

Onderwerp:	<b>Verpleging in de eigen omgeving : Zvw en AWBZ</b>
Samenvatting:	In dit rapport duidt het CVZ artikel 2.11 Bzv : verpleging zonder verblijf in het kader van medisch-specialistische zorg. Het CVZ omschrijft de inhoud en omvang van de verpleegkundige zorg in dit artikel. Daarnaast beschrijft het de afbakeningsproblemen met de AWBZ-zorg op dit punt. Het rapport sluit af met de beschrijving van een aantal scenario's om de verpleegkundige zorg een toekomstbestendige te plek geven, hetzij in de Zvw, hetzij in de AWBZ. Vooral nog lijkt het onderbrengen van de verpleegkundige zorg binnen de Zvw het meest veelbelovende scenario. Het CVZ zal een onderzoek uitvoeren om deze optie te toetsen en de consequenties en randvoorwaarden in beeld te brengen.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	25 augustus 2009

Onderstaand de volledige uitspraak.

## Samenvatting

### *Verpleging in eigen omgeving*

'Verpleging in de eigen omgeving' kan niet alleen bij de patiënt thuis plaatsvinden, maar ook bijvoorbeeld op school, in een dagverblijf, een verzorgingshuis of een gezinsvervangend tehuis. De inhoud en omvang van de verpleegkundige zorg kan sterk variëren, afhankelijk van de leefsituatie, zorgbehoefte en mogelijke beperkingen van de patiënt. Formeel kan deze zorg zowel onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), als onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) plaatsvinden. Gezien deze variëteit aan mogelijkheden is het niet verwonderlijk dat er afbakeningsproblemen ontstaan. Deze problemen waren er altijd al, ook onder de Ziekenfondswet, en er zijn ook handreikingen voor oplossingen gedaan bijvoorbeeld via de *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ*. Sinds de invoering van de Zvw zijn de problemen echter manifester geworden. Onder de Ziekenfondswet was namelijk de AWBZ de wettelijk voorliggende voorziening, nu is dit de Zvw. Het Besluit zorgverzekering introduceerde daarnaast een artikel dat expliciet de verpleging zonder verblijf regelt in verband met medisch-specialistische zorg (artikel 2.11). Hierdoor moest zorg die altijd via de AWBZ was geïndiceerd, via de Zvw geregeld gaan worden. De afbakeningsproblemen kunnen de daadwerkelijke inzet van zorg frustreren, wat tot zorgproblemen bij de patiënt leidt.

### *Afbakeningsproblemen*

Het CVZ meent dat het goed is de afbakeningsproblemen niet meer via ad hoc-oplossingen tegemoet te treden, maar de regelgeving rond de 'verpleging in de eigen omgeving' in AWBZ en Zvw in haar volle omvang te bezien en uit te leggen. Daarna gaat het CVZ in dit rapport na of voor de geconstateerde problemen en onduidelijkheden een structurele oplossing mogelijk is. In dit rapport constateren we het volgende.

- 1.

## Conclusies

De bepalingen in Zvw en AWBZ over 'verpleging' geven geen handvat om inhoudelijk een verschil te maken tussen Zvw- en AWBZ-verpleging.

2.

De Zorgverzekeringswet kent een functionele systematiek. Binnen een functionele systematiek is artikel 2.11 Bzv eigenlijk overbodig, althans, voor zover de bepaling de plek van de verpleging nader omschrijft. De functionele systematiek van de Zvw houdt immers in, dat de wet zich beperkt tot de omschrijving van het 'wat' en de indicatievereisten. Het 'wie' en 'waar' van de zorg is ter bepaling aan de zorgverzekeraar (in samenspraak met de verzekerde).

3.

De AWBZ onderscheidt de functies 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging'. Deze functies zijn inhoudelijk nauw verweven. Dit onderscheid is niet te maken binnen 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', de formulering die artikel 2.11 Bzv hanteert. Het verpleegkundig arsenaal omvat immers, volgens de beroepsbeoefenaren, instrumentele verpleegkundige handelingen én verzorging (in complexe zorgsituaties).

4.

Verpleegkundige zorg in de eigen omgeving én in verband met huisartsenzorg, kan, inhoudelijk, zowel onder de Zvw als de AWBZ vallen. Op basis van de regelgeving is dit onderscheid niet te maken. De criteria die voor dit onderscheid gehanteerd worden, vloeien voornamelijk voort uit de historische plaatsbepaling van de AWBZ.

Om deze onduidelijkheden en ongerijmdheden op te lossen, schetst het CVZ een aantal scenario's.

De geschetste scenario's luiden als volgt:

- alle 'verpleging in de eigen omgeving' valt onder de AWBZ;
- alle 'verpleging in de eigen omgeving' valt onder de Zvw.

Het eerste scenario, dat zich richt op de AWBZ, stuit op inhoudelijke en formele bezwaren. Het tweede scenario houdt een wijziging van artikel 2.11 Bzv in. Deze wijziging houdt in dat de 'verpleging in de eigen omgeving' wordt uitgebreid naar 'in verband met geneeskundige zorg' (zoals omschreven in artikel 2.4 Bzv).

## Oplossing problemen: 2 scenario's

Het CVZ meent dat met een dergelijke wijziging van artikel 2.11 Bzv 'verpleging in de eigen omgeving' een coherente plek kan krijgen binnen de Zvw die tegelijkertijd een aantal wenselijke ontwikkelingen binnen deze zorg mogelijk maakt (bijvoorbeeld de ontwikkeling van de 'wijkverpleegkundige functie'). Alvorens hierover een definitieve uitspraak te doen, wil het CVZ een onderzoek uitvoeren dat dieper ingaat op de consequenties van de wijziging dan in dit rapport mogelijk was. Voor een definitief advies is bijvoorbeeld nog inzicht in een aantal aspecten nodig, zoals samenstelling en omvang van de doelgroepen, adequate bekostiging, consequenties voor specifieke doelgroepen waarvoor nu uitzonderingssituaties in het leven zijn geroepen, consequenties voor regelgeving van de AWBZ, waaronder ook het instrument persoonsgebonden budget. Verder zal bij het concreet uitwerken van het scenario voorop moeten staan dat er een voor alle betrokkenen goed uitvoerbare regeling ontstaat waarmee tegemoet kan worden gekomen aan de zorgbehoefte van de individuele verzekerde.

Het CVZ verwacht het advies over de 'extramuraal verpleging' in de

loop van 2010 uit te kunnen brengen.

*Verder onderzoek  
tbv definitief advies*

## Inleiding

*Verpleging vdt  
onder Zvw en AWBZ*

Verpleging is een begrip dat zowel in de Ziekenfondswet (Zvw) als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voorkomt. Het is echter niet volledig duidelijk welke inhoudelijke betekenis aan het begrip gehecht moet worden.

Evenmin is volstrekt helder of er inhoudelijke verschillen zijn en, zo ja, welke dat dan zijn. Vooral bij de 'verpleging in de eigen omgeving' doemen hierdoor interpretatie- en afgrenzingsproblemen op.

In de praktijk kan dit ertoe leiden dat verzekerden van zorg verstoken blijven, omdat er onduidelijkheid bestaat over de vraag onder welke wet de zorg geleverd moet worden, en, in het verlengde hiervan, wie verantwoordelijk is voor de te leveren zorg en hoe deze bekostigd moet worden.

*Interpretatie-  
problemen*

De interpretatieproblemen zijn niet nieuw. De invoering van de Zvw voegde echter aan de bestaande onduidelijkheden een complicerende factor toe: de Zvw werd de wettelijk voorliggende voorziening ten opzichte van de AWBZ. Onder de Ziekenfondswet (Zfw) was juist de AWBZ voorliggend aan de Zfw. Daarnaast introduceerde de Zvw een artikel over verpleging zonder verblijf in verband met medisch-specialistische zorg: artikel 2.11 Besluit zorgverzekering (Bzv).

*Eerdere stand-  
punten*

Al eerder heeft het CVZ uitspraken gedaan over de inhoud en omvang van het begrip verpleging. In het *Pakket advies 2008* zijn uitspraken opgenomen over de afbakening van AWBZ-verpleging en Zvw-verpleging in het algemeen. Daarnaast zijn in dit pakketadvies standpunten ingenomen over de verpleging in verband met thuisbeademing en palliatieve terminale zorg.

Ook het AWBZ-kompas heeft op verschillende punten handreikingen gedaan om de afbakening tussen Zvw en AWBZ op dit punt te verduidelijken.

Ondanks deze verduidelijkingen treden er toch afbakeningsproblemen op rond de verpleging zonder verblijf in verband met medisch-specialistische zorg (artikel 2.11 Bzv). Het CVZ ziet deze naar voren komen in de indicatiengeschillen AWBZ. Voor patiënten kunnen deze afbakeningsproblemen tot grote zorgproblemen leiden. De discussies hebben namelijk geregeld tot gevolg dat het Centrum indicatiestelling zorg (AWBZ) en de zorgverzekeraar naar elkaar verwijzen voor verpleegkundige zorg in de eigen omgeving. Daarbij kan soms veel tijd verloren gaan wanneer bezwaar- of beroeps-procedures doorlopen moeten worden.

*Uitvoeringsproble-  
men*

Ook wanneer het wel duidelijk is tot welke instantie de verzekerde zich moet richten, kunnen in de uitvoering van de zorg problemen optreden door de combinatie van AWBZ-zorg en Zvw-zorg. Afstemmingsproblemen ontstaan, terwijl ook de concrete zorginzet bemoeilijkt kan worden doordat verschillende zorgaanbieders moeten worden ingeschakeld. Wanneer de verzekerde de zorg

**Reden uitbrengen  
rapport**

wenst in te kopen via een PGB kan dit op problemen stuiten, omdat dit binnen de Zvw niet mogelijk is.

Het CVZ heeft naar aanleiding hiervan besloten een rapport uit te brengen dat nagaat hoe de 'extramuraal verpleging' een plaats heeft in Zvw en AWBZ en tot welke afbakenings-problemen dit leidt. Het CVZ heeft natuurlijk al eerder de regelgeving op dit punt uitgelegd, we gaven dat hiervoor al aan. Het CVZ kiest nu ook niet een hele andere benadering. Wél bezien we de extramuraal verpleging nu in de volle breedte en niet aan de hand van een specifiek probleem. Ook heeft het CVZ nu langer ervaring met de uitleg van de Zvw en de daarbij behorende begrippen, zoals de functionele systematiek en de omschrijving 'plegen te bieden'. Verder heeft bij de uitleg van de AWBZ ook altijd de historische plaatsbepaling van deze wet een rol gespeeld (een historische plaatsbepaling die in de loop der tijden overigens ook niet onveranderd is gebleven). Nu de Zvw de wettelijk voorliggende voorziening is, willen we in eerste instantie uitgaan van de Zvw en de daarbij behorende wettelijke begrippen en niet van de historische plek van de AWBZ. Na deze uitleg van de regelgeving komen structurele oplossingen voor de afbakeningsproblemen aan de orde.

**Opbouw rapport**

Concreet betekent dit het volgende. In hoofdstuk 2 geven we de wettelijke bepalingen betreffende 'verpleging' weer en lichten deze kort toe. Ook het begrip persoonlijke verzorging komt hierbij aan de orde, omdat deze zorg vaak hand in hand gaat met 'verpleging'. Hoofdstuk 3 geeft aan hoe de wettelijke bepalingen geïnterpreteerd moeten/kunnen worden. Daarbij komen ook enkele ongerijmdheden in de wettelijke formuleringen naar voren.

Hoofdstuk 4 gaat in op de context waarin 'verpleging in de eigen omgeving' voor een groot deel speelt, namelijk de eerstelijnszorg. Onderwerpen als de zorgvraag centraal, geïntegreerd eerstelijnszorgaanbod in de eigen woonomgeving, ketenzorg en professionele autonomie van de verpleegkundige komen onder andere aan de orde.

In hoofdstuk 5 schetsen we een scenario, om de regelgeving in overeenstemming te brengen met de *gewenste* zorg. Hoofdstuk 6 bevat een samenvatting van de reacties van inhoudelijk deskundigen op het voorgelegde concept-rapport. In hoofdstuk 7 komen conclusies en vervolgstappen aan de orde.

## **De regelgeving: verpleging in Zvw en AWBZ**

**Relevante  
bepalingen**

In dit hoofdstuk beschrijven we in welke bepalingen van Zvw en AWBZ het begrip verpleging aan de orde is en lichten we de inhoud van deze bepalingen kort toe. Vervolgens geven we aan op welke punten er afbakeningsproblemen bestaan.

### ***Verpleging in de Zvw***

Artikel 10 Zvw somt de te verzekeren risico's binnen de zorgverzekering op. Verpleging wordt als apart onderdeel vermeld in onderdeel e. van dit artikel:

**Artikel 10 Zvw**

Artikel 10 Zvw

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:  
(...)  
e. verpleging;

(...)

De Memorie van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering (Bzv) geeft daarbij het volgende aan:

'Met het nadrukkelijk noemen van verpleging in artikel 10 van de Zvw is beoogd belangrijke ontwikkelingen in deze zorg te faciliteren. In het advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, getiteld "Taakherschikking in de gezondheidszorg" (publicatienummer 02/17), worden deze ontwikkelingen bepleit.'

Een verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, heeft op basis van de Zvw recht op bepaalde prestaties (artikel 11 lid 1 Zvw). Het Besluit zorgverzekering werkt deze prestaties uit. De MvT bij het Bzv meldt over 'verpleging' het volgende:

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden (...) valt in dit besluit deels onder artikel 2.4, deels onder 2.10 en deels onder 2.11 (...)

Hierna geven we aan hoe 'verpleging' in deze bepalingen aan de orde komt. Voor de reikwijdte van de artikelen 2.4 en 2.11 Bzv is de functionele systematiek van de Zvw van belang. Deze systematiek houdt in dat de regelgever in principe alleen regels stelt ten aanzien van het 'wat' (de aard, inhoud en omvang) en het 'wanneer' (de indicatiegebieden) van de zorg en dat het aan de zorgverzekeraars is om te bepalen 'wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg wordt verleend (binnen de wettelijke beperkingen die bijvoorbeeld de Wet BIG oplegt).

Dit betekent dat bijvoorbeeld functionarissen als nurse practitioners en praktijkverpleegkundigen taken kunnen uitvoeren van wél genoemde beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen en medisch-specialisten.

#### Artikel 2.4 Bzv

Artikel 2.4 Bzv definieert de geneeskundige zorg binnen de Zvw:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden (...)

#### **Artikel 2.4 Bzv**

Verpleging wordt in dit artikel niet expliciet genoemd. Verpleging is in dit artikel vervat in de activiteiten die (van oudsher) door verpleegkundigen worden gedaan als onderdeel van een geneeskundige behandeling. Denk bijvoorbeeld aan het wegen van een patiënt, het opnemen van de bloeddruk bij een patiënt of het injecteren van een medicijn bij een patiënt als onderdeel van een geneeskundige behandeling. Deze handelingen kunnen gevat worden onder de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, verloskundigen die plegen te bieden. Dat wil zeggen dat 'verpleging', in deze instrumentele zin, onder de noemer 'geneeskundige zorg' valt.

Hiervoor gaven we al aan dat de Zvw een functionele systematiek kent en dat dit betekent dat niet genoemde functionarissen taken kunnen uitvoeren van wél genoemde beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld huisartsen en medisch-specialisten. De MvT geeft de volgende voorbeelden over nurse practitioners en praktijkverpleegkundigen:

In de huisartsenpraktijk begeleiden en behandelen ze specifieke

patiëntengroepen, zoals diabetes, astma of hartfalen. In een aantal ziekenhuizen houden nurse practitioners eigen spreekuren, veelal gerelateerd aan verschillende specialismen. Ook hier gaat het om diabetes, hartfalen (hartpoli's) en verder reuma, mammapoli's en andere oncologische zorg.

Wetstechnisch blijven de handelingen van bijvoorbeeld de nurse practitioner vallen onder 'de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

Inhoudelijk kunnen de handelingen echter ook gekwalificeerd worden als verpleegkundige zorg.

Dat is ook logisch: medisch-inhoudelijk overlappen de domeinen van verpleegkundige, huisarts en medisch-specialist.

De consequenties hiervan komen aan de orde in het volgende hoofdstuk.

#### Artikel 2.10 Bzv

In artikel 2.4 Bzv kwam de verpleegkundige zorg impliciet aan de orde, vervat onder de noemer 'geneeskundige zorg'. De artikelen 2.10 en 2.11 Bzv vermelden het begrip verpleging expliciet. Artikel 2.10 richt zich op de verpleging die samenhangt met verblijf, de intra-murale verpleging:

Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

#### **Artikel 2.10 Bzv**

De afbakening van de intramurale verpleging is in dit rapport niet aan de orde (levert overigens ook nauwelijks of geen problemen op).

#### Artikel 2.11 Bzv

Verpleging zonder verblijf, extramurale verpleging, komt aan de orde in artikel 2.11 Bzv. Lid 1 formuleert dit als volgt:

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

#### **Artikel 2.11 Bzv**

Verpleging zonder verblijf doelt niet alleen op zorg in de eigen woning, maar ook op zorg op school, in een dagverblijf, een verzorgingshuis of gezinsvervangend tehuis waar verpleegkundige zorg wordt verleend. In dit rapport zullen we verder afwisselend spreken over 'verpleging in de eigen omgeving' en 'extramurale verpleging'.

Dit artikel spitst de verpleging zonder verblijf toe op de zorg in verband met medisch-specialistische zorg.

Hoe we dit moeten opvatten komt aan de orde in hoofdstuk 3.

#### **Verpleging in de AWBZ**

#### **Artikel 5 Bza**

Ook de AWBZ kent een bepaling over verpleging. Artikel 5 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) omschrijft het begrip verpleging als volgt:

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening,

beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

Deze aanspraak maakt het mogelijk dat de verzekerde thuis of in een AWBZ-instelling (bijvoorbeeld verpleeghuis) de verpleging ontvangt die hij vanwege zijn AWBZ-grondslag (*in dit geval*: een somatische, psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap) nodig heeft.

In de *Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ* is de inhoud van 'verpleging' in de AWBZ uitgewerkt, daarbij komt ook de afbakening met de Zvw aan de orde.

Voor de afbakening met de Zvw hanteren de beleidsregels het criterium 'frequentie' in relatie met de beperkingen van de verzekerde. Deze beperkingen kunnen gelegen zijn in de persoon zelf en/of de technische onmogelijkheid om de handeling zelf uit te voeren (bijvoorbeeld het zichzelf injecteren op een moeilijk bereikbare plaats).

Inhoudelijk is verder nog het verschil tussen 'verpleging' en de AWBZ-functie persoonlijke verzorging van belang.

### ***Persoonlijke verzorging in AWBZ***

De AWBZ-zorg kent de functie 'persoonlijke verzorging'. Deze functie heeft veel raakvlakken met 'verpleging'.

#### ***Artikel 4 Bza***

De aanspraak op persoonlijke verzorging staat omschreven in artikel 4 Bza:

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

De *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ* melden het volgende over deze functie:

Persoonlijke verzorging is: alles wat mensen gebruikelijk als zelfzorg uitvoeren. Dat geldt niet alleen voor de persoonlijke verzorging die *iedereen* nodig heeft (zoals wassen, eten), maar ook voor de persoonlijke verzorging die nodig is in verband met een gezondheidsprobleem (zoals stoma, sonde).

In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag of het onderscheid tussen 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging' binnen de AWBZ consequenties heeft voor de interpretatie van het begrip verpleging binnen de Zvw.

### ***De achtergronden van de afbakenings-problemen***

#### ***Achtergrond problemen***

In de vorige paragrafen hebben we beschreven hoe het begrip verpleging is opgenomen in AWBZ en Zvw. Hoe vloeiën uit deze formuleringen afbakeningsproblemen voort? Belangrijk is dat noch de AWBZ, noch de Zvw in de artikelen een inhoudelijke omschrijving van 'verpleging' geeft. Dit betekent dat er, vanuit de regelgeving, geen principiële, inhoudelijke afbakening kan plaatsvinden tussen enerzijds Zvw-verpleging en

**Afbakingsproblemen manifester**

anderzijds AWBZ-verpleging. Daarbij komt nog dat de AWBZ de functies 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging' onderscheidt, die nauw met elkaar verweven zijn. Vraag is of het onderscheid tussen deze functies binnen de AWBZ parallel loopt met de afbakening van het begrip verpleging binnen de Zvw.

Afbakingsproblemen zijn natuurlijk van alle tijden, maar bij de invoering van de Zvw per 1 januari 2006 zijn deze rond 'de verpleging' manifester geworden.

Belangrijke reden hiervoor is het volgende: Verpleging was geen aparte aanspraak in het kader van de Zfw. In ziekenhuizen maakte de verpleging integraal onderdeel uit van de medisch-specialistische zorg. In de praktijk was er een vrij strikte scheiding tussen intramurale zorg en extramurale zorg, waarbij alle thuisverpleging ten laste van de AWBZ kwam. Artikel 8 Zfw bepaalde dat er geen aanspraak op Zfw-zorg bestond als die zorg ten laste van een andere wettelijke regeling kon worden bekostigd:

De verzekerden hebben, voor zover daarop geen aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, ter voorziening in hun geneeskundige verzorging aanspraak op de navolgende verstrekkingen:  
(...)

Dit betekende dat onder de Zfw de AWBZ voorging op de Zfw. Dit artikel 8 is in de Zvw niet overgenomen. De Zvw is thans de wettelijk voorliggende voorziening. Artikel 2 lid 1 Bza formuleert dit als volgt:

De verzekerde heeft, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, aanspraak op (...)

**Heldere afbakening nodig**

Willen we tot een heldere afbakening komen tussen de extramurale verpleging binnen Zvw respectievelijk AWBZ, dan zal dus in eerste instantie helder moet zijn welke 'extramurale verpleging' onder de Zvw valt. Zoals we hierboven beschreven, vergt dit de interpretatie van twee wetsbepalingen in de Zvw waarbij extramurale verpleging aan de orde is:

- artikel 2.4 Bzv: verpleging in de zin van 'geneeskundige zorg';
- artikel 2.11 Bzv: verpleging in verband met medisch-specialistische zorg.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op deze vragen.

## **Uitleg verpleging en persoonlijke verzorging in Zvw en AWBZ**

**Uitleg bepalingen Zvw en AWBZ**

In het vorige hoofdstuk somden we de bepalingen in Zvw en AWBZ op die van belang zijn bij de 'verpleging in de eigen omgeving'. In dit hoofdstuk geven we aan hoe deze bepalingen uitgelegd moeten/kunnen worden.

Ook afbakeningsproblemen, overlappings en onduidelijkheden komen aan het licht.

Omdat de Zvw de wettelijk voorliggende voorziening is beginnen we met de artikelen in de Zvw: artikel 2.4 Bzv en artikel 2.11 Bzv. In artikel 2.4 komt 'verpleging' impliciet aan de orde onder de noemer 'geneeskundige zorg'. Artikel 2.11 spreekt expliciet over 'verpleging zonder verblijf'. Vanwege deze expliciete omschrijving, beginnen we met dit artikel.

### ***Inhoud en omvang artikel 2.11 Bzv***

#### ***Artikel 2.11 Bzv***

Met de invoering van de Zvw is ook artikel 2.11 Bzv geïntroduceerd. Dit artikel formaliseert de ontwikkeling dat zorg die in het verleden louter intramuraal geleverd kon worden, in toenemende mate ook thuis geboden kan worden, eventueel met behulp van aanvullende technologie. Deze 'ziekenhuisverplaatste zorg' omvat ook de daarbij behorende verpleging. In het verleden werd deze verpleging geleverd ten laste van de AWBZ, hoewel zij, inhoudelijk, onderdeel uitmaakte van de medisch-specialistische zorg. Artikel 2.11 Bzv bevestigt nu dat de extramuraal verpleging die onderdeel uitmaakt van de prestatie medisch-specialistische zorg ten laste van de Zvw komt. Artikel 2.11 Bzv omschrijft dit als volgt:

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

#### ***Uitleg twee artikel-onderdelen***

Voor de uitleg hiervan zijn twee onderdelen van belang:

- wat verstaan we onder 'in verband met medisch-specialistische zorg';
- wat verstaan we onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

Deze onderdelen gelden overigens 'cumulatief', dat wil zeggen dat aan beide onderdelen voldaan moet zijn wil artikel 2.11 Bzv van toepassing zijn.

#### ***'In verband met medisch-specialistische zorg' (art. 2.11 Bzv)***

##### *Ziekenhuisverplaatste zorg of ruimer?*

#### ***Uitleg 'in verband met medisch-specialistische zorg'***

Artikel 2.11 Bzv bevat geen beperkingen rond de inhoud en omvang van de medisch-specialistische zorg in verband waarmee de verpleegkundige de zorg biedt. De zorg kan, gezien de tekst, in de polikliniek of praktijk van de medisch-specialist worden verleend, maar het kan ook gaan om medisch-specialistische zorg in de eigen omgeving. Als er sprake is van zorg in de polikliniek of praktijk van de medisch-specialist is echter artikel 2.4 Bzv van toepassing: 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Artikel 2.11 Bzv gaat juist om de zorg die in een niet-klinische setting wordt verleend.

**Geen beperking tot ziekenhuis-verplaatste zorg**

Uit de toelichting bij artikel 2.11 Bzv zou dan nog afgeleid kunnen worden dat de regelgever uitsluitend de transmurale, *ziekenhuisverplaatste* zorg bedoelt: verpleegkundige zorg als onderdeel, voortzetting of afronding van een medisch-specialistische behandeling waarvoor men in het ziekenhuis was opgenomen, maar die niet meer in het ziekenhuis, maar thuis wordt verleend. Het is kennelijk medisch verantwoord om de behandeling met inzet van een verpleegkundige thuis voort te zetten of af te ronden. Deze beperking tot verpleging in verband met medisch-specialistische zorg *in aansluiting op verblijf*, is mogelijk wel bedoeld door de regelgever (historisch gezien ligt dat ook voor de hand) maar in de tekst is deze beperking niet terug te vinden. In de praktijk wordt gehandeld uitgaande van de ruime uitleg van artikel 2.11 Bzv: verpleging in de eigen omgeving in verband met *alle* medisch-specialistische zorg (in een niet-klinische setting).

**Uitleg 'medisch-specialistische zorg'**

***Wat is medisch-specialistische zorg?***

De volgende vraag is wat we onder medisch-specialistische zorg verstaan. Een medisch-specialistische behandeling is een behandeling in opdracht van een medisch-specialist, waarvoor deze ook de eindverantwoordelijkheid heeft. Dat laatste betekent bijvoorbeeld dat alleen de medisch-specialist wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen. Verder zijn er handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch-specialist behoren en waartoe de medisch-specialist in de regel opdracht geeft. Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van geneesmiddelen bij een chemokuur.

**Eindverantwoordelijkheid**

Het gaat hier om de eindverantwoordelijkheid voor de hele medisch-specialistische diagnostiek en behandeling. Een medisch-specialist behoudt die verantwoordelijkheid ook indien een verpleegkundige wordt ingeschakeld voor handelingen (als onderdeel van de medisch-specialistische zorg). Dit geldt ook als de verpleegkundige voor deze handelingen functionele zelfstandigheid heeft. Functionele zelfstandigheid houdt in dat de verpleegkundige de handeling verricht in opdracht van bijvoorbeeld een medisch-specialist, maar deze zonder zijn/haar toezicht en tussenkomst uitvoert. Weliswaar ziet de medisch-specialist in dat geval niet toe op de uitvoering van de verpleegkundige zorg, maar hij blijft wel in de positie om wijzigingen aan te brengen in de medisch-specialistische behandeling. Zo zou een verpleegkundige in opdracht van een medisch-specialist bij een verzekerde thuis, zelfstandig, een medicijn kunnen toedienen via een injectie. De medisch-specialist kan bepalen dat deze medicijntoediening niet langer nodig is.

**Beschrijving situaties**

Dit brengt ons tot de volgende situaties. Er is sprake van medisch-specialistische zorg als:

- de medisch-specialist de enige behandelaar is (alle

zorg vindt plaats onder zijn/haar verantwoordelijkheid) en/of

- de medisch-specialist de enige is die wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen en/of
- het gaat om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch-specialist behoren en waarvoor dan ook de medisch-specialist in de regel opdracht geeft.

### **Overdracht aan huisarts**

Het kan zijn dat de huisarts de medisch-specialistische zorg overneemt, dan wel dat de huisarts ook betrokken is bij de medisch-specialistische zorg. Als er overdracht plaatsvindt, waardoor de volledige verantwoordelijkheid voor de verdere behandeling bij de huisarts komt te liggen, is er sprake van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. In dat geval is artikel 2.11 Bzv niet meer van toepassing, maar artikel 2.4 Bzv.

Niet altijd is er sprake van een expliciete overdracht van een behandeling. Denkbaar is de situatie waarbij de verzekerde onder behandeling staat van een medisch-specialist, maar uitsluitend nog voor periodieke poliklinische controle de medisch-specialist bezoekt. De medisch-specialist heeft in eerste instantie opdracht gegeven voor de verpleegkundige zorg thuis; de verpleegkundige en verzekerde onderhouden contact met de huisarts over de zorg. Is de huisarts in de positie om de behandeling op eigen gezag bij te stellen (en is hij daartoe zorginhoudelijk ook daadwerkelijk in staat), dan gaat het CVZ ervan uit dat de huisarts de behandeling heeft overgenomen en dat er in dat geval sprake is van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (art. 2.4 Bzv). Moet altijd de medisch-specialist worden geraadpleegd met betrekking tot de verpleegkundige zorg en is alleen de medisch-specialist in beeld om de behandeling bij te stellen, dan blijft sprake van medisch-specialistische zorg. In dat geval is nog steeds artikel 2.11 Bzv van toepassing.

### ***Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden (art. 2.11 Bzv)***

#### ***Het begrip plegen te bieden***

### **Plegen te bieden**

In het vorige hoofdstuk hebben we al aangegeven dat een eenduidige omschrijving van het begrip verpleging binnen Zvw en AWBZ ontbreekt. Artikel 2.11 Bzv hanteert de omschrijving 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Wat kunnen we daaronder verstaan? Voor de interpretatie hiervan, moeten we eerst ingaan op het begrip 'plegen te bieden' dat op verschillende plaatsen terugkomt in het Bzv. De regelgever gebruikt deze formulering voor de meer in algemene termen beschreven zorgvormen. Zo is bijvoorbeeld bepaald dat geneeskundige zorg, zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1, Bzv). Deze omschrijving concretiseert het algemene begrip geneeskundige zorg door te verwijzen naar domeinen van zorgaanbieders. (Omdat

de Zvw een functionele systematiek kent, kan de zorgverzekeraar vervolgens in de polis bepalen welke, deskundige en bekwame, zorgaanbieder de zorg daadwerkelijk mag leveren.)

### **Toelichting**

De Memorie van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering zegt het volgende over dit criterium:

Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent.

Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graad-meters.

en

(...) niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorgtoepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.

### **Aanvaarde zorgarsenaal/ professioneel juiste wijze**

Het CVZ beschouwt documenten als standaarden, richtlijnen, standpunten en visiedocumenten van beroepsgroepen als richtinggevend om de inhoud van 'het aanvaarde arsenaal' te bepalen en 'een professioneel juiste handelwijze' te kenschetsen. Het CVZ gaat dan ook bij dergelijke documenten te rade bij zijn beoordeling of het in concrete gevallen gaat om 'zorg zoals ... plegen te bieden'.

De beschrijving van het domein dat 'plegen te bieden' bestrijkt, wordt in eerste instantie afgebakend door wettelijke bepalingen. Wettelijke grenzen kunnen ontleend worden aan de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG). Het uitgangspunt van deze wet is dat het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, al dan niet beroepsmatig verricht, in principe vrij is, behoudens de zogenaamde voorbehouden handelingen en de titelbescherming die de Wet BIG biedt.

### **Deskundigheid verpleegkundige**

Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige  
Artikel 33 Wet BIG omschrijft het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen als volgt:

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

### **Specialisatie/ differentiatie**

In de praktijk kent het verpleegkundig domein veel specialisatie en differentiatie. Verpleegkundigen kunnen zich specialiseren op bepaalde groepen cliënten (zoals ouderen) of op bepaalde ziektebeelden (zoals diabetes; COPD; reuma). Ook kunnen zij binnen bestaande organisatiestructuren bepaalde taakgebieden bestrijken

(zoals binnen de huisartsenpraktijk de praktijkverpleegkundige; de nurse practitioner; de (nieuwe) verpleegkundig specialist preventie resp. chronische zorg).

De belangrijkste werkvelden waarbinnen verpleegkundigen werken, zijn de ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de thuiszorg.

De verpleegkundige is de verzamelaar van al deze verschijningsvormen. Wat zijn nu formeel de verschillen en overeenkomsten tussen de hiervoor genoemde functionarissen, qua taken, opleiding en toepasselijkheid van de Wet BIG?

Voor het beroep verpleegkundige bestaan opleidingen op mbo- en hbo-niveau. Beide niveaus vallen onder artikel 3 van de Wet BIG. De beroepstitel is beschermd. Verpleegkundigen hebben functionele zelfstandigheid voor bepaalde handelingen en zij vallen onder de toepassing van het medisch tuchtrecht.

### **Extramurale verpleegkundigen**

Veelvoorkomende voorbeelden van extramurale verpleegkundigen zijn:

- *de praktijkverpleegkundige*: werkzaam in de huisartsenpraktijk; HBO-V-opleiding gevolgd (of een post-HBO-opleiding) gericht op de huisartsenpraktijk.
- *de nurse practitioner*: een gespecialiseerd verpleegkundige die een masteropleiding gespecialiseerd verpleegkundige heeft gevolgd.
- *verpleegkundig specialist*: verpleegkundige met een masteropleiding. Het gaat om verpleegkundig specialist preventieve/acute/intensieve/chronische zorg bij somatische aandoeningen. De verpleegkundig specialist zal ook zelfstandig handelingen kunnen indiceren en
- uitvoeren die nu zijn voorbehouden aan artsen, verloskundigen en tandartsen.
- *de wijkverpleegkundige*: verpleegkundige op HBO-niveau; over het algemeen werkzaam in de thuiszorg.
- *sociaal-psychiatrisch verpleegkundige*: verpleegkundige op HBO-niveau (aanvullende opleiding voor sociaal-psychiatrisch verpleegkundige). Werkt in de GGZ, in een instelling of bij mensen thuis.

### **Documenten beroepsgroep**

Hiervoor gaven we al aan dat het CVZ voor de interpretatie van het begrip 'plegen te bieden' documenten van de beroepsgroepen zelf benut, bijvoorbeeld een beroepsprofiel, standaarden en protocollen. Voor de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving zijn standaarden en protocollen beschikbaar. Het opstellen hiervan gebeurt echter niet centraal. De inhoud en opbouw van de gehanteerde documenten kan hierdoor verschillen per organisatie. De beschikbare documenten richten zich voornamelijk op de zorginhoud; zaken als taakverdelingen, samenwerking met andere disciplines

en vaststelling van de omvang van de zorgbehoefte komen minder nadrukkelijk aan de orde. Naast de standaarden en protocollen is een beroepsprofiel van de verpleegkundige beschikbaar.

**Beroepsprofiel  
verpleegkundige**

Het beroepsprofiel van de verpleegkundige

Het beroepsprofiel van de verpleegkundige beschrijft de gemeenschappelijke kern van de verpleegkundige beroepsuitoefening, die van toepassing is op alle werkvelden. Belangrijk uitgangspunt van het verpleegkundig handelen is de cliënt/patiënt in zijn totale functioneren:

De verpleegkundige gaat uit van de beleving van de zorgvrager en de manier waarop de zorgvrager met zijn problemen omgaat.

en

Doorslaggevend is de eigen beleving van de gezondheidssituatie door het individu.

**Breed werk-  
terrein**

De verpleegkundige zorg bestrijkt in de benadering van de beroepsgroep een breed werkterrein. Dit komt tot uiting in de kerntaken die het beroepsprofiel opsomt (in willekeurige volgorde volgens het beroepsprofiel):

- observeren en signaleren;
- verzorgen (in complexe zorgsituaties);
- begeleiden;
- verpleegtechnisch handelen;
- informeren en adviseren;
- preventie en voorlichting geven;
- coördineren.

Voorts is van belang dat de verpleegkundige als doel ziet

(...) de zorgvrager in staat te stellen optimaal te leven op een voor hem bevredigende wijze.

en dat de verpleegkundige

haar zorg richt op meerdere dimensies van het leven van de zorgvrager. De zorgverlening van de verpleegkundige is een aanvulling op en sluit aan bij de zorg die iemand in principe zelf verricht.

**Wensen/behoef-  
ten patiënt**

Samenvattend kunnen we stellen dat het beroepsprofiel uitgaat van de wensen en behoeften van de zorgvrager. Uitgangspunt van de verpleegkundige zorg is dat de zorg zoveel mogelijk aansluit bij wat de zorgvrager zelf kan. De verpleegkundige stimuleert daarbij de mogelijkheden van de zorgvrager en streeft ernaar zichzelf uiteindelijk overbodig te maken.

Wat de concrete activiteiten betreft, deze beperken zich niet tot de instrumentele verplegingshandelingen (zoals infuus aanleggen; injecties geven; katheter verwisselen), maar omvatten ook verzorging, begeleiding, coördinatie van het zorgproces. Binnen het totale zorgproces rond een patiënt ziet de verpleegkundige een taak om problemen te signaleren die buiten het eigen aandachts-

en competentiegebied vallen en om, zo nodig, de zorgvrager door te verwijzen naar de betreffende disciplines.

*Conclusies rond 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'*

**Conclusies**

Op basis van de opvattingen van de beroepsgroep komen we tot de volgende interpretatie van het begrip 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Deze interpretatie omvat niet alleen instrumentele verplegingshandelingen, maar ook handelingen op het gebied van observatie, begeleiding en verzorging. Het beroepsprofiel van de verpleegkundige geeft aan dat 'verzorging' kan voorkomen in 'complexe zorgsituaties'. Van een 'complexe zorgsituatie' zal over het algemeen vooral sprake zijn als het 'verpleegkundige zorg' in verband met medisch-specialistische zorg betreft.

In de praktijk wordt uitgegaan van de instrumentele benadering, dat wil zeggen dat in de praktijk 'verzorging' niet onder artikel 2.11 Bzv wordt geschaard. Heeft een verzekerde, buiten het ziekenhuis, naast instrumentele verpleging (zoals injecteren, infuus aanleggen) ook nog verzorging nodig, dan kan die nu alleen verleend worden via een AWBZ-indicatie voor 'persoonlijke verzorging'.

**Discrepancie formulering en praktijk**

Op dit punt is er dus een discrepantie tussen de formulering van artikel 2.11 Bzv, die ruimte biedt om in complexe zorgsituaties 'verzorging' te scharen onder de reikwijdte van de bepaling, en de huidige uitleg die de extramurale verpleegkundige zorg binnen de Zvw beperkt tot de instrumentele verplegingshandelingen. Aan het begin van dit hoofdstuk gaven we aan dat 'verpleging in de eigen omgeving' ook onder artikel 2.4 Bzv kan vallen. Op deze bepaling gaan we in de volgende paragraaf in.

***Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (art. 2.4 Bzv) in samenhang met de functie verpleging AWBZ (art. 5 Bza)***

**Functionele systematiek Zvw**

De MvT beschrijft hoe de functionele systematiek van de Zvw het mogelijk maakt dat zorgfunctionarissen waarover het Bzv niet rept, taken overnemen van de beroepsbeoefenaren die wel genoemd worden (*zie boven*: bijvoorbeeld de nurse practitioner die taken overneemt van huisarts of medisch-specialist). Ook is het binnen de functionele systematiek niet meer van belang 'waar' de zorg geleverd wordt: dit betekent dat 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden' in de huisartsenpraktijk kan plaatsvinden, maar ook elders, bijvoorbeeld bij de verzekerde thuis. Kortom, in deze opvatting zou een verpleegkundige taken van de huisarts kunnen overnemen en deze zorg bij de

verzekerde thuis kunnen leveren. Echter, de MvT is hierover heel duidelijk. De MvT stelt het volgende bij artikel 2.11 Bzv :

Is sprake van verpleging in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4, niet zijnde medisch-specialistische zorg, dan valt die alleen onder de Zvw indien er sprake is van verblijf.

***Verpleging thuis  
ivm huisartsen-  
zorg: geen Zvw***

Op basis van een a contrario-redenering kan deze conclusie overigens ook getrokken worden uit de formulering van artikel 2.11 Bzv. Dit artikel stelt immers dat, in aanvulling op artikel 2.10 Bzv, er ook sprake kan zijn van 'verpleging' als de zorg niet gepaard gaat met 'verblijf' én deze zorg noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. De conclusie is gerechtvaardigd dat deze uitbreiding dan *niet* geldt voor zorg die *niet* gekwalificeerd kan worden als 'medisch-specialistische zorg', maar, bijvoorbeeld als 'huisarts-geneeskundige zorg'.

De Memorie van Toelichting noemt als voorbeeld verpleegkundige zorg thuis aan diabetespatiënten gekoppeld aan de behandeling van de huisarts.

Deze verpleegkundige zorg komt, aldus de toelichting, ten laste van de AWBZ. Deze uitleg botst echter met de strekking van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' in de Zvw. In de functionele systematiek van de Zvw is het immers niet meer van belang 'wie' de zorg verleent of 'waar' deze zorg wordt verleend.

De wet beperkt zich tot de omschrijving van het 'wat'. In deze functionele benadering valt alle verpleegkundige zorg in de thuissituatie in verband met huisartsenzorg onder de Zvw.

In de benadering van de MvT én gezien de formulering van artikel 2.11 Bzv is de situatie echter als volgt.

Als een huisarts een patiënt in zijn praktijk of bij de patiënt thuis geneeskundige zorg verleent, bijvoorbeeld injecteert, is dit een te verzekeren prestatie ingevolge de Zvw. Dit geldt ook nog als de huisarts zijn nurse practitioner inschakelt om deze handeling bij de patiënt thuis uit te voeren, er is dan immers nog steeds sprake van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

Volgens de regelgeving moet er vervolgens ergens een omslagpunt zijn, waarna er geen sprake meer is van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en dus Zvw-zorg, maar van 'verpleging in verband met huisartsenzorg op basis van de AWBZ'. Waar dit omslagpunt ligt, kunnen we uit de regelgeving echter niet afleiden.

***Inschakeling  
anderen dan  
huisarts: waar  
omslagpunt?***

Voor het onderscheid valt in ieder geval geen inhoudelijk argument aan te voeren:

- het gaat inhoudelijk om dezelfde handeling: zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (artikel 2.4 Bzv);
- praktijkverpleegkundige, nurse practitioner, 'AWBZ-verpleegkundige: zoals we hierboven uitlegden zijn

- allen te kwalificeren als verpleegkundige in de zin van artikel 3 Wet BIG;
- de uitvoering van de handeling gebeurt zowel door de praktijkverpleegkundige als door de 'AWBZ-verpleegkundige uiteindelijk in opdracht van de huisarts;
- voor beide gevallen geldt dat er bij de zorgverlening in de thuissituatie sprake kan zijn van functionele zelfstandigheid in de zin van de Wet BIG.

### **Handreiking voor praktijk**

Hoe gaat de praktijk om met dit, formeel, onduidelijke onderscheid tussen 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en 'verpleging in verband met huisartsenzorg' op basis van de AWBZ?

De *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ* hanteren voor de indicatiestelling voor verpleegkundige zorg in verband met huisartsenzorg twee criteria:

- de benodigde frequentie van de verpleegkundige zorg en/of
- de vraag in hoeverre de verzekerde zelf in staat is de praktijk van de huisarts te bezoeken.

Deze twee aspecten zijn in de CIZ Indicatiewijzer verwerkt en vormen een praktische handreiking om hetzij voor de Zvw, hetzij voor de AWBZ te kunnen indiceren. Hoewel er goede argumenten zijn voor deze praktische handreikingen, volgen deze criteria niet uit de formulering van art. 2.4 Bzv en zij volgen evenmin uit de formulering van art. 5 Bza. Deze bepaling rept immers in algemene zin van 'verpleging in verband met ...' en geeft geen verdere inhoudelijke invulling van het begrip verpleging. De genoemde criteria grijpen eerder terug op de historisch gegroeide taakverdeling tussen AWBZ en Zvw, dan op actuele regelgeving.

De afbakeningsproblemen reiken verder dan het onderscheid tussen 'verpleging' in Zvw respectievelijk AWBZ. Wat verstaat de AWBZ onder 'persoonlijke verzorging' en hoe verhoudt dit begrip zich tot 'verpleging' in de Zvw? Op deze vraag gaan we in de volgende paragraaf in.

### **Persoonlijke verzorging (art. 4 Bza)**

#### **Artikel 4 Bza**

De inhoud en omvang van de persoonlijke verzorging staat omschreven in artikel 4 Bza:

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

#### **Onderscheid verpleging/ verzorging**

Het AWBZ-Kompas licht het onderscheid tussen 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging' als volgt toe:  
Het onderscheid tussen de aanspraken (functies) verpleging

en persoonlijke verzorging loopt niet parallel met de historische taakverdeling tussen verpleegkundigen en verzorgenden.

(...) Bepalend is de aard van de zorg. Bij het onderscheid tussen de AWBZ-functies persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP) gaat het CVZ uit van de aard van de geleverde zorg. Het uitgangspunt is, dat alles wat mensen gebruikelijk aan zelfzorg uitvoeren, persoonlijke verzorging is (RZA 2006, 188). Dat geldt niet alleen voor de persoonlijke verzorging die iederéén nodig heeft (wassen), maar ook voor de persoonlijke verzorging die nodig is in verband met een gezondheidsprobleem, zoals een stoma.

***In AWBZ: aard zorg bepalend***

Bij het onderscheid tussen de AWBZ-functies 'persoonlijke verzorging' en 'verpleging' is dus de aard van de geleverde zorg bepalend (hierbij is 'wie' de zorg levert, evenals in de Zvw, niet van belang, behoudens wettelijke beperkingen). Bij de uitleg van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' zijn de opvattingen van de beroepsbeoefenaren leidend: wat behoort tot het professionele arsenaal van de beroepsgroep, zoals de beroepsgroep dit arsenaal zelf omschrijft.

***Zvw maakt geen onderscheid***

AWBZ en Zvw hanteren bij de uitleg van deze begrippen dus verschillende criteria. Het onderscheid dat de AWBZ maakt tussen 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging' geldt niet voor de Zvw. Zowel '(instrumentele) verpleging' (injecteren, infuus aanleggen, catheteriseren enz.) als 'verzorging' kunnen onder de noemer 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' geschaard worden.

***Conclusies en bevindingen***

***Vraagpunten***

In de voorgaande paragrafen zijn we ingegaan op de volgende vragen:

1. *Uitleg artikel 2.11 Bzv*
  - wat verstaan we onder 'in verband met medisch-specialistische zorg';
  - wat verstaan we onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.
2. *Uitleg artikel 2.4 Bzv in samenhang met artikel 5 Bza*
  - wat betekenen de inhoud en omvang van dit artikel voor extramurale verpleging in verband met huisartsenzorg.
3. *Uitleg artikel 4 Bza*
  - wat verstaan we onder 'persoonlijke verzorging' in de AWBZ;
  - is het onderscheid tussen 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging' binnen de AWBZ relevant voor de Zvw.

We zijn tot de volgende constatering gekomen.

***Het begrip 'verpleging' in de Zvw en AWBZ***

***Geen zelfstandige*** De Zvw kent geen zelfstandige, te verzekeren prestatie

**prestatie Zvw** 'verpleging'. Het begrip is ook niet zelfstandig gedefinieerd binnen deze wet.  
'Verpleging' valt inhoudelijk onder de geneeskundige zorg van artikel 2.4 Bzv. Daarnaast worden de inhoud en omvang van 'verpleging' bepaald door de artikelen 2.10 en 2.11 Bzv. Artikel 2.10 richt zich op de intramurale verpleging, artikel 2.11 op de, extramurale 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' in het kader van medisch-specialistische zorg.

**Geen inhoudelijke omschrijving AWBZ** De AWBZ kent geen inhoudelijke omschrijving van het begrip verpleging. Artikel 5 Bza geeft de indicatievereisten voor deze zorg aan en het doel van de zorg. Het begrip verpleging wordt nader uitgewerkt in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

#### ***Inhoud en omvang van artikel 2.11 Bzv***

**Alle extramurale medisch-specialistische zorg** Artikel 2.11 Bzv heeft betrekking op alle medisch-specialistische zorg die extramuraal geleverd wordt. Het artikel beperkt zich dus niet tot zorg in de thuis-situatie aansluitend aan een ziekenhuisopname (de 'ziekenhuisverplaatste zorg').

**Eindverantwoordelijkheid** Of er inderdaad nog sprake is van medisch-specialistische zorg, is een vraag die het CVZ beantwoordt aan de hand van de betrokkenheid en verantwoordelijkheid die de medisch-specialist heeft bij de zorg thuis. Zolang de medisch-specialist de zorgverlener is die de inhoud van de behandeling bepaalt, is artikel 2.11 van toepassing en is er sprake van zorg ten laste van de Zvw.

Overigens, artikel 2.11 Bzv is in de systematiek van de Zvw eigenlijk een overbodige bepaling, althans voor zover de bepaling buiten kijf wil stellen dat ook extramurale verpleging in verband met medisch-specialistische zorg onder de te verzekeren prestaties van de Zvw valt. Dat extramurale verpleging onder de werking van de Zvw valt, volgt al uit de functionele systematiek van deze wet. Deze systematiek houdt immers in dat de plek waar de zorg verleend wordt voor de inhoud en omvang van de prestatie irrelevant is. Als 'verpleging' inhoudelijk te scharen valt onder artikel 2.4 Bzv, dan kan deze, formeel gesproken, ook in de thuissituatie geleverd worden.

#### ***Inhoud en omvang 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'***

**Instrumentele verpleging** Het onderdeel 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' bepaalt de inhoud en omvang van de verpleging in verband met medisch-specialistische zorg in artikel 2.11 Bzv. Het CVZ legt 'plegen te bieden' uit aan de hand van de opvattingen die de betrokken beroepsgenoten hebben over de inhoud en omvang van deze zorg. De beroepsgroep meent dat 'verpleging' meer omvat dan 'louter' de instrumentele, verpleegkundige handelingen (zoals injecties geven, infuus

**Verzorging igtv  
complexe zorg**

aanleggen). Volgens het verpleegkundig beroepsprofiel omvat de verpleegkundige zorg onder andere ook observatie, begeleiding en verzorging (in complexe zorgsituaties). Uitgaande van deze beroepsopvattingen, kunnen we, in complexe zorgsituaties, ook 'persoonlijke verzorging' onder de werking van artikel 2.11 Bzv scharen. 'Complexe zorgsituaties' wil zeggen dat de verzorging onderdeel is van een veelomvattender, verpleegkundige behandeling, veelal in verband met medisch-specialistische zorg. De extramurale verpleging in het kader van de Zvw wordt nu uitgelegd als 'instrumentele' verpleging.

**Onderscheid  
verpleging/  
verzorging**

***De functie persoonlijke verzorging in de AWBZ***

De AWBZ maakt onderscheid tussen de functies 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging'. Dit is in de AWBZ-beleidsregels heel gedetailleerd uitgewerkt. Het onderscheid volgt niet de historische taakverdeling tussen 'verplegenden' en 'verzorgenden' of de beroepsomschrijvingen. Voor de uitleg van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' binnen de Zvw zijn juist de opvattingen van de betrokken beroepsgroepen leidend. Het onderscheid dat de AWBZ aanbrengt tussen beide functies, is voor de (inhoudelijke) uitleg van de formulering 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' binnen de Zvw dan ook niet relevant.

**Verpleging thuis  
ivm huisartsen-  
zorg: geen Zvw**

***'Verpleging' en 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'***

Uit de formulering van artikel 2.11 Bzv ('a contrario' uitgelegd) en de Memorie van Toelichting bij dat artikel volgt dat verpleging in de thuissituatie, anders dan in verband met medisch-specialistische zorg, niet onder de werking van de Zvw valt. Dit betekent in de praktijk het volgende. Als de huisarts zelf deze zorg verleent óf bijvoorbeeld de nurse practitioner uit zijn praktijk namens hem, dan valt de zorg onder de te verzekeren prestaties van de Zvw, namelijk de prestatie 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Verpleegkundige zorg thuis gekoppeld aan de behandeling van de huisarts komt, aldus de MvT, ten laste van de AWBZ. De regelgeving geeft niet duidelijk aan waar de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' eindigt en de AWBZ-verpleging begint.

**Opmerkingen**

Bij dit onderscheid hebben we de volgende opmerkingen gemaakt:

- de benadering spoort niet met de functionele systematiek van de Zvw;
- onduidelijk is op basis waarvan het onderscheid gemaakt kan worden, want:
  - in beide gevallen is sprake van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (artikel 2.4 Bzv);
  - de beroepsbeoefenaren voldoen in beide gevallen

aan de kwalificatie van 'verpleegkundige' in de zin van artikel 3 Wet BIG;

- de huisarts geeft in beide gevallen de opdracht;
- in beide gevallen kan bij de uitvoering sprake zijn van 'functionele zelfstandigheid' in de zin van de Wet BIG.

De criteria die de AWBZ-beleidsregels hanteren om het onderscheid te maken, volgen niet eenduidig uit de regelgeving (frequentie/is de verzekerde in staat zelf de huisartsenpraktijk te bezoeken).

**Schema  
werkwijze  
praktijk**

In bijlage 1 is een schema opgenomen dat aangeeft hoe nu de indicatiestelling voor 'verpleging in de eigen omgeving' ten laste van Zvw respectievelijk AWBZ plaatsvindt.

**Samenvattend**

**Ongerijmdheden/  
onduidelijkheden** Uit de voorgaande constatering kunnen we een aantal ongerijmdheden en onduidelijkheden destilleren:

- de bepalingen in Zvw en AWBZ over 'verpleging' geven geen duidelijk handvat om inhoudelijk een verschil te maken tussen Zvw- en AWBZ-verpleging;
- binnen een functionele systematiek is artikel 2.11 Bzv eigenlijk overbodig (althans, voor zover de bepaling het 'waar' van de verpleging nader omschrijft);
- de AWBZ onderscheidt 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging'. Dit onderscheid is niet te maken binnen 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' in de Zvw. Het verpleegkundig arsenaal omvat immers, volgens de beroepsbeoefenaren, instrumentele verpleegkundige handelingen én verzorging (in complexe zorgsituaties);
- verpleegkundige zorg in de thuissituatie, in verband met huisartsenzorg, kan, inhoudelijk, zowel onder de Zvw als de AWBZ vallen. Op basis van de regelgeving is dit onderscheid niet te maken.

**Oplossing nodig** Het is wenselijk om deze onduidelijkheden op te lossen. Een dergelijke ingreep zal ongetwijfeld bijdragen aan een coherenter plek voor de extramurale verpleging binnen regelgeving en praktijk. Alvorens op mogelijke oplossingen in te gaan binnen de regelgeving, willen we de context schetsen, waarbinnen de 'extramurale verpleging' plaatsvindt: de eerstelijnszorg en de AWBZ.

## **Verpleging tegen de achtergrond van de eerstelijnszorg**

**Achtergrond  
extra-murale  
verpleging**

In de voorgaande hoofdstukken hebben we de 'verpleegkundige zorg' benaderd vanuit de regelgeving. Hoe is deze zorg omschreven in Zvw en AWBZ en hoe moeten we de betrokken bepalingen interpreteren? Aan het eind van hoofdstuk 3 somden we een aantal ongerijmdheden en onduidelijkheden op die uit de huidige regelgeving

voortvloeiën. In dit hoofdstuk schetsen we achtergrond, waarbinnen de extramurale verpleging plaatsvindt: (voor een groot deel) de eerstelijnszorg en de AWBZ. De verpleegkundige zorg zou immers zoveel mogelijk moeten sporen met de ontwikkelingen die de eerstelijnszorg en AWBZ nu meemaken. Hierbij komen begrippen aan de orde als zorgvraag centraal, integraal zorgaanbod, wijkgerichte aanpak, regie en coördinatie.

### ***Verpleging in de AWBZ***

#### ***Onderwerp aan de orde in rapporten***

De plek en inhoud van de AWBZ binnen het sociale verzekeringsstelsel zijn al vaak en uitgebreid een onderwerp van studie geweest. We willen daar in dit rapport niet uitgebreid op ingaan. Van belang is dat ook het onderwerp verpleging in deze toekomstvisies meerdere malen aan de orde geweest. Het CVZ heeft een aantal rapporten uitgebracht over de AWBZ en de toekomst van deze wet, waarin aandacht is besteed aan de verpleegkundige zorg. In 2008 heeft de Sociaal Economische Raad een rapport uitgebracht over de toekomst van de AWBZ. Recent heeft het kabinet een brief gestuurd aan de Tweede Kamer over dit onderwerp. Deze documenten constateerden alle dat 'de verpleging' een samenhangende, toekomstbestendige plek nodig heeft binnen de sociale verzekeringen. De suggesties die de rapporten doen, om dit te realiseren, lopen vervolgens uiteen. Eensgezind is men over het punt dat extramurale 'verpleging' voor een groot deel samenhangt met de zorg binnen de Zorgverzekeringswet en nauw gelieerd is aan de eerstelijnszorg. Onderscheid brengt men vervolgens aan tussen Zw-verpleging en AWBZ-verpleging op basis van uiteenlopende criteria: bijvoorbeeld aard van de zorg (verpleging – persoonlijke verzorging); duur van de zorg (knip in de zorg, bijvoorbeeld 6 maanden of 1 of 1,5 jaar); context van de zorg (herstelzorg).

#### ***Schets praktijk externe verpleging***

In hoofdstuk 5 gaan wij in op een toekomstbestendige plek van de 'verpleging' geredeneerd vanuit de huidige regelgeving en de systematiek van de Zw. Daaraan voorafgaand schetsen we de praktijk van de 'extramurale verpleging' tegen de achtergrond waarin deze zorg plaatsvindt, de eerstelijnszorg.

### ***De ontwikkelingen in de eerstelijnszorg***

#### ***Ontwikkelingen zorgvraag***

De organisatie van de eerste lijn speelt tegen een achtergrond waarin:

- er sprake is van een toename aan chronisch zieken en aandoeningen die samenhangen met 'de ouderdom';
- ouderen en mensen die van zorg afhankelijk zijn, vaak zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen;
- er een verschuiving is van tweede- naar eerstelijnszorg die meerdere vormen aanneemt:

- autonome verschuiving van diagnostiek en behandeling van tweede naar eerste lijn;
- meer medisch-specialistische zorg vindt poliklinisch en in dagbehandeling plaats, waarna vervolgzorg in de eerste lijn plaatsvindt;
- ziekenhuizen kunnen na opname patiënten eerder verantwoord ontslaan, waarna aansluitend zorg in de eigen omgeving plaatsvindt;
- er een toename is in de behoefte aan palliatieve terminale zorg in de thuissituatie.

### **Ontwikkelingen zorgaanbod**

Dit zijn enkele kenmerken van de zorgvraag binnen de eerstelijnszorg. Wat het zorgaanbod betreft streeft men steeds meer naar een samenhangende eerstelijnszorg (multidisciplinair aangeboden; ketenzorg), kleinschalig en wijkgericht georganiseerd. Binnen een dergelijke vormgeving van de eerstelijnszorg spelen regie en coördinatie een belangrijke rol, wil fragmentatie van zorg voorkomen worden en de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijven.

### **Ketenzorg in zorgstandaarden**

#### ***Ketenzorg voor chronische aandoeningen***

Voorbeelden van multidisciplinaire eerstelijnszorg zijn de zorgketens voor de chronische aandoeningen diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen. De minister van VWS heeft de NZa verzocht voor deze zorgketens een functionele bekostiging te ontwerpen die per 1 januari 2010 gestalte moet krijgen. Zorgstandaarden moeten de basis vormen voor de zorginhoud en voor de bekostiging hiervan. Op basis van de zorgstandaard en de functionele bekostiging gaat de zorgverzekeraar een integrale zorgketen contracteren voor zijn verzekerden. Verpleegkundige zorg (in verband met medisch-specialistische zorg of in verband met huisartsenzorg) zal ook deel uitmaken van deze zorg. Voor een efficiënte organisatie en bekostiging van deze zorg is het wenselijk dat er sprake is van één sturingsmechanisme. De meerwaarde van de ketens schuilt nu eenmaal in het integrale zorgaanbod. De zorginhoudelijke samenhang moet dan niet in gevaar gebracht worden door regeltechnische verbodding. In het vorige hoofdstuk concludeerden we dat verpleegkundige handelingen in verband met de huisartsenzorg zowel onder de Zvw, als de AWBZ kunnen vallen. Dit betekent dat indicatiestelling via zorgverzekeraar én CIZ aan de orde kan zijn en bekostiging ten laste van Zvw én ten laste van de AWBZ.

### **Wens: wijkgerichte aanpak**

#### ***Wijkgerichte organisatie eerste lijn***

Binnen de toekomstbeschrijvingen rond de eerste lijn komt vaak de wenselijkheid van een wijkgerichte aanpak naar voren: zorg in de nabijheid van de verzekerde/patiënt die zoveel mogelijk aansluit bij de specifieke zorgvraag binnen een populatie (population based medicine). Deze zorgvraag wordt multidisciplinair

tegenmoet getreden. In de beschrijving van de organisatie van deze zorg komt vaak de functie van wijkverpleegkundige naar voren. Om welke taken gaat het hierbij? Een publicatie van V&VN, LHV en NHG gezamenlijk, *Samenhangende zorg in de eerstelijns*, beschrijft deze taken:

Wijkverpleegkundigen leveren verpleegkundige zorg, meestal aan huis. De verpleegkundige richt zich op vier categorieën van zorg:

- preventie (met name secundaire preventie);
- herstellende zorg na een ziekte of na een ziekenhuisopname;
- zorg voor chronisch zieken;
- terminale zorg.

(...) Wijkverpleegkundigen zijn in dienst van een thuiszorgorganisatie en hebben over het algemeen de regie over de totale verpleegkundige zorg. Zij voeren zelf de hoog complexe zorg uit, onderhouden, als eindverantwoordelijke de contacten met andere zorgverleners en coachen de verzorgenden en niveau 4 verpleegkundigen in de uitvoering van zorg.

Deze taken sluiten aan bij de zorgvraag in de eerstelijns zoals we die in paragraaf 4.a en 4.b schetsten.

### ***Regie en coördinatie***

#### ***Multidisciplinaire zorg***

Ketenzorg en population based medicine gaan allebei uit van multidisciplinaire zorg georganiseerd rond de zorgvraag van de patiënt. Hoe meer participanten in de zorgverlening, des te groter het gevaar van afstemmingsproblemen, verboddeling en daarmee samenhangend kwaliteitsverlies. De vormgeving van de AWBZ-zorg stuit op steeds meer kritiek juist vanwege de verboddeling van de zorg en het daarmee gepaard gaande kwaliteitsverlies. Door hun zorgverlening in de nabijheid van de patiënt zouden 'wijkverpleegkundigen' een bijdrage kunnen leveren aan de regie en coördinatie van de zorg in de eigen omgeving. Daarbij gaat het om meerdere zaken:

- een coördinatiepunt voor afspraken met ketenzorgpartners, zodat er regie over de behandeling mogelijk is;
- een aanspreekpunt voor de patiënt over de inhoud van de behandeling;
- het signaleren van complicaties of in het algemeen de noodzaak tot aanpassingen in de zorg;
- het bijhouden van een geïntegreerd patiëntendossier.

#### ***Regie/coördinatie nodig***

Regie en coördinatie moeten ervoor zorgen dat multidisciplinaire zorg niet leidt tot fragmentatie van zorg, maar daadwerkelijk tot integrale zorg: het totaal is meer dan een optelsom van de interventies. In paragraaf 4.d gaven we aan dat regie en coördinatie deel kan zijn van de wijkverpleegkundige functie.

## ***De verpleegkundige en de professionele autonomie***

### ***Meer zelfstandigheid***

De vorige paragrafen gingen over de eisen en veranderingen binnen de omgeving waarin de verpleegkundige functioneert. Hoe staat het echter met 'de verpleegkundige', het beroep en de positie ten opzichte van andere zorgverleners. Binnen het verpleegkundig beroep is er een ontwikkeling gaande naar een zelfstandiger positie ten opzichte van andere zorgverleners.

### ***Verpleegkundig specialist***

In het verleden was de positie van de verpleegkundige voornamelijk ondersteunend aan andere zorgverleners, zoals de huisarts en de medisch-specialist. Het verpleegkundig beroep heeft het werkterrein echter gaandeweg uitgebreid en ook de competenties en vaardigheden uitgewerkt om op dat bredere werkterrein zelfstandig te functioneren. We kunnen dit onder andere afleiden uit het beroepsprofiel van de verpleegkundige, dat we in hoofdstuk 3 aanhaalden.

Illustratief is ook de introductie van de verpleegkundig specialist. Begin 2009 zijn de opleidings- en registratie-eisen voor verpleegkundig specialisten door de minister van VWS vastgesteld. Het voornemen is de verpleegkundig specialist in de Wet BIG de bevoegdheid te geven zelfstandig handelingen te indiceren en uit te voeren die nu aan artsen, verloskundigen en tandartsen zijn voorbehouden. Kortom, er is sprake van een toenemende professionele autonomie van de verpleegkundige.

De ontwikkelingen in de eerstelijnszorg maken duidelijk dat er ook behoefte en plaats is voor een verpleegkundige die als gelijkwaardige zorgverlener een centrale rol kan spelen bij de zorgverlening in eigen omgeving.

Naast de instrumentele verpleegkundige handelingen, gaat het dan om functies als regie, coördinatie en indicatiestelling. Op regie en coördinatie zijn we in de vorige paragraaf ingegaan. Wat de indicatiestelling betreft: de verpleegkundige heeft de professionaliteit om de zorgbehoefte van de patiënt in de eigen omgeving vast te stellen en ook om te bepalen in hoeverre de verpleegkundige deze zorg zelf moet leveren of dit kan/moet overlaten aan andere zorgverleners. Een indicatiestelling direct in de zorgsituatie zou deze dynamischer kunnen maken: snelle aanpassing van de zorg aan de veranderende behoefte en draagkracht van de patiënt.

## ***Standaarden en protocollen voor verpleegkundige zorg***

### ***Ontwikkelen standaarden e.d.***

Echter, willen de verpleegkundigen in de praktijk daadwerkelijk een dergelijke rol kunnen spelen binnen de eerstelijnszorg, dan is het nodig dat zij voor de zorg die zij leveren standaarden en protocollen ontwikkelen. We gaven in hoofdstuk 3 al aan er verpleegkundige standaarden en protocollen er zijn, maar dat zij zich voornamelijk richten op de zorghoud. Onderdelen als taakverdelingen, samenwerkingen met andere disciplines, indicatiestelling in de zin van het bepalen van de omvang van de zorgbehoefte komen minder

nadrukkelijk aan de orde. Wil de verpleegkundige een centrale rol vervullen binnen de verpleging in de eigen omgeving, dan zijn dergelijke onderdelen in standaarden en protocollen van belang.

Deze standaarden en protocollen zijn daarnaast van belang voor het CVZ met betrekking tot het begrip 'zorg zoals .... plegen te bieden'. In hoofdstuk 3 legden we uit dat het CVZ dat begrip invult aan de hand van de opvattingen die de beroepsgroep hierover heeft.

Met name standaarden en protocollen zijn belangrijke documenten om deze opvattingen te traceren.

### **Conclusies**

In hoofdstuk 3 bleek dat de regelgeving rond verpleegkundige zorg tot afbakeningsproblemen en 'verbrokkeling' van zorg leidt. In dit hoofdstuk schetsten we de ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg die steeds meer de zorgvraag centraal stelt en deze ook zoveel mogelijk in de eigen omgeving van de patiënt wil afhandelen.

#### **Kenmerken externe verpleging**

Uit deze beschrijving volgt ook een aantal essentiële kenmerken voor een dergelijke eerstelijnszorg

- borging samenhang van de zorgverlening in de eigen omgeving;
- borging samenhang van de multidisciplinaire zorg via een uitgewerkte regie- en coördinatiefunctie;
- mogelijkheden tot snelle aanpassing zorg aan veranderingen in zorgbehoefte;
- voorkomen van complexiteit in de uitvoering;
- herkenning en erkenning van het verpleegkundig beroep.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de mogelijkheden om de regelgeving in overeenstemming te brengen met de geschetste ontwikkelingen en wenselijkheden.

### **Mogelijke plek in de regelgeving voor extramurale verpleging**

#### **Overheveling naar één regiem**

Uit oogpunt van borging van de samenhang van de zorg in de eigen omgeving en het voorkomen van afbakeningsproblemen, zou overheveling van alle 'extramurale verpleegkundige zorg' naar één wettelijk systeem, de AWBZ of Zvw, een optie zijn. Deze opties komen hierna aan de orde.

#### **Overheveling naar AWBZ**

#### **Verpleegkundige zorg in de AWBZ**

De 'extramurale verpleging' zou in theorie in haar geheel een plek kunnen krijgen binnen de AWBZ. Deze optie stuit op een aantal bezwaren, inhoudelijk en formeel. Qua handelingen valt 'verpleegkundige zorg' onder de geneeskundige zorg binnen de Zvw (artikel 2.4 Bzv, zie ook: hoofdstuk 2). Deze verpleegkundige zorg valt ook voor een groot deel samen met andere zorg binnen de Zorgverzekeringswet, vooral de eerstelijnszorg. Dit bleek ook in het vorige hoofdstuk waarin we

**Stuit op  
bezwaren**

de achtergronden beschreven, waartegen de 'extramura-  
le verpleging' zich afspeelt, zoals de ontwikkelingen in  
de zorgvraag, de organisatie van het zorgaanbod, de  
zorg voor chronische zieken in ketens.

Door de inhoudelijke verwevenheid tussen verpleegkun-  
dige zorg en de zorg van andere zorgaanbieders zou  
overhevelen naar de AWBZ, ook de domeinen van  
bijvoorbeeld huisarts, medisch-specialist en verlos-  
kundige raken. Beperking van deze handelingen tot de  
praktijk van de huisarts, de polikliniek, de instelling  
(zodat ze onder de Zvw niet meer mogelijk zouden zijn  
in 'de eigen omgeving') stuit op uitvoeringsproblemen.  
De huisarts en verloskundigen zouden deze handelingen  
dan niet meer ten laste van de Zvw bij de patiënt thuis  
kunnen verrichten.

Gezien deze bezwaren is het zinnig om de optie  
'extramura-  
le verpleging' in de Zvw kort te verkennen.

**Verpleegkundige zorg in de Zvw**

**Overheveling  
naar Zvw is optie**

Kan 'extramura-  
le verpleging' een coherente plek krijgen  
binnen de Zvw? In de vorige hoofdstukken hebben we  
beschreven dat belangrijke barrières voor een coherente  
plek op twee terreinen liggen:

- de functie persoonlijke verzorging die onder de  
huidige regelgeving uitsluitend via een AWBZ-  
indicatie geleverd kan worden in de eigen  
omgeving;
- het onderscheid tussen extramura-  
le verpleging in  
verband met medisch-specialistische zorg enerzijds  
en in verband met huisartsenzorg anderzijds.

Opllossingsmogelijkheden hiervoor komen in de  
volgende paragrafen aan de orde.

**'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' (art. 2.11 Bzv)**

**'Zorg zoals ver-  
pleegkundigen  
plegen te bieden'**

In hoofdstuk 3 hebben we uiteengezet hoe artikel 2.11  
Bzv geïnterpreteerd zou moeten/kunnen worden.  
Daarbij kwam de uitleg van het onderdeel 'zorg zoals  
verpleegkundigen die plegen te bieden' aan de orde.

**Instrumentele  
verpleging en  
verzorging igv  
complexe zorg**

We kwamen tot de volgende conclusie. Extramura-  
le verpleegkundige zorg omvat in de huidige praktijk,  
onder de Zvw, de instrumentele verplegingshandelingen,  
zoals injecteren, infuus aanleggen, catheteriseren enz.  
Volgens de opvattingen van de beroepsgroep kunnen we  
hier echter ook verzorging (in complexe zorgsituaties),  
observatie, begeleiding en coördinatie onder verstaan.  
Voor het CVZ zijn de opvattingen van de beroepsgroep  
in beginsel leidend bij de uitleg van 'zorg zoals ... die  
plegen te bieden'. Het CVZ concludeerde in hoofdstuk 3  
dan ook dat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te  
bieden' niet alleen de instrumentele verplegings-  
handelingen omvat, maar ook elementen als observatie,  
begeleiding en coördinatie en, in complexe zorg-  
situaties, persoonlijke verzorging kan omvatten.  
Deze conclusie kan de vragen opwerpen:

- wat is een ‘complexe zorgsituatie’?
- betekent dit dat de functie persoonlijke verzorging uit de AWBZ overgeheveld wordt naar de Zvw?

### **Complexe zorgsituatie**

Wat de omschrijving van een ‘complexe zorgsituatie’ betreft, meent het CVZ dat de opvattingen van de beroepsgroep leidend moet zijn. De standaarden en protocollen zouden een handvat moeten geven om te bepalen wanneer de indicatie voor ‘verpleging’ hand in hand zou moeten gaan met ‘persoonlijke verzorging’. Hiervoor kunnen meerdere argumenten gelden zoals de inhoud en omvang van de zorgbehoefte en de doelmatigheid van het zorgproces (bijvoorbeeld de onwenselijkheid dat de zorg over twee zorgverleners wordt verdeeld). Voor de Zvw is daarbij bepalend dat er een indicatie is voor ‘verpleegkundige zorg’ (in de zin van het begrip). Hieruit vloeit ook het antwoord op de tweede vraag voort. Het is heel goed mogelijk dat de zorgbehoefte of het zorgproces niet leiden tot de conclusie dat het wenselijk is verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging te combineren (bijvoorbeeld een patiënt die één keer per week geïnjecteerd moet worden, maar dagelijks persoonlijke verzorging nodig heeft). Het is ook mogelijk dat er alleen een indicatie voor persoonlijke verzorging bestaat. Voor deze situaties moet de functie persoonlijke verzorging binnen de AWBZ blijven bestaan.

We hebben al eerder aangegeven dat de huidige verpleegkundige standaarden en protocollen nog niet toegesneden zijn op de uitleg van ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’, zoals we die in dit rapport neerleggen. Wil de zorgverlening goed kunnen functioneren, dan is dit wel een voorwaarde.

### **Consequenties voor AWBZ**

Daarnaast is het nodig dat de uitleg van het begrip persoonlijke verzorging binnen Zvw en AWBZ op elkaar aansluiten. Willen we nieuwe afbakeningsproblemen voorkomen, dan is een eenduidig begrippenkader een voorwaarde. De AWBZ kent bijvoorbeeld afbakeningen van de functie persoonlijke verzorging via het begrip ‘gebruikelijke zorg’. Dit komt, kort samengevat, neer op, ‘wat men zelf kan en over het algemeen zelf doet, dat moet men ook zelf blijven of weer zelf gaan doen’. Dit uitgangspunt volgt in feite uit het beroepsprofiel van de verpleegkundige, zoals we dat in hoofdstuk 3 beschreven: de verpleegkundige streeft ernaar zichzelf overbodig te maken. In de Zvw geldt daarnaast de voorwaarde uit artikel 2.3 lid 3 Bzv:

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang is aangewezen.

De begrenzing zoals die in de AWBZ wordt gemaakt, is in de Zvw in principe dus ook mogelijk. Ten behoeve van

de eenduidige uitleg zijn dergelijke expliciteringen wel nodig.

**Wijziging artikel 2.11 Bzv in ‘verpleging in verband met geneeskundige zorg’**

‘Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’ kan in specifieke situaties ‘persoonlijke verzorging’ omvatten. Deze uitleg neemt nog niet de onduidelijkheden rond de ‘verpleging in verband met huisartsenzorg’ weg (zie: hoofdstuk 3).

**Herformulering artikel 2.11 Bzv**

Deze moeizame afbakening zou weggenomen kunnen worden door de formulering van artikel 2.11 Bzv te wijzigen en wel als volgt:

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met *geneeskundige zorg*.

**Gevolgen praktijk**

Wat zou dit scenario betekenen voor de praktijk? Geneeskundige zorg omvat, zoals artikel 2.4 Bzv zegt, ‘zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (...)’. Alle verpleegkundige zorg in de eigen omgeving, in verband met de genoemde zorgdomeinen, kan dus, via een verwijzing naar ‘geneeskundige zorg’ onder de werking van artikel 2.11 Bzv vallen. Daarmee zou het onderscheid tussen ‘verpleging in de eigen omgeving in verband met medisch-specialistische zorg’ of ‘in verband met huisartsenzorg’ verdwijnen.

**Positief voor gewenste ontwikkelingen**

Deze wijziging gecombineerd met de beschreven uitleg van ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’ betekent, dat de extramurale verpleging grotendeels onder één regiem komt te vallen én dat de verpleegkundige daarbinnen een veelomvattender rol kan gaan spelen. Deze stap zou een aantal wenselijke ontwikkelingen binnen de extramurale verpleegkundige zorg mogelijk maken:

- de verpleegkundige kan een rol gaan spelen bij (de ontwikkeling van) de regie- en coördinatie bij de zorgverlening en bij (de ontwikkeling van) een integraal zorgaanbod (samen te vatten als ontwikkeling van de ‘wijkverpleegkundige functie’);
- de verpleegkundige kan een rol gaan spelen bij de indicatiestelling van de inhoud en omvang van de zorgbehoefte (en de aanpassingen hiervan tijdens het zorgproces);
- de verpleegkundige kan de professionele autonomie gestalte geven en een zelfstandige positie verwerven ten opzichte van andere zorgaanbieders.

Formeel gesproken zou artikel 2.11 Bzv betekenen dat de ‘verpleging in de eigen omgeving’ een zelfstandige prestatie is (gelijk aan het huidige artikel 2.11 Bzv, maar

**Rol aanbieders/  
verzekeraars**

met een bredere strekking).  
Op welke manier deze prestatie vervolgens een plaats krijgt binnen het totale zorgaanbod in een wijk/regio en de samenhang met het overige eerstelijnsaanbod, is aan het overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te bepalen.

De formulering van artikel 2.11 beperkt zich immers tot de omschrijving van de inhoud en omvang van de prestatie. Het 'wie', 'waar' en 'hoe' van de te verzekeren prestatie is in de systematiek van de Zvw aan de zorgverzekeraar (in overleg met zorgaanbieder).

**Betekenis voor  
AWBZ**

***Gewijzigd artikel 2.11 Bzv en de AWBZ***

In deze paragraaf willen we kort verkennen wat de beschreven wijziging van artikel 2.11 Bzv zou betekenen voor de inhoud en omvang van de AWBZ?

**Verpleging hand-  
haven in AWBZ**

***Functie verpleging in de AWBZ***

Een uitbreiding van 'de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving' binnen het domein van de Zvw, neemt niet weg dat ook in de AWBZ de functie 'verpleging' gehandhaafd moet blijven.

Dit artikel wordt niet overbodig, want de functie verpleging omvat ook de intramurale verpleging in een AWBZ-instelling. Deze functie moet natuurlijk blijven bestaan. Daarnaast zou het wellicht nodig kunnen zijn de functie verpleging binnen de AWBZ te handhaven voor specifieke doelgroepen. Het CVZ zal dit punt onderzoeken en betrekken bij het nog uit te brengen vervolgrapport.

**Verzorging hand-  
haven in AWBZ**

***Functie persoonlijke verzorging in AWBZ***

Ook de functie persoonlijke verzorging moet blijven bestaan binnen de AWBZ. In paragraaf 5.b.1 gaven we al een onderbouwing waarom deze bepaling in het Bza zou moeten blijven bestaan, na een wijziging van artikel 2.11 Bzv.

**AWBZ: PGB**

***Het PGB***

Belangrijk punt binnen het geschetste scenario is het persoonsgebonden budget dat binnen de AWBZ ingezet kan worden. De verzekerde kan via een PGB de benodigde (AWBZ-) zorg zelf inkopen. Verzekerden kiezen vaak voor een PGB om de zorg zelf te kunnen organiseren. De Zvw kent geen persoonsgebonden budget (behoudens de mogelijkheden van het 'experimenteer-artikel': artikel 14a Zvw).  
Via de restitutievorm van de Zvw lijkt hetzelfde doel bereikt te kunnen worden: de verzekerde koopt de zorg in (voor zover deze onder de basisverzekering valt en de verzekerde hierop 'redelijkerwijze aangewezen is') en de zorgverzekeraar vergoedt de kosten. Hierbij moeten we wel opmerken dat materieel het resultaat gelijk is aan het PGB. In hoeverre de verzekerde eenzelfde vrijheid

**Zvw: PGB experimenteerartikel**

kan krijgen als onder de AWBZ is nog de vraag. De zorgverzekeraar kan beperkingen aanbrengen op de keuzevrijheid van de verzekerde, bijvoorbeeld via kwalificatievereisten voor de zorgleverancier e.d. Binnen de Zvw hebben een aantal experimenten met het PGB plaatsgevonden, namelijk voor hulpmiddelen en voor GGZ-zorg. De NZa heeft deze experimenten geëvalueerd. Het bleek dat er weinig animo onder zorgverzekeraars bestond voor het uitvoeren van een PGB. Dit had te maken met de specifieke vormgeving van de experimenten, maar belangrijke reden was ook dat zorgverzekeraars het instrument overbodig vonden juist vanwege de bestaande (restitutie)mogelijkheden binnen de Zvw. Daarnaast leverde het PGB de zorgverzekeraars hogere uitvoeringskosten op. Vooral nog constateert het CVZ dat het PGB voor 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging' binnen de AWBZ een brede afname heeft. Als de extramurale verpleging volledig binnen de Zvw een plaats krijgt, zal er ongetwijfeld binnen deze wet behoefte zijn aan een dergelijk instrument.

**Randvoorwaarden**

Het CVZ meent dat deze wijziging van artikel 2.11 Bzv een aantal afbakeningsproblemen kan oplossen en ook een aantal wenselijke ontwikkelingen binnen de organisatie van de eerste lijn mogelijk kan maken.

**Gevolgen wijziging art. 2.11 Bzv in kaart brengen**

De wijziging is wetstechnisch gezien gering, maar heeft verstrekkende consequenties ook voor de AWBZ. Wil dit scenario gestalte krijgen, dan zullen eerst alle consequenties inzichtelijk gemaakt moeten worden; ook zal voldaan moeten zijn aan een aantal randvoorwaarden.

**Randvoorwaarden**

- Wat de randvoorwaarden betreft geldt dat, vooraf:
- standaarden en protocollen voor verantwoorde verpleegkundige zorg in de eigen omgeving beschikbaar moeten zijn die ook nadrukkelijk aandacht besteden aan taakverdeling en samenwerking met andere disciplines en indicatiestelling van de inhoud en omvang van de zorgbehoefte;
  - een eenduidig begrippenkader ontwikkeld moet zijn via uitleg en verheldering (met name rond de inhoud en omvang van 'geneeskundige zorg' in een gewijzigd artikel 2.11 Bzv en rond 'persoonlijke verzorging');
- daarnaast:
- moeten zorgverzekeraars voorbereid zijn op de uitvoering van deze zorg (contractering; polissen enz.);
  - moet er een adequate bekostiging van de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving zijn.

**Consequenties**

De beschreven wijziging van artikel 2.11 Bzv heeft als

**Verder onderzoek  
tbv definitief advies**

gevolg dat een deel van de AWBZ-zorg wordt overgeheveld naar de Zvw. In de vorige paragrafen hebben we al een aantal consequenties en randvoorwaarden beschreven. Het CVZ meent dat het voorgestelde scenario de moeite waard is om verder te onderzoeken. Een definitief advies vergt echter nog nader onderzoek. Wil een dergelijke wijziging op een verantwoorde wijze gebeuren, dan zal er inzicht moeten zijn in, bijvoorbeeld:

- omvang en samenstelling van de doelgroepen;
- de kostenconsequenties;
- consequenties voor regelgeving AWBZ
- situatie doelgroepen waarvoor nu uitzonderingssituaties zijn uitgedacht (artikel 2.11 lid 2 Bzv: thuisbeademing – palliatieve terminale zorg);
- opzet adequate bekostiging;
- tijdpad ontwikkeling standaarden en protocollen;
- voorbereiding contractering door zorgverzekeraars.

Verder zal bij het concreet uitwerken van het scenario voorop moeten staan dat er een voor alle betrokkenen goed uitvoerbare regeling ontstaat waarmee tegemoet kan worden gekomen aan de zorgbehoefte van de individuele verzekerde.

## **Consultatie inhoudelijk deskundigen**

**Samenvatting  
reacties**

Het CVZ heeft het concept-rapport voorgelegd aan inhoudelijke deskundigen. In bijlage 2 vindt u een overzicht van de organisaties die wij daarvoor hebben benaderd. We hebben ook aangegeven van welke organisaties een reactie is ontvangen. In dit hoofdstuk vatten wij de reacties samen.

**Verbrokkeling  
ongewenst**

De analyse rond de verpleegkundige zorg die het CVZ in dit rapport geeft, heeft de instemming van de geraadpleegde deskundigen. De reacties zijn eensgezind in hun oordeel dat de regelgever niet duidelijk is geweest over de plek en betekenis van verpleging in Zvw en AWBZ. De verbrokkeling van de verpleging over twee wetten en vervolgens het onderscheid tussen verpleging en persoonlijke verzorging binnen de AWBZ, ervaren als zeer onwenselijk en de poging om deze problemen op te lossen kan op brede instemming rekenen. Men concludeert dat het wenselijk is de inhoud en omvang van deze zorg duidelijker te omschrijven en dat een bredere plek binnen de Zvw voor verpleging voor de hand ligt. Ook de koers in de richting van meer professionele autonomie voor de verpleegkundige bij het verlenen van deze zorg, wordt onderschreven.

**Verpleging brede  
plek in Zvw**

**Kanttekeningen**

Naast deze instemming, worden er ook kanttekeningen geplaatst bij de voorgestelde oplossingsrichting. Deze kanttekeningen gaan met name over de volgende punten:

- creëren van nieuwe afbakeningsproblemen (bijvoorbeeld tussen persoonlijke verzorging in Zvw en in de AWBZ);
- twijfels over het behoud van de onafhankelijke indicatiestelling;
- kan alle AWBZ-verpleging gevat worden onder een Zvw-noemer (bijvoorbeeld bij complexe, meevoudige zorg);
- kostenconsequenties.

**Aandachtspunten PGB** Heel belangrijk aandachtspunt is het persoonsgebonden budget. De Vereniging van budgethouders, Per Saldo, vreest dat overheveling van verpleging van AWBZ naar Zvw, de doodsteek zal betekenen voor het PGB en daarmee voor de eigen regie van patiënten over hun ziekte en leven.

**Kwetsbare patiëntengroepen** Meerdere reacties wijzen erop dat overheveling van verpleging van AWBZ naar Zvw (geheel of gedeeltelijk) een preciaire operatie is rond kwetsbare patiëntengroepen. Een dergelijke operatie vraagt tijd en zorgvuldigheid. Uit het commentaar bleek ook, dat het rapport op sommige punten verduidelijking behoefde rond conclusies en consequenties (bijvoorbeeld de vraag in hoeverre er sprake zal zijn van een zelfstandige prestatie 'verpleging in verband met geneeskundige zorg'). Naar aanleiding van het commentaar heeft het CVZ in hoofdstuk 5 enerzijds de conclusies en consequenties nader uitgewerkt en anderzijds duidelijker aangegeven dat dit rapport nog geen advies behelst, maar een oplossingsrichting. Deze oplossingsrichting moet nader onderzocht worden. Dit onderzoek zal niet alleen over de regeltechnische en kostenconsequenties gaan, maar ook over de uitvoeringsproblemen voor alle partijen (patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars).

## Conclusies en vervolg

**Conclusies** In hoofdstuk 3 hebben we – voor zover mogelijk – uiteengezet welke 'extramuraal verpleging' behoort tot de Zvw en welke 'externe verpleging' behoort tot de AWBZ. In hoofdstuk 4 hebben we, beknopt, de achtergrond geschetst waartegen de 'extramuraal verpleging' plaatsvindt: de zorgvraag en ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg en de plek van de verpleging binnen de AWBZ. Vanuit de regelgeving hebben we geconstateerd dat het onderscheid dat nu gemaakt wordt tussen Zvw-verpleging en AWBZ-verpleging nog veel te maken heeft met de historische plaatsbepaling van de AWBZ. Het onderscheid vloeit niet meer eenduidig voort uit de regelgeving. Het onderscheid gaat ook op punten voorbij aan de ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg,

de zorgvraag, de organisatie van de zorg rond chronische zieken, de toenemende behoefte aan regie en coördinatie.

***Wens: coherente plek verpleging in regelgeving***

Het is wenselijk dat de 'verpleging in de eigen omgeving' een coherente plek krijgt binnen de Zvw en AWBZ.

Deze conclusie is niet nieuw, anderen (en het CVZ) hebben die ook al eerder en elders getrokken. In hoofdstuk 5 heeft het CVZ een scenario beschreven dat tegemoet kan komen aan ontwikkelingen rond zorgvraag en zorgaanbod, namelijk een wijziging van artikel 2.11 Bzv die de 'extramurale verpleging' uitbreidt tot 'verpleging in verband met geneeskundige zorg'. Het CVZ wil nu nog geen advies geven over de beste wijze om dit te doen. Alvorens deze wijziging gestalte kan krijgen zal aan een aantal randvoorwaarden voldaan moeten zijn. Ook zullen de consequenties grondig in beeld gebracht moeten worden.

***Vervolgrapport CVZ***

Het CVZ zal in het vierde kwartaal van 2009 hiervoor een onderzoek starten. Zodra dit onderzoek gereed is zal het CVZ met een vervolgadvis komen over de 'extramurale verpleging' binnen Zvw en AWBZ.