

# Intensieve thuiszorg

## De huisarts de wanhoop nabij?

Het beleid van de overheid is erop gericht de collectieve lasten voor de gezondheidszorg te verlichten en het aanbod beter af te stemmen op de vraag.<sup>1</sup> Daartoe is een tweetal uitgangspunten voor beleid geformuleerd: vergroting van de zelfstandigheid van de zorggebruiker enerzijds en terugdringen van de kosten van de zorg en van de consumptie anderzijds. Het bevorderen van thuiszorg wordt daarbij gezien als een belangrijke impuls. Nieuwe technologische ontwikkelingen dragen ertoe bij dat behandelingen die voorheen opname in een ziekenhuis noodzakelijk maakten, thans ambulant kunnen worden gegeven. Budgetteringsmaatregelen waardoor voor het ziekenhuis een plafond is ingebouwd voor de te maken kosten, stimuleren een beleid dat gericht is op korte opnames, poliklinisering, dagbehandeling en daarop aansluitende thuiszorg.

### Het probleem

Ondanks alle fraaie beleidsvoornemens is er nog steeds geen sprake van een soepele overgang van ziekenhuiszorg naar thuiszorg en omgekeerd. Dit wordt onder meer veroorzaakt door capaciteitsproblemen bij de thuisverpleging, samenwerkings- en afstemmingsproblemen tussen degenen die zorg aan huis verlenen, en een relatie met de intramurale zorg die verre van ideaal is.<sup>2,3</sup> Dit alles heeft tot gevolg dat het maatschappelijk ideaal om mensen zolang mogelijk zelfstandig te laten wonen voorsnog niet wordt gehaald. Anderzijds is dit geen belemmering voor de intramurale zorg om met toenemend enthousiasme intensieve thuiszorg te propageren.

Intensieve thuiszorg is een onderdeel van de transmurale zorg. Hieronder verstaat men vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners. Daarbij is sprake van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.<sup>4</sup> Dit betekent samenwerking tussen verschillende soorten instellingen die van oudsher onafhankelijk van elkaar zorg verleenden. Het is dus geen uit ziekenhuis of verpleeghuis verplaatste zorg in de thuissituatie, waarbij de verantwoordelijkheid voor de zorg geheel berust bij het ziekenhuis of verpleeghuis.<sup>4</sup> De verantwoordelijkheden worden hierbij immers niet gedeeld met generalistische zorgverleners. Daarom is het des te opvallender dat deze laatste vorm en met name de 'ziekenhuisverplaatste' variant de discussie over de reguliere thuiszorg overschaduwde.

Huisarts en wijkverpleegkundige – inmiddels redelijk ingesteld op vervroegd ontslagen patiënten – worden thans, vaak zonder adequaat overleg, geconfronteerd met patiënten met infusen, elektronische pompen en beademingsapparatuur en worden geacht ervaring te hebben met zaken als intensieve behandelingschema's, intraveneuze lijnen en sondes. De patiënt heeft vragen over de verdere behandeling die de huisarts door gebrek aan ervaring en door een veelal slechte overdracht van het ziekenhuis vaak

niet kan beantwoorden. Er is meestal wel een 24-uurs bereikbaarheid vanuit de klinieken. Veel van deze behandelingsvormen bevinden zich echter nog in een experimenteel (fase II) stadium. Als de hulp van de huisarts onverwachts wordt ingeroepen, vaak op ongunstige tijden zonder dat daar goede afspraken over zijn gemaakt, leidt dit tot irritaties en inadequaate handelen. Al snel wordt de zwartepiet van het falen van dit beleid dan doorgeschoven naar de huisarts.

### Beperkingen

Bij intensieve thuiszorg wordt vaak een centrale regie vanuit het ziekenhuis geclaimd, uitgaande van de medische eindverantwoordelijkheid. Door het ad-hoc karakter daarvan is daar in de praktijk nauwelijks sprake van. De woon-situatie is vaak ongeschikt voor intensieve vormen van zorg, de organisatie en coördinatie zijn weinig inzichtelijk en veelal onvoldoende, de verstrekkingen zijn te weinig flexibel, te veel hulpverleners worden ingeschakeld, het aantal hulpmiddelen is beperkt of niet altijd op tijd leverbaar en de regelgeving en financiering zijn niet voldoende aangepast aan de nieuwe situatie. Dit roept terecht de vraag op in hoeverre intensieve thuiszorg wel tot de taken van de eerstelijnsverwerkers moet worden gerekend.

In Toekomstscenario's heeft men de intensiteit van de zorg gerelateerd aan tekorten en de daaruit voortvloeiende zorgbehoeften.<sup>5</sup> Er zijn vier typen tekorten onderscheiden: medische tekorten ten gevolge van de ziekte of aandoening, tekorten in de psychische competentie, tekorten in het sociale systeem en tekorten in de verpleging en verzorging. Daarbij kwam naar voren dat, naarmate er meer dan 6 uur professionele zorg per 24 uur noodzakelijk was, dit een toenemende negatieve invloed had op de kwaliteit van de zorg. Te veel hulpverleners moeten dan worden ingeschakeld voor een te intensieve zorg. De rest van de tijd moet worden opgevangen door mantelzorg en vrijwilligers. Een enkelvoudige hulpvraag waarbij de inzet van één beroepskracht of instelling voldoende is, levert meestal geen problemen op; de afhandeling verloopt doorgaans snel en effectief en kan met de bestaande organisaties en hulpverleners in de eerste lijn worden afgehandeld. Wanneer er sprake is van zorgbehoeften op basis van twee of drie tekorten, dan dienen er extra afspraken te worden gemaakt. Bij vier tekorten wordt de basis voor een adequate thuiszorg wel erg smal en moet men zich afvragen of thuiszorg nog een reële optie is.<sup>5</sup> Een uitzondering kan worden gemaakt voor terminale thuiszorg. De intensiteit van deze zorg is meestal door de korte duur goed op te vangen.

### Mogelijkheden

Huisartsen dienen zich prominent te gaan mengen in de discussie of intensieve thuiszorg haalbaar is of niet. Men moet zich echter niet te snel laten betrekken bij experimenten. De planning en organisatie van deze thuiszorg zijn daarvoor te tijdrovend, met te weinig aansluiting bij het werkveld en de bekwaamheden van de huisarts. Er is in

ons systeem geen behoefte meer aan heroïek, wel aan kwaliteit op basis van een goed inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen.

Intensieve thuiszorg is vooral geïndividualiseerde zorg. De patiëntenaantallen per huisarts zijn te klein om op voorhand te werken met een algemeen model. Aan de andere kant moet het ook niet zo zijn dat men voor iedere patiënt voor wie intensieve thuiszorg wordt overwogen, uitgebreid moet gaan vergaderen. Werken met zorgprogramma's is daarom aan te raden. Deze gaan uit van de vier c's: **c**ontinuiteit in zorg op basis van **c**omplementariteit tussen de hulpverleners, met aandacht voor de **c**oördinatie en **c**ommunicatie.<sup>4</sup> Het gaat in feite om een set afspraken, gebaseerd op de tekorten van de patiënt en zijn mantelzorg en de daarmee samenhangende zorgbehoeften. Zij dienen tot stand te komen in soepel overleg tussen alle betrokken hulpverleners.

Dit vraagt om een murenoverstijgende benadering. Het ene moment zal het thuiszorgteam meer zorg verlenen, het andere moment geldt dat voor het ziekenhuisteam of het verpleegthuiszorgteam. Deze teams vullen elkaar aan en maken elkaar niet overbodig. In dergelijke zorgprogramma's wordt, naast de ziektefactoren en de op genezing gerichte activiteiten, expliciet aandacht besteed aan eventuele tekorten in de psychische competentie (de wijze waarop de patiënt met zijn ziekte omgaat), tekorten in de sociale structuur (bijvoorbeeld met betrekking tot de mantelzorg) en de tekorten in de verpleging of verzorging.<sup>5</sup> Continuïteit in de zorg vormt de leidraad. Dit houdt in dat elke volgende stap logisch volgt op de vorige. In het zorgprogramma wordt door de betrokken hulpverleners omschreven wat moet worden gedaan aan taken en vervolgens wie dat doet (functies) en op welke wijze dit zichtbaar wordt in de activiteiten. Dit kost tijd en dus geld.

Voor zeer intensieve thuiszorg kan door ziekenfondsverzekeren bovenop de thuiszorg die door erkende thuiszorgorganisaties vanuit de AWBZ wordt geleverd, voor een termijn van drie maanden een beroep worden gedaan op een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad. Ten laste van deze subsidieregeling kunnen ook de extra kosten van de huisarts worden gebracht. Veel particuliere ziektekostenverzekeraars geven aanvullende vergoedingen voor intensieve thuiszorg gedurende een beperkte periode, indien sprake is van een indicatie voor een verblijf in het ziekenhuis.<sup>6</sup>

### Conclusie

Intraveneuze toediening van antibiotica of cytostatica, parenterale voeding en beademing zijn allang niet meer beperkt tot het ziekenhuis. Deze vorm van geïndividualiseerde thuiszorg staat meestal onder regie van de medisch specialist, dit in tegenstelling tot de terminale thuiszorg, die door de huisarts wordt gecoördineerd. De protocollen

voor intensieve thuiszorg zijn vaak eenzijdig tot stand gekomen en hebben een sterk lokaal karakter. Bijna als vanzelfsprekend wordt daarbij aangenomen dat de huisarts en de wijkverpleegkundigen zich bij deze vorm van thuiszorg betrokken voelen. Dat kan zo zijn, maar het hoeft niet automatisch het geval te zijn. Deze hulpverleners die bij uitstek ervaring hebben met thuiszorg, worden over het algemeen pas in een laat stadium betrokken bij afspraken over deze intensieve vorm van zorgverlening. Afspraken die niet in goede harmonie op basis van complementariteit tot stand zijn gekomen, doen een groot beroep op het improvisatievermogen en de frustratietolerantie van huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners. Dit heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Wil men dit voorkomen dan moet men óf afzien van intensieve thuiszorg, óf vooraf tot afspraken zien te komen. Dat kan alleen als meer dan thans het geval is de behoefte aan zorg (c.q. de aanwezigheid van tekorten) van de patiënt als uitgangspunt wordt genomen, en de huisarts hier nauw bij wordt betrokken. Continuïteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt is hiervoor de belangrijkste leidraad. Dit model van zorgprogramma's voor intensieve thuiszorg kan behulpzaam zijn om in de daarvoor in aanmerking komende situaties snel en adequaat te reageren op deze behoeften, of om dat juist niet te doen.

prof.dr. E. Schadé,  
Afdeling Huisartsgeneeskunde,  
Divisie Public Health, AMC-UvA

- 1 Versterking zorg aan huis. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.
- 2 Transmurale zorg in Nederland. Utrecht: Nivel, 1996.
- 3 Schadé E, Dokter HACH. Thuiszorg: tussen idee en werkelijkheid. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:2444-8.
- 4 Transmurale somatische zorg. Advies van de NRV en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.
- 5 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 6 Oudhof P. De betaalbaarheid van de thuiszorg. In: Dokter H, Van Lieshout P, Schadé E, redactie. Zorg aan huis. Utrecht: De Tijdstroom, 1996.