze geordend.

Door middel van de ICF kan de wijkverpleegkundige de gezondheidstoestand in kaart krijgen.

Maar het is in zijn huidige vorm niet geschikt om direct te gebruiken in de cliëntenzorg. Wil de wijkverpleegkundige een goede verpleegkundige diagnose formuleren, dan kan zij gebruik maken van Lynda Juall Carpenito. Carpenito heeft 159 diagnoses beschreven en die in een zakboekje geordend, wat zeer bruikbaar is in de praktijk.

Twee studenten van de Hogeschool Inholland hebben een adviesnota uitgebracht over de functiegericht bekostiging. Zij hebben hiervoor een onderzoek gedaan in de V&V teams en hierbij verschillende medewerkers en managers geïnterviewd. Hun conclusie was dat er weinig kennis was van de nieuwe ontwikkelingen bij de medewerkers. De organisatie heeft ook weinig informatie gegeven, bovendien werd hier slecht over gecommuniceerd naar de directe werkvloer. De consequenties van de invoering van de functiegerichte bekostiging was volgens de studenten dat er verschuivingen zullen plaatsvinden in een V&V team. Er komen meer werkzaamheden voor niveau 2 en 3. De functie van de wijkverpleegkundig zal er anders uit gaan zien, meer administratie, het stellen en aanvragen van (her)indicaties en meer onderhandelingen. Er worden nieuwe kansen gecreëerd. Een V&V team heeft leiding nodig van een wijkverpleegkundige om kwaliteit en continuïteit te kunnen bieden aan de cliënt.

In eerst instantie was mijn reactie, is dit allemaal nodig. *'Zoals het nu is, is het toch best; voor anderen'* (gedicht 'veranderen' voorblad). Maar ik begrijp heel goed dat het zo niet door kan gaan in de gezondheidszorg en dat de kosten anders niet meer te beheersen zijn. Wel hadden er een aantal zaken anders kunnen gaan.

Per januari 2005 werd de functiegerichte bekostiging ingevoerd. De thuiszorgorganisatie zou als taak moeten hebben om het uitvoerende personeel hierover in te lichten, helaas werd dit verzuimd. De wijkverpleegkundigen waren vol onbegrip als hun herindicatie werd afgewezen of als ze minder uren (klasse) kregen toegewezen als dat ze aangevraagd hadden. Pas halverwege 2005 werd het duidelijk wat er aan de hand was en werden (sommige) thuiszorgorganisaties wakker, met name omdat het financiële budget duidelijk werd. Als je dan het verschil ziet bij de thuiszorgorganisaties die wel geanticipeerd hebben dan denk ik mij mijzelf : wat doen die beleidsmedewerkers bij die organisaties die het verzuimd hebben dan? Die hadden zich moeten verdiepen in de huidige ontwikkelingen, informatie moeten verzamelen en de wijkverpleegkundigen moeten informeren over de nieuwe ontwikkelingen.

Maar ook het CIZ heeft in mijn ogen niet juist gehandeld, die hadden de wijkverpleegkundigen ook kunnen informeren over de nieuwe toekomstige ontwikkelingen en ze handvatten kunnen geven hoe ze er mee om moesten gaan. Maar via de mail lieten zij mij weten dat het niet hun taak was om de wijkverpleegkundigen te informeren. Maar zij willen straks landelijk op één dezelfde wijze gaan werken. Laten zij de wijkverpleegkundigen dan ook helpen om daaraan mee te werken, door ze te informeren en mee te laten denken.

Zowel de LVT als de LVW hebben hun bezorgdheid uitgesproken over de huidige ontwikkelingen en zij hebben gehoor gekregen. Het CTG heeft een aantal regels verzacht, maar wat hebben ze gedaan voor de beroepsgroep zelf ? Het LVW heeft landelijke bijeenkomsten georganiseerd in het land. Hierbij werd ook duidelijk gemaakt dat de wijkverpleegkundigen het CIZ niet als vijand moeten zien, maar dat ze er zelf wat aan moeten doen om mee te gaan met de huidige ontwikkelingen. Dan blijkt ook dat er veel meer mogelijk is dan dat er gedacht werd, maar de wijkverpleegkundigen moeten er wel open voor staan en zich blijven professionaliseren. Die bijeenkomst was zeer leerzaam, alleen kwam die wel pas aan het einde van 2005, toen de wijkverpleegkundigen al driekwart jaar hadden getobd en de gevolgen al duidelijk werden.

Waar ik ook benieuwd naar ben is of dat er nog meer mandateringen komen. Er wordt wel over gesproken in de Tweede Kamer (zie bijlage), maar in de praktijk is er buiten de SIP om nog weinig van te merken. Dan is er ook nog het feit dat het Ministerie van VWS de modernisering van de AWBZ invoert, zegt dat zij de verantwoording en invoering ondersteunen. In hoeverre nemen zij de verantwoording op zich?

Wijkverpleegkundigen daarentegen hebben ook te weinig van zich laten horen. Zij hebben deze ontwikkelingen over zich heen laten komen en pas toen zij in de gaten kregen wat er aan de hand was trokken zij aan de bel. De verwarring en chaos was soms al ver doorgevoerd in de V&V teams. De wijkverpleegkundige waren teveel met zichzelf bezig omdat zij het ook al niet meer bij konden houden. Door de financiële problemen bij de organisaties waren er vacaturestops. Maar de zorg bleef aanhouden. Er waren verhoudingsgewijs teveel verpleegkundige ten opzichte van de geïndiceerde functies, dus heerste er onzekerheid als er weer ontslagen aangekondigd werden wegens de bezuinigingen. Ik vind dat de wijkverpleegkundige veel eerder opheldering had kunnen vragen. Zij

hadden eerst eens onderling in de eigen organisatie kunnen navragen bij collega's wat daar de ervaringen zijn en dan via de managers kunnen bekijken wat de mogelijkheden waren.

Wat ik uit dit hoofdstuk haal om mijn probleemstelling te realiseren en wat tevens mijn conclusie is, is het volgende :

- De thuiszorgorganisaties hadden adequater moeten anticiperen van de functiegerichte indicatie en bekostiging en de gevolgen.
- De thuiszorgorganisatie had een richtlijn kunnen ontwikkelen waarbij de mogelijkheden bij vermeld staan welk niveau voor een bepaalde functie ingezet kon worden, met daarbij standaard opties en uitzonderingen. (Bijvoorbeeld niveau 3 voor de functie verpleging bij het oog druppelen).
- De thuiszorgorganisaties hadden bij de LVT en/of LVW kunnen pleiten voor meer mandateringen om zo de indicatiestelling te vereenvoudigen.
- Het CIZ had de thuiszorgorganisaties beter en tijdig moeten informeren en zonodig een landelijk instrument kunnen ontwikkelen hoe om te gaan met de functiegerichte indicatie en bekostiging, zij willen graag transparantie.
- De beroepsorganisatie LVW en de LVT hadden ook adequater moeten anticiperen van de functiegerichte indicatie en bekostiging en de gevolgen.
- In hoeverre heeft het Ministerie van VWS de verantwoording van de invoering van de modernisering van de AWBZ op zich genomen.
- De wijkverpleegkundige hadden zich beter op de hoogte moeten stellen van de functiegerichte indicatie en bekostiging, hierbij hadden zij in de rol van beroepsbeoefenaar zich kunnen verdiepen in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen
- De wijkverpleegkundige hadden meer onderling contact (intern en eventueel extern) moeten zoeken en eerder aan de bel moeten trekken bij hun organisatie.

5.4 SAMENWERKING EN COMMUNICATIE IN EEN ORGANISATIE

Bij samenwerking hoort een goede communicatie, dit komt duidelijk naar voren in hoofdstuk 3.

Samenwerking is geen doel op zich, maar een middel om doelen te realiseren. Het samenwerken in een team vraagt ook om een speciale benadering. Ook moet een team 'groeien', het ontstaat niet vanzelf. Mensen moet in elkaar investeren om te kunnen samenwerken. Vaak is men meer inhoudelijk met het werk bezig, dan om gezamenlijk te bekijken hoe men het werk doelmatig aan kan pakken.

Het gaat er uiteindelijk om dat een team een éénheid kan vormen die ondanks meningsverschillen tot een gezamenlijk doel kunnen komen. Hierbij speelt communicatie een belangrijke rol in.

Communicatie kan op verschillende manieren gebeuren, verbaal, non-verbaal, mondeling of schriftelijk. Het is vaak een vicieuze cirkel van actie en reactie. De kunst is dat men dezelfde taal spreekt, als dit niet gebeurt dan ontstaan er meestal conflicten. Conflicten komen op alle niveaus voor en vaak is het goed om ook eens kritisch naar jezelf te kijken om escalaties te voorkomen. Maar ook andere aspecten kunnen problemen geven in de communicatie en dan kun je denken aan :

- Organisatiestructuur (verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn niet helder).
- Organisatiecultuur en leiderschapstijl (de ene cultuur biedt meer ruimte voor een dialoog als het andere).
- Communicatieve vaardigheden (vaardigheden kunnen worden bevorderd).
- Informatiesystemen (toegankelijkheid, gebruiksvriendelijk en actualiteit).
- Organisatiestrategie (de bereidheid tot communiceren en een heldere boodschap uitdragen).

De Roos van Leary is een communicatie model dat gebruikt kan worden om de verschillende gedragsstijlen van mensen te leren herkennen. Als men dit kan, dan kan men ook leren om bepaald ongewenst gedrag te neutraliseren door het tegenovergestelde gedrag van het ongewenste gedrag uit te lokken.

Ik persoonlijk vind communicatie ook erg belangrijk en ik besef dat een goede communicatie van meerder factoren afhankelijk is. Net als samenwerking vind ik dat de communicatie in een organisatie vaak stroef verloopt. Dit heeft natuurlijk met elkaar te maken, als de communicatie moeizaam verloopt, dan zal de samenwerking ook niet optimaal gaan. Daarom verbaas ik mij vaak dat een organisatie niet goed communiceert met de directe werkvloer, wat is er gaande, hoe denken de medewerkers hierover en welke oplossingen zijn er al bedacht? En waarom wordt de verzamelde informatie niet met elkaar gedeeld. Maar niet alleen de organisatie en management zijn hier schuldig

aan. Ook de wijkverpleegkundigen onderling communiceren te weinig. Dit heeft deels te maken met dat er weinig tijd is, maar de wijkverpleegkundige ondernemen zelf ook weinig om contact met elkaar, maar ook met de organisatie te zoeken. Vaak zijn zij individualistisch bezig. Hierdoor wordt er ook weinig onderling samengewerkt en vaak bij nieuwe ontwikkelingen gaat ieder team zelf 'het wiel uitvinden'. Terwijl het raadzamer is om elkaars meningen, ideeën en oplossingen te delen. Dit is veel doelmatiger, effectiever en efficiënter.

Wat ik uit dit hoofdstuk haal om mijn probleemstelling te realiseren en wat tevens mijn conclusie is, is het volgende :

- De organisatie/managers hadden meer contact moeten zoeken met de directe werkvloer en in dialoog moeten gaan met de werknemers.
- De organisatie/managers hadden nieuwe ontwikkelingen tijdig kenbaar moeten maken, de wijkverpleegkundige hierbij moeten betrekken en daarbij de invoering faciliteren en stimuleren.
- De wijkverpleegkundige heeft verzuimd de tijd te nemen om onderlinge contacten met collega's wijkverpleegkundige te versterken en te onderhouden.
- De wijkverpleegkundige is niet in staat gebleken om een structuur en cultuur te herkennen in een organisatie en daar overstijgend naar te kunnen kijken om zo een bepaald (negatief) patroon te kunnen doorbreken.
- De wijkverpleegkundige had zich meer moeten profileren en in dialoog moeten gaan met de managers en/of de organisatie.

5.5 DE ROL VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

De wijkverpleegkundige is de spil in de zorg bij mensen thuis. Dit betekent dat zij over een aantal competenties moet beschikken wil zij dat op een juiste, kwalitatieve en efficiënte manier kunnen doen. Daarvoor moeten we eerst de gebieden onderscheiden waar de wijkverpleegkundige werkzaam in is en dat zijn : de zorg, organisatie, en beroep. Deze gebieden worden ook wel domeinen genoemd. Binnen deze domeinen zijn er vijf rollen die de wijkverpleegkundige kan vervullen, de rollen van : zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar. Iedere rol vraagt om een aantal competenties waarover de wijkverpleegkundige moet beschikken. Nu is het zo dat zij niet in iedere rol uit kan blinken en de ene rol spreekt misschien wat meer aan als de andere. Maar de competentiebeschrijvingen zoals die vermeld staat in 'de competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige' van Mast, J. en Pool, A. geven wel een leidraad en houvast wat er van de wijkverpleegkundige op hbo-niveau wordt verwacht.

Het domein organisatie en beroep, met de daarbij behorende rollen, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar, zijn in paragraaf 4.3 meer uitgediept om de probleemstelling met de aanbevelingen meer te verduidelijken.

Bij de competenties van de rol van ontwerper staat onder andere beschreven dat van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat zij een positief-kritische houding heeft ten aanzien van de bestaande werkwijze en oog heeft voor eventuele verbeteringen. Tevens is zij in staat om nieuwe aanpakken te bedenken en bij kan dragen aan de ontwikkelingen daarvan. Bovendien kan zij gebruik maken van diverse bronnen, zoals wetenschappelijk onderzoek, vakliteratuur en kennis van andere disciplines.

Bij de rol van coach staat dat zij stagiaires kan begeleiden, nieuwe collega's inwerkt en/of teamgenoten coacht. Als coach geeft de wijkverpleegkundige feedback en begeleidt zij hen waar het nodig is ten behoeve van een kwalitatief goede en doelmatige zorg. Daarbij is het wel van belang dat de wijkverpleegkundige zelf oprecht en zelfbewust functioneert, zij stelt zich open en eerlijk op naar de ander. Tevens beschikt zij over goede communicatieve vaardigheden en is in staat feedback te geven en te ontvangen. Meestal is het coachen gericht op individuen, maar dit kunnen ook intervisie of reflectiebijeenkomsten zijn.

Bij de rol van beroepsbeoefenaar is het van belang dat de wijkverpleegkundige een balans vindt in het spanningsveld tussen cliënt en organisatie. Het vraagt ook om veel creativiteit om binnen de grenzen van de organisatie het beroep op een professionele manier uit te oefenen en ze moet haar waarde laten zien van haar professioneel handelen voor zowel de maatschappij als voor de thuiszorg

Ik vind dat er tegenwoordig veel meer verwacht wordt van een wijkverpleegkundige op hbo-niveau. Dit moet ook wel gezien de constante veranderingen in de maatschappelijke gezondheidszorg. De

huidige hbo-opleidingen sluiten qua niveau beter aan aan de eisen van de werkvloer. Dit ligt anders bij de wijkverpleegkundige die bijvoorbeeld tien jaar geleden haar opleiding heeft afgerond. Of zij blijven zich professionaliseren, houden zich op de hoogte en gaan mee met de nieuwste ontwikkelingen. Of zij verdiepen zich in de directe cliëntenzorg, maar hebben geen oog meer voor de veranderingen in de gezondheidszorg en kunnen daardoor niet meer overstijgend werken. Ik ben van mening dat de wijkverpleegkundige zich moet blijven professionaliseren door middel van bijvoorbeeld een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) en daarbij gebruik maakt van de competentiebeschrijvingen van de wijkverpleegkundige. Dit om te voorkomen dat zij zich niet (meer) op de hoogte houdt van de huidige ontwikkelingen in de maatschappelijke gezondheidszorg en daarbij te laat anticipeert. Als ik kijk naar de vijf rollen die een wijkverpleegkundige kan uitvoeren, ben ik mij er wel van bewust dat zij niet in iedere rol uit kan blinken, maar dat kan juist wel een stimulans geven om aan een rol te gaan werken waarin zij wat minder competent in is.

Wat ik ook erg belangrijk is dat de wijkverpleegkundige van zich laat horen naar de organisatie toe. De communicatie verloopt over het algemeen al zo moeizaam, mede ook omdat de wijkverpleegkundige niet zo mondig zijn. Maar zij moeten op verschillende fronten opkomen, voor de cliënten, voor collega's, maar ook voor zichzelf. Zij hebben de taak en professionaliteit om belangen te behartigen. Maar helaas wil een bepaalde structuur en cultuur ook tegen werken, maar daar moeten zij kunnen overstijgen om dat te doorbreken.

Wat ik uit dit hoofdstuk haal om mijn probleemstelling te realiseren en wat tevens mijn conclusie is, is het volgende :

- De wijkverpleegkundige had zich meer moeten profileren en professionaliseren in het domein organisatie en beroep en dan met name in de rollen van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

5.6 SAMENVATTING

In het hoofdstuk discussie en conclusie heb ik in het kort een samenvatting gemaakt van de hoofdstukken waar ik een literatuurstudie van heb gemaakt. Aan de hand van de samenvatting heb ik mijn mening gegeven over hetgeen wat er beschreven is en bekeken wat ik uit de tekst kon halen om mijn probleemstelling te realiseren en wat mijn conclusie hierbij is.

Concluderend kan ik zeggen dat de verschillende conclusies in elkaar overlopen en elkaar overlappen. Een aantal conclusies zijn ook niet los van elkaar te zien.

In het volgende hoofdstuk zal ik naar aanleiding van de analyse van hoofdstuk 5 de conclusies verzamelen en de aanbevelingen presenteren.

6 AANBEVELINGEN

6.1 INLEIDING

Naar aanleiding van de discussie en conclusies van hoofdstuk 5, zal ik in dit hoofdstuk de conclusies verzamelen en daarbij de aanbevelingen beschrijven die ik vanuit de literatuurstudie heb geanalyseerd. Om duidelijkheid te krijgen wie waarvoor verantwoordelijk is zal ik de aanbevelingen ordenen in micro, meso en macroniveau.

6.2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In hoofdstuk 5 zijn de conclusies getrokken naar aanleiding van de discussie. Dit is per hoofdstuk beschreven. Een aantal conclusies hadden bij meerdere hoofdstukken kunnen staan omdat de hoofdstukken met elkaar te maken hadden en daardoor in elkaar overlopen. Ik zal de conclusies van de verschillende hoofdstukken verzamelen en rangschikken in micro, meso en macroniveau.

6.2.1 Micro niveau

De conclusies op microniveau :

- De maatschappelijke gezondheidszorg is aan veranderingen onderhevig. De wijkverpleegkundige had als taak om hiervan op de hoogte te blijven, hierop te anticiperen, pro-actief op te stellen en daarbij de gevolgen in had kunnen schatten.
- De wijkverpleegkundige had zich beter op de hoogte moeten stellen van de functiegerichte indicatie en bekostiging, hierbij had zij in de rol van beroepsbeoefenaar zich kunnen verdiepen in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen.
- De wijkverpleegkundige had meer onderling contact (intern en eventueel extern) moeten zoeken en eerder aan de bel moeten trekken bij hun organisatie.
- De wijkverpleegkundige heeft verzuimd de tijd te nemen om onderlinge contacten met collega's wijkverpleegkundige te versterken en te onderhouden.
- De wijkverpleegkundige is niet in staat gebleken om een structuur en cultuur te herkennen in een organisatie en daar overstijgend naar te kunnen kijken om zo een bepaald (negatief) patroon te kunnen doorbreken.
- De wijkverpleegkundige had zich meer moeten profileren en in dialoog moeten gaan met de managers en/of de organisatie.
- De wijkverpleegkundige had zich meer moeten profileren en professionaliseren in het domein organisatie en beroep en dan met name in de rollen van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

De aanbevelingen die ik hierbij wil presenteren zijn :

- De wijkverpleegkundige moet in staat zijn om op de hoogte te blijven van de huidige maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg, hierop te anticiperen, pro-actief op te stellen en daarbij de gevolgen in schatten.
- In de rol van beroepsbeoefenaar moet zij :
 - creatief, maar ook kritisch om gaan met de functiegerichte indicatie en bekostiging binnen de verpleging en de thuiszorg;
 - in staat zijn door gebruik te maken van het ICF en/of Carpenito een verpleegkundige geformuleerde (her)indicatie te stellen en daarmee de taal van het CIZ te spreken;
 - zorgen dat zij haar deskundigheid met betrekking tot de functiegerichte indicatie en bekostiging behoudt door vakliteratuur bij te houden, workshops/symposia's te bezoeken en ervaringen met andere collega's te delen.
- In de rol van ontwerper moet zij knelpunten en mogelijke verbeterpunten signaleren en analyseren met betrekking tot de functiegerichte indicatie en bekostiging en deze kenbaar maken bij de managers/organisatie en collega's.

- In de rol van coach moet zij in staat zijn om bij haarzelf maar ook bij haar collega's te kunnen reflecteren hoe zij omgaan met de functiegerichte indicatie en bekostiging en daarbij kritisch kunnen analyseren hoe het anders had gemoeten.
- De wijkverpleegkundige moet ervoor pleiten bij de managers/organisatie om de onderlinge contacten met zowel de managers/organisatie als de andere wijkverpleegkundige binnen de organisatie te faciliteren.
- De wijkverpleegkundige moet in staat zijn een organisatie/teamstructuur en cultuur te herkennen en dit overstijgend te analyseren.
- Door middel van de Roos van Leary (communicatiemodel) kan de wijkverpleegkundige gedragstijlen herkennen, deze neutraliseren en daarmee zonodig een organisatie/teamstructuur en cultuur doorbreken.

6.2.2 Meso niveau

De conclusies op mesoniveau :

- De thuiszorgorganisaties hadden adequater moeten anticiperen van de functiegerichte indicatie en bekostiging en de gevolgen.
- De thuiszorgorganisatie had een richtlijn kunnen ontwikkelen waarbij de mogelijkheden bij vermeld staan welk niveau voor een bepaalde functie ingezet kon worden, met daarbij standaard opties en uitzonderingen. (Bijvoorbeeld niveau 3 voor de functie verpleging bij het oog druppelen).
- De thuiszorgorganisaties hadden bij het LVT en/of LVW kunnen pleiten voor meer mandateringen om zo de indicatiestelling te vereenvoudigen.
- De organisatie/managers hadden meer contact moeten zoeken met de directe werkvloer en in dialoog gaan met de werknemers.
- De organisatie/managers hadden nieuwe ontwikkelingen tijdig kenbaar moeten maken, de wijkverpleegkundige hierbij moeten betrekken en daarbij de invoering faciliteren en stimuleren.

De aanbevelingen die ik hierbij wil presenteren zijn :

- De thuiszorgorganisaties moeten serieuzer ingaan op de huidige maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de berichten die instellingen (zoals het CTG) versturen beter oppikken en hier beleidsmedewerkers opzetten die hierop inspelen.
- De thuiszorgorganisatie moet meer aandringen bij het LVT en/of voor meer mandateringen om de indicatiestelling te vereenvoudigen (zie ook macroniveau).
- De thuiszorgorganisaties moeten in het vervolg de wijkverpleegkundigen eerder betrekken bij de nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen die (in)direct gevolgen hebben voor de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige en het V&V team.
- De thuiszorgorganisaties moeten in het vervolg de invoering van nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen stimuleren en faciliteren.
- De thuiszorgorganisaties moeten beleidsmedewerkers en/of wijkverpleegkundigen inschakelen bij het ontwikkelen van richtlijnen en/of protocollen ten behoeve van de (her)indicaties zodat hiermee de taal van het CIZ gesproken wordt.
- De organisatie/managers moeten meer in dialoog gaan met de wijkverpleegkundigen over de stand van zaken op de werkvloer en dan met name over de functiegerichte indicaties.

6.2.3 Macro niveau

De conclusies op macroniveau :

- Het CIZ had de thuiszorgorganisaties beter en tijdig moeten informeren en zonodig een landelijk instrument kunnen ontwikkelen hoe om te gaan met de functiegerichte indicatie en bekostiging, zij willen graag transparantie.
- De beroepsorganisatie LVW en het LVT hadden adequater moeten anticiperen van de functiegerichte indicatie en bekostiging en de gevolgen.

- De thuiszorgorganisaties hadden bij het LVT en/of LVW kunnen pleiten voor meer mandateringen om zo de indicatiestelling te vereenvoudigen.
- In hoeverre heeft het Ministerie van VWS de verantwoording van de invoering van de modernisering van de AWBZ op zich genomen.

De aanbevelingen die ik hierbij wil presenteren zijn :

- Door meer transparantie te geven moet het CIZ ook als taak hebben om de thuiszorgorganisatie tijdig te informeren over de nieuwe ontwikkelingen rondom de functiegerichte indicatie en bekostiging.
- Het CIZ moet voordat zij een nieuwe ontwikkeling met betrekking tot de functiegerichte indicatie en bekostiging in gaan voeren, eerst een duidelijk en bruikbaar protocol en/of handvatten geven zodat de wijkverpleegkundigen er in de praktijk mee aan het werk kunnen.
- Zowel het LVW als de LVT moeten nog meer anticiperen op de nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de gevolgen voor de thuiszorgorganisaties en de wijkverpleegkundigen.
- Het LVW en het LVT moeten desnoods uitstel aanvragen bij de Tweede Kamer//voordat een nieuwe ontwikkelingen wordt geïmplementeerd, dit omdat ze dan eerst alle voor-nadelen kunnen overwegen en kunnen anticiperen (zie aanbeveling hierboven).
- Het LVT moet meer pleiten bij het LVIO en/of de Tweede Kamer voor meer mandateringen met betrekking tot de indicaties in de thuiszorg (zie ook mesoniveau).
- De Tweede Kamer/ Ministerie van VWS moet zo snel mogelijk toestemming geven om meer mandateringen met betrekking tot de indicatiestelling te mogen uitvoeren in de thuiszorg (zie ook aanbeveling hierboven).
- De Tweede Kamer/Ministerie van VWS moet meer naar de signalen luisteren die vanuit de organisaties komen wanneer zij met nieuwe ontwikkelingen komen in de gezondheidszorg.
- De Tweede Kamer/Ministerie van VWS moet in het vervolg eerst kijken hoe het eenvoudiger kan in de gezondheidszorg, in plaats van het eerst onsamenhangend te maken en daarna pas met maatregelen te komen om het te vereenvoudigen.

7 NAWOORD

Met dit nawoord wil ik mijn scriptie afsluiten. In eerste instantie zag ik ertegen op omdat ik het idee had dat het mij heel veel werk en tijd zou kosten. Daarbij zit je bijna aan het einde van een opleiding en lijkt de energie wat weg te vloeien. Maar al zoekende naar informatie en al schrijvende, kwamen de hoofdstukken één voor één te voorschijn en kreeg ik er meer plezier in. Dit is voor mij toch het resultaat van 3 intensieve jaren en hiermee bewijs ik voor mijzelf en de buitenwereld wat ik geleerd heb en waar ik nu sta.

Met dit afstudeerwerkstuk hoop ik andere wijkverpleegkundigen te motiveren de aanbevelingen te bekijken en op te volgen. Dat de thuiszorgorganisatie en andere landelijke organisaties hun werkzaamheden kritisch bekijken en er wat mee doen. Maar ook dat zij rekening houden met wat er op de werkvloer gebeurt en dat de communicatie een belangrijk onderdeel blijft van de samenwerking met elkaar.

Ik ben zeker ook kritisch geworden gezien de samenwerking met collega's en hoe zij zich professionaliseren. Maar ook met de organisatie waar ik werkzaam ben en hoe nieuwe ideeën ingevoerd (gaan) worden. Bovendien zal ik mijn afstudeerwerkstuk zeker regelmatig inkijken om mijzelf alert te houden, want de nieuwe ontwikkelingen in de maatschappelijke gezondheidszorg blijven niet stilstaan!

8 LITERATUURLIJST EN BRONVERMELDING

Aalst, K.van, ea

Indicatiestelling bij chronisch zieken (afstudeerscriptie), Hogeschool Leiden, nov. 2000

Algera, M., Francke, A.L., Zee, J. van der

Zorgindicatiestelling 'nieuwe stijl' binnen de zorgketen, Verpleegkunde 2002-17 nr 3, pp 140-150

AVVV

Beroepsdeelprofiel MGZ-verpleegkundige, Utrecht, 2004

Bakens, P. en Scholtens, M.

De regionale indicatiestelling is een prima instrument, TvZ 2004 nr 4, pp 34-35

Bakens, P. en Sibbing, H.

Ontwikkelingen in de Caresector 1990-2003, interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool, Den-Haag, 2003

Campen, C. van, ea

Werkdocument Modelontwikkeling thuiszorg/Hulpvragers, beperkingen en zorgtoewijzing, nr 63, van het Sociaal en Cultureel Planbureau, Den-Haag, maart 2000

Carpenito, L.J.

Verpleegkundige diagnoses, 2^{de} druk, Wolters-Noordhof, Groningen/Houten, 2002

Examencommissie MGZ-opleiding

Opleiding tot verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ-opleiding), Studentenstatuut deel 2, inclusief Onderwijs en Examenregeling (Studiegids), Studiejaar 2004-2005, Den-Haag, 18 juni 2004

Hendrix, H. ea

Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector, Uitgeverij H.Nelissen B.V. Baarn, 1991

Hoogerduin, J., Schrijvers, G.

RIO, toegangspoort tot de zorg, TvZ 2003 nr 3, pp 20-22

Jong, J.H.J. de, ea

Basisboek 1; Inleiding in de verpleegkunde, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 1992

Keesom, J.

RIO's en de moeizame invoering van de functiegerichte indicatiestelling, Tijdschrift LvW 2004 nr 3 pp 8-10

Kersten, J. en Most, M. van de

SP wil bureaucratie te lijf, TvZ 2004 nr 1, pp 16-20

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg LVT

Zorg thuis, een visie op plaats en betekenis van de thuiszorg in de 21^e eeuw, integrale versie, Bunnik, 9 juni 2000

Loof, J. en Eggink, A.

Adviesnota Functiegerichte bekostiging in de thuiszorg, HBO verpleegkunde duaal Diemen (Hogeschool Inholland), 2005 (contact gehad via het forum van het LVW, www.lvw.nl)

Mast, J. en Pool, A.

Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundige, Module bij het handboek : In de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg, NIZW uitgeverij, Utrecht, 2003

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Modernisering AWBZ, Klanten Kiezen, Den-Haag, Februari 2003

Most, M. van der

Functiegericht indiceren in de praktijk, TvZ 2003 nr 3, pp 24-25

Most, M. van der

Thuiszorg in bedrijf, TvZ 2003 nr 10, pp 48-51

Most, M. van der

Verzekerd van recht op zorg, TvZ 2003 nr 3, pp 16-19

Most, M. van der

Wijkverpleging en functiegericht indicatie, TvZ 2005 nr 5, pp 30-33

Pasch, T.

Fictie?, TvZ 2003 nr 3, pp 3

Pernis, H.van, ea,

Agogiek voor gezondheidszorg en verpleegkunde, 3^{de} druk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diemen, 2000

Ruiter, C. de

'Overgeleverd aan het RIO' , TvZ 2004 nr 2, pp 22-23

Scherpenisse, A.

De gezondheidszorg in Historisch perspectief, hoofdstuk 1 uit : Introductie in de Gezondheidszorg Bohn Stafleu, 2002

Sibbing, H.

Samenvatting nota Eerstelijnszorg en nota "Gezondheidszorg bij beperkte middelen", interne uitgave MGZ-opleiding Haagse Hogeschool, Den-Haag, 2003

Simons, H.

Thuiszorg in de jaren '90, Notitie over de toekomstige ontwikkeling en stimulering van de Thuiszorg, 2^e kamer 1991-1992, Den-Haag, 16 december 1991

Steltenpool, G.

Indiceren tegen de verdrukking in, TvZ 2004 nr 3, pp 20-21

Tweede Kamer der Staten-Generaal

- 'Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst/ Verkenning Ouderenzorg 1995-2010, vergaderjaar 1996-1997, Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 1997
- Persbericht : Plan van aanpak Centraliseren indicatiestelling AWBZ, 13-2-2004
- Modernisering AWBZ, Vergaderjaar 2003-2004, Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 2004, nr. 73

Van Dale

Pocketwoordenboek Nederlands, 3^{de} druk,, van Dale Lexicografie, Utrecht-Antwerpen, 2003

Vos, M. en Schoemaker, H.

Geïntegreerde communicatie, 5^{de} druk, LEMMA BV, Utrecht, 2003

Wiertzema, K.

Doelmatig communiceren: basisprincipes, 2^{de} druk, Coutinho, 1996

Wijnen, G. en Kor, R.

Het managen van unieke opgaven, samenwerken aan projecten en programma's, 1^e druk, Kluwer BedrijfsInformatie, 1996

Organisaties:

- **CIZ Landelijk bureau**, Driebergen, folder : Zorg nodig? Eerst naar het CIZ.
- **CTG** (e-mail contact)

Geraadpleegde internetsites:

- <http://www.ciz.nl>, document gebruikelijke zorg (informatie voor professionals, documentatie, beleid).
- <http://www.ctg-zaio.nl> (tarieven)
- <http://www.cvz.nl> (zoekmachine : functiegerichte indicatie) Overzicht aanspraken
- <http://www.levv.nl> (producten/icf)
- <http://www.managementkennisbank.nl/NL/zorg-verandermanagement/procesmanagement-awbz-zorg/aanpak-zorg-en-zekerheid-gewijzigde-awbz/>
- <http://www.minvws/dossiers/awbz> (zoekmachine, kamerstukken)
Voortgang indicatiestelling (integrale brief inzake voortgang indicatiestelling), van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 11 maart 1998, Den-Haag
- <http://www.minvws/dossiers/awbz> (zoekmachine : zorgindicatiebesluit)
Rio, het jongste kind groeit op (eindrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit van 1998)
- <http://www.rivm.nl> (zoekmachine :icf), document : Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health.
- <http://www.rongen.com/nederlands/paradox/weerstand.htm> (roos van Leary)

9 BIJLAGEN

- De Roos van Leary
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, Modernisering AWBZ, Vergaderjaar 2003–2004

Interpersoonlijke Stijl en Veranderen van ingesleten (interactie)patronen

Gedragpatronen, en zeker interactiepatronen, ontstaan niet 'zo maar'. De persoonlijke stijl en met name de interpersoonlijke stijl van gesprekspartners zijn smaakmakende ingrediënten voor interactiepatronen. Laten we daarom om te beginnen kijken naar interpersoonlijke stijlen, en een makkelijke classificatie van verschillende stijlen.

Bij het bepalen van interpersoonlijke stijlen gaat men ervan uit dat mensen van elkaar verschillen in de manier waarop zij met anderen omgaan. Er is sprake van een stabiele voorkeur voor de stijl van omgang met anderen. Met stabiel wordt hier bedoeld dat deze voorkeur zich aftekent over een veelheid van situaties heen, en gedurende langere tijd. Men spreekt over interpersoonlijke stijl omdat het gaat om de omgang met één of maximaal twee anderen. Interpersoonlijke stijl slaat dus niet op de omgang met anderen in groepen.

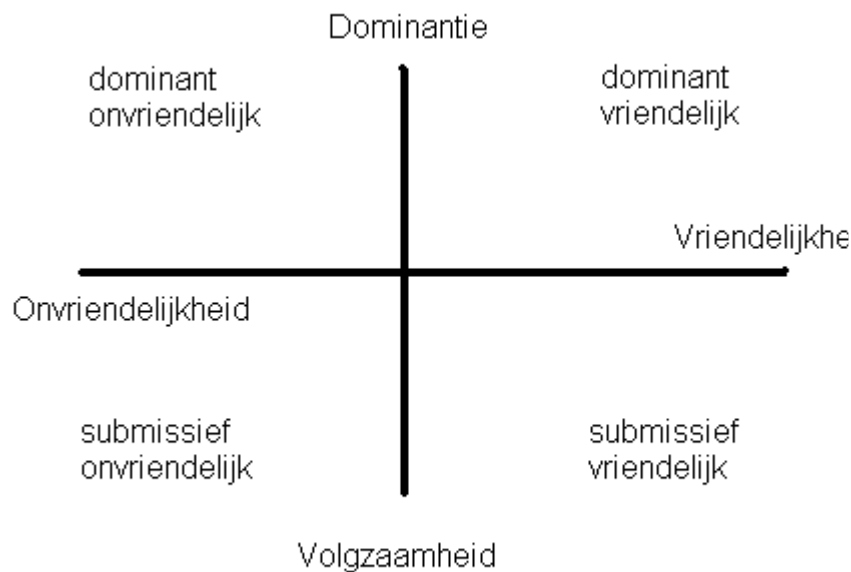
De traditie van de interpersoonlijke stijl heeft zijn oorsprong in de late jaren veertig. Timothy Leary (van de 'Roos van Leary') is er één van de grondleggers van. Zijn model is in de loop van de jaren aangepast, en blijkt een van de meest adequate manieren om sociaal gedrag in één-op-één-situaties te beschrijven.

Recentelijk is inderdaad aangetoond dat het model samenhangt met stabiele persoonlijkheidseigenschappen. We kunnen er dus met enige zekerheid van uitgaan dat ieder individu een stabiele voorkeur heeft voor een bepaalde stijl van interpersoonlijk gedrag. Hiermee wordt bedoeld dat bijvoorbeeld een 'vriendelijk' persoon, geobserveerd in een grote hoeveelheid situaties, zich opvallend vriendelijker gedraagt dan anderen in die situaties.

Sommige persoonlijkheidseigenschappen worden 'temperamentseigenschappen' genoemd, omdat het hier gaat om eigenschappen met een fysiologische basis. Het zijn vrij robuuste eigenschappen die een persoon al van kinds af aan kenmerken. Extraversie en emotionele stabiliteit zijn hier twee voorbeelden van. Temperamentseigenschappen hebben hoogstwaarschijnlijk een vrij sterke invloed op sociaal gedrag.

Verandering van interpersoonlijke stijl is niet zozeer gericht op het veranderen van persoonlijkheid als wel op het uitbreiden van het repertoire aan interpersoonlijke stijlen. Deze gedragsverandering wordt soms als een moeizaam proces ervaren, vooral wanneer men bij het realiseren van bepaalde interpersoonlijke stijlen 'tegen het temperament in' moet handelen. Dit tegen-temperamentele gedrag is voor sommigen niet op te brengen, terwijl anderen het zonder al te veel moeite vertonen. Het succes van verandering van interpersoonlijke stijl hangt dan ook af van het al of niet kunnen vertonen van tegen-temperamenteel gedrag. Hoe voor een individu het 'verdragen' van tegen-temperamenteel gedrag uitvalt is vooralsnog niet voorspelbaar.

Het model



Figuur 1

De basis van het model is weer te geven met twee dimensies die samen vier kwadranten vormen. De twee dimensies worden gevormd door de eigenschappen dominantie en vriendelijkheid. Figuur 1 geeft het model weer.

De twee assen staan voor stabiele persoonlijkheidseigenschappen; de vier kwadranten van het model geven het interpersoonlijk gedrag weer dat door de verschillende combinaties van deze persoonlijkheidseigenschappen onderscheiden kan worden.

Een bepaalde interpersoonlijke stijl kan variëren in intensiteit. Bij dominant onvriendelijk gedrag kan de gematigde vorm bijvoorbeeld als dwingend omschreven kunnen worden. Dit gedrag kenmerkt zich door een lichte mate van zowel onvriendelijkheid als dominantie. Leidinggevers in grote, traditionele organisaties gedragen zich nog wel eens zo. De intense vorm zou als commanderend omschreven kunnen worden. Een klassiek voorbeeld zou dat van een superieur in een zeer traditioneel leger kunnen zijn.

De gedragingen van elk kwadrant

Elk van de vier kwadranten wordt hieronder besproken. De typering van de gedragingen staat in oplopende mate van intensiteit.

Dominant onvriendelijk

Gedrag dat zich kenmerkt door 'sociale aanwezigheid'.

Het gaat om personen die vaak het woord nemen, de leiding nemen. Ze zijn niet bang op te vallen. Hun instructies kunnen meer op commando's dan op verzoeken lijken. Dominant-onvriendelijken deinzen er niet voor terug langs

Dominant vriendelijk

Kenmerkt zich door aanwezigheid op een vriendelijke en vooral initiatiefrijke manier.

Dominant vriendelijken staan bekend als gezelschapsmensen, zijn extravert, spontaan, naar buiten tredend, communicatief en vaak welbespraakt. Dominant-vriendelijken zijn doorgaans mensen die op veel sympathie kunnen

de weg van (gedoseerde) onvriendelijkheid zaken voor elkaar te krijgen; machtsgebruik in gematigde of intense vorm wordt niet geschuwd.

- zelfverzekerd, uitdagend
- dominant, bemoeierig, controlerend
- arrogant
- bazig, commanderend
- dictatoriaal

rekenen. Als zij zaken voor elkaar moeten krijgen gebeurt dat vaak op een overtuigende manier (waarbij eventuele weerstand bewust wordt opgezocht) en niet zozeer op een commanderende wijze, zoals bij dominant-onvriendelijken.

- sympathiek, vriendelijk, goedaardig
- overtuigend, communicatief, sociabel, initiërend, aanwezig
- joviaal
- showerig, teatraal, zich vergalopperend

Submissief onvriendelijk

Kenmerkt zich door 'teruggetrokken onvriendelijkheid'.

Er is geen sprake van sociale aanwezigheid. Een zekere initiatiefloosheid en afwezigheid van daadkracht kan het gedrag kenmerken.

Personen die dit gedrag vertonen kunnen klagerig- verongelijkt zijn. In de intense vorm gaat het gedrag gepaard met wantrouwen, achterdocht, negativiteit en ontoeschietelijkheid. Personen die dit gedrag vertonen gaan gauw 'in de verdediging'. Dit kan gaan tot hardnekkige verongelijkheid en passieve agressie.

- teruggetrokken, initiatiefloos, afstandelijk, bedeesd
- zwijgzaam, niet daadkrachtig
- onderworpen, nederig, klagerig
- verongelijkt, ontoeschietelijk, passief-agressief, verbitterd

Submissief vriendelijk

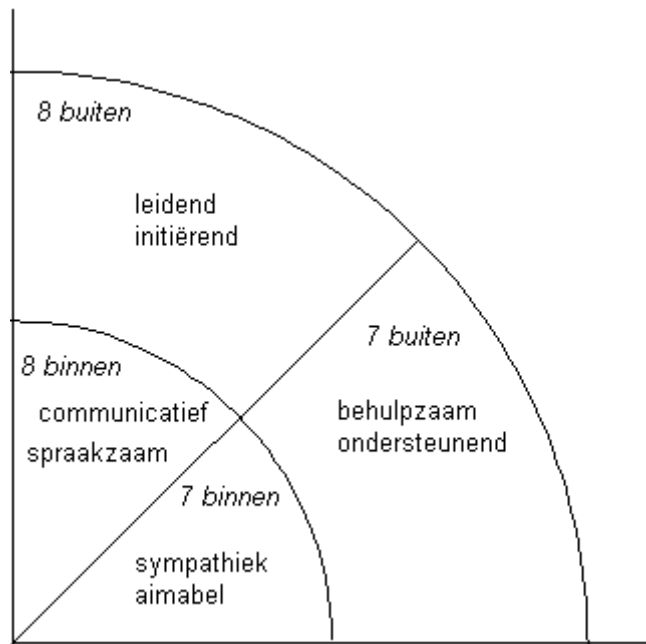
Dit gedrag kenmerkt zich door initiatiefarme vriendelijkheid.

De personen die dit gedrag vertonen zullen zelf niet gauw het initiatief nemen, maar staan doorgaans welwillend tegenover initiatieven die anderen ontplooiën en zijn doorgaans coöperatief. 'Ik weet het niet, zeg jij het maar, ik doe wel mee'. Het afwachtende aspect van dit gedrag wordt nogal eens als nadelig ervaren. Het gedrag kan doorslaan in overdreven toegankelijkheid en vergevingsgezindheid.

- coöperatief, warm, aimabel
- hulpvaardig, toegewijd, trouw
- respectvol, begrijpend
- lichtgelovig, afwachtend
- barmhartig, vertroetelend

De acht octanten en intensiteit

De vier kwadranten zijn elk weer onder te verdelen in twee helften. Zo ontstaan acht octanten (achtsten). Hieronder staat het kwadrant van het dominant vriendelijke gedrag als voorbeeld om de octantenstructuur toe te lichten (Figuur 2). Bij het bovenste (8e) octant zie wij een hogere mate van dominantie en lagere mate van vriendelijkheid dan het onderste (7e) octant. In de octanten zijn een aantal kernwoorden geplaatst. Deze bijvoeglijke naamwoorden worden door de meeste waarnemers herkend als juiste etiketten voor het bij elk octant passende gedrag.

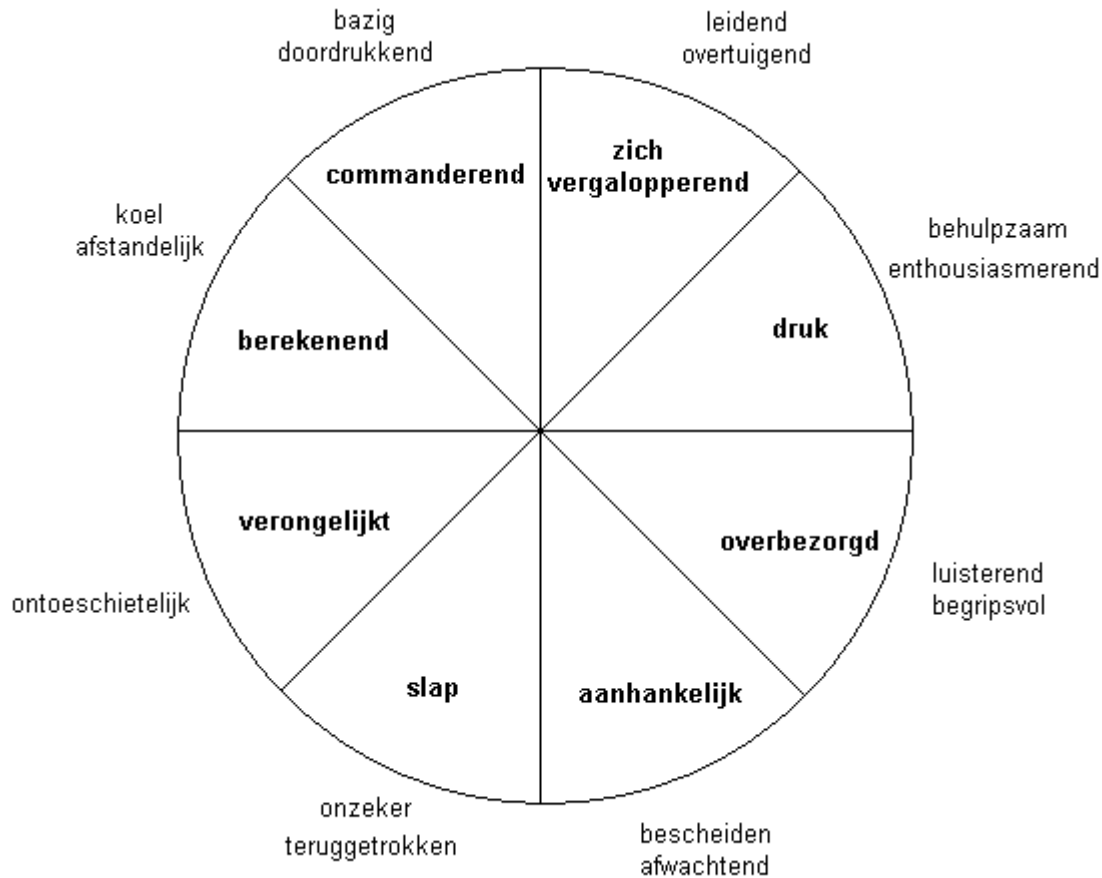


Figuur 2

Naarmate iemand een bepaald gedragstype in sterkere mate vertoont, wordt hij verder naar buiten geplaatst.

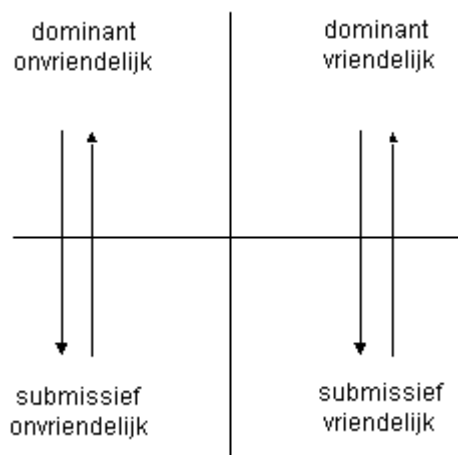
Het complete model

De volledige circumplex met alle octanten en intensiteit is hieronder weergegeven. Bij elk octant is een aantal kernwoorden gegeven. De kernwoorden die vet gedrukt staan, geven weer hoe een rigide stijl wordt waargenomen. Een rigide stijl is een stijl die ongeacht de situatie steeds weer wordt vertoond.



Figuur 3

Hoe gedragingen elkaar oproepen



figuur 4

De vier hoofdtypen van gedrag roepen elkaar op volgens het schema in figuur 4.

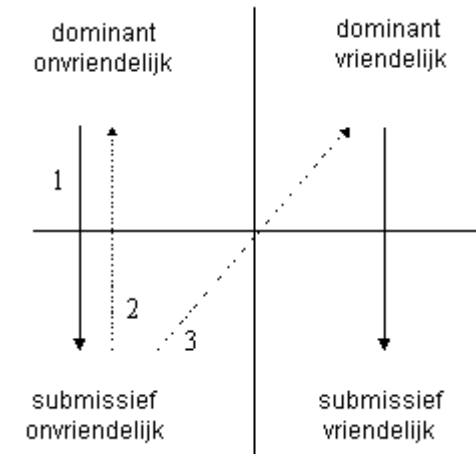
In zijn algemeenheid geldt dus dat vriendelijkheid met vriendelijkheid wordt beantwoord en onvriendelijkheid met onvriendelijkheid (het correspondentie- principe). Dominantie wordt met submissief gedrag beantwoord en andersom (het reciprociteitsprincipe).

Wanneer twee mensen zonder zich hiervan bewust te zijn met elkaar communiceren, kunnen zij in een gesloten cirkel van elkaar wederzijds oproepende reacties terecht komen. Als die cirkel zich links in het model bevindt, is er een conflictsituatie die zichzelf in stand houdt.

Hoe kunt u deze cirkel voorkomen, dan wel doorbreken? In figuur 5 gaan we ervan uit dat uw gesprekspartner zich dominant onvriendelijk opstelt (1).

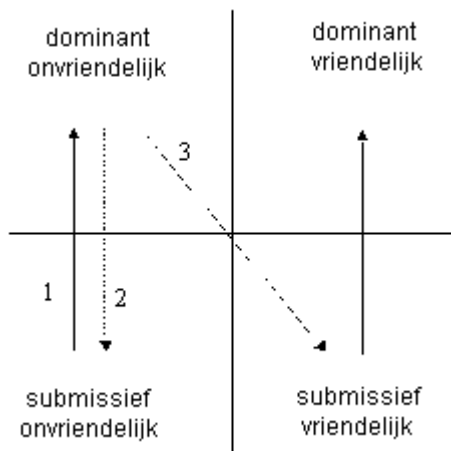
Als dit gedrag maar fors genoeg wordt ingezet, zult u bij uzelf de neiging waarnemen om in de verdediging te schieten (2). Beter is het echter om paradoxaal te reageren (3), en u dominant vriendelijk op te stellen. Dat kunt u doen door open, niet sturende vragen te stellen. Op die manier trekt u het initiatief al naar u toe.

Denk niet dat de eerste de beste paradoxale interventie altijd meteen onmiddellijk tot het gewenste resultaat leidt. Het is vooral belangrijk dat u uw vriendelijke gedrag enige tijd volhoudt, ook al gaat het tegen uw gevoel in. Een kwestie van toneelspelen dus. Waar het op neerkomt, is dat u uw vriendelijkheid langer vol moet houden dan de ander zijn onvriendelijkheid.



figuur 5

Wanneer uw strategie effect heeft, zal de ander volgens het correspondentie-principe en het reciprociteitsprincipe uiteindelijk submissief vriendelijk reageren. U kunt dit herkennen aan het feit dat de ander antwoord gaat geven op uw vragen. Daarmee volgt hij namelijk de facto de lijn van het gesprek die u met uw vragen bepaalt.



figuur 6

Wanneer de ander zich submissief onvriendelijk opstelt, reageert u ook paradoxaal, en wel volgens figuur 6.

Voor veel mensen is deze paradoxale interventie moeilijk vol te houden. Wanneer u een echte 'calimero' tegenover u krijgt die heftig klaaggedrag vertoont, dan zal de neiging groot zijn om zo iemand op een gegeven moment terecht te wijzen en duidelijk te maken dat hij het allemaal te somber of verkeerd ziet. Daarbij hoeft u maar het minste spoorje onvriendelijkheid te vertonen, en degene tegenover u heeft weer een bevestiging gevonden dat iedereen tegen hem is, hem niet begrijpt etc.

Neem zo min mogelijk het initiatief in het gesprek, ook niet door gesloten vragen te stellen. Die kunnen namelijk als sturend, en dus dominant ervaren worden.

Weerstand en interpersoonlijke stijl

Wanneer u een gesprekspartner met veranderingen of vernieuwingen confronteert, dan roept dat over het algemeen weerstand op. Hoe groter de verandering en hoe sterker adaptief de persoon is ingesteld, des te groter zal de weerstand zijn. Omdat onvriendelijk gedrag reflexmatig ook bij u onvriendelijk gedrag oproept, is het vertonen van dat gedrag een prima middel voor uw gesprekspartner om ervoor te zorgen dat u beiden in een permanente conflictueuze situatie belandt. U zult dat ervaren als een patstelling.

In klassieke, hiërarchisch opgezette organisaties zou zo'n situatie aanleiding zijn om terug te vallen op autoriteit, hetzij die van uzelf, hetzij afgeleide autoriteit. Dit is bij veranderingen echter een grote valkuil. Wanneer u zo'n strijd wint, heeft u de ander in de initiatiefloze calimerorol gedwongen, en zal deze met lijdelijk verzet in zijn weerstand volharden. Dit is een ongewenste situatie, aangezien u bij

veranderingsprocessen zoveel mogelijk gebruik wilt maken van het initiatief van de mensen die er bij betrokken zijn.

Paradoxaal reageren is het enige gedragsmatige middel dat u hebt om een onvriendelijke weerstandsstrategie te doorbreken. Wanneer u het moeilijk vindt om ofwel dominant of submissief op te treden, zorg er dan in elk geval voor dat u vriendelijk blijft. Op den duur zijn weinig mensen in staat om onvriendelijk te blijven tegen een consequent vriendelijk iemand.