

WIJKVERPLEEGKUNDIGE RICHTLIJNEN

September 2013

Wyske Geense
Elin Koppelaar
Henk Rosendal
Rob van der Sande
Mariska de Bont



Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Methode	5
2.1. Begripsverheldering	5
2.2. Methoden van onderzoek	6
2.2.1. Inventarisatie van beschikbare richtlijnen voor wijkverpleegkundigen	6 7
2.2.2. Veldraadpleging : groepsgesprekken en enquêtes	8
2.2.3. Richtlijnen internationaal	
3. Resultaten	9
3.1. Inventarisatie van beschikbare richtlijnen voor wijkverpleegkundigen	9
3.1.1. Internet en search zorginstellingen	9
3.1.2. Mailing Zorgverzekeraars	10
3.2. Veldraadpleging	11
3.2.1. Workshop wijkverpleegkundigen	11
3.2.2. Enquête wijkverpleegkundigen	12
3.3. Enquête zorgverzekeraars en patiëntenvereniging	13
3.4. Richtlijnen internationaal	14
4. Conclusies en aanbevelingen	18
Referenties	23
Bijlage 1 Overzicht bestaande richtlijnen lichamelijke aandoeningen	24
Bijlage 2 Overzicht bestaande richtlijnen psychosociale aandoeningen/ zorg	27
Bijlage 3 Overzicht bestaande richtlijnen palliatieve zorg	28
Bijlage 4 Overzicht bestaande richtlijnen handelingen	29
Bijlage 5 Overzicht resultaten wijkverpleegkundigen	30
Bijlage 6 Overzicht resultaten zorgverzekeraars en patiëntenvereniging	40
Bijlage 7 Enquête Wijkverpleegkundige richtlijnen	43
Bijlage 8 Begeleidende brief enquête wijkverpleegkundigen	50
Bijlage 9 Enquête verzekeraar en patiëntenvereniging	52
Bijlage 10 Vragen voor internationale organisaties	55

1. Inleiding

Door de toename van het aantal ouderen en chronische zieken in Nederland neemt de vraag naar zorg toe (Wobma, 2011). Tegelijkertijd wil de overheid dat mensen langer thuis blijven wonen en vermindert zowel het aantal ligdagen in het ziekenhuis als het aantal beschikbare plaatsen in verpleeg- en verzorgingshuizen (Regeerakkoord, 2012). Deze ontwikkelingen leggen een grote druk op de eerstelijnsgezondheidszorg.

Om de zorgvraag in de eerste lijn het hoofd te bieden, kan de verpleegkundige in de eigen omgeving, in de vorm van wijkverpleging¹, een grote rol spelen, aldus het College van Zorgverzekeringen (CvZ, 2010). Op dit moment (zomer 2013) valt wijkverpleging zowel onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) (als deze voortvloeit uit medisch specialistische zorg) als onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (als de zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts plaatsvindt) en onder de WMO als er sprake is van begeleiding. Deze driedeling leidt volgens CvZ tot onduidelijkheden en staat dikwijls een samenhangend zorgaanbod in de weg. Door de driedeling is het aanbod immers vaak vooral gebaseerd op losstaande, door de AWBZ vergoede verrichtingen, en niet op het leveren van integrale zorg. Ook de beroepsgroep zelf is niet gelukkig met de huidige systematiek, omdat ze leidt tot verlies van professionele zelfstandigheid. Het CvZ concludeert daarom in genoemd advies dat het wenselijk is verpleegkundige zorg thuis en in de wijk in één systeem onder te brengen. De Zvw verdient daarbij de voorkeur gezien formele (Zvw is een voorliggende regeling t.o.v. de AWBZ) en inhoudelijke redenen (de zorg speelt zich af binnen de eerste lijn).

In zijn brief aan de Tweede Kamer (25 april 2013) kondigde staatsecretaris Van Rijn aan in de Zvw een nieuwe aanspraak op te nemen betreffende de extramurale verpleging. Deze aanspraak omvat verpleging en onlosmakelijk daarmee verbonden ook verzorging. Het onderbrengen van wijkverpleging in de Zvw maakt wenselijk dat de indicatiestelling voor zorg weer onder de verantwoordelijkheid valt van de wijkverpleegkundige zelf. In dat geval is de beschikbaarheid van richtlijnen voor wijkverpleegkundige zorg van essentieel belang. Voor alle betrokkenen (patiënt, zorgprofessionals en zorgverzekeraars) moet immers duidelijk zijn, wat de wijkverpleegkundige zorg inhoudt, wat de toegevoegde waarde is en hoe deze onderbouwd is.

¹ In dit document hanteren we de termen 'wijkverpleging' en 'wijkverpleegkundige zorg' voor alle zorg die wijkverpleegkundigen geven in de woonsituatie en directe leefsituatie (wijk, buurt) van de patiënt.

Om die reden raadt het CvZ wijkverpleegkundigen met klem aan wijkverpleegkundige richtlijnen te ontwikkelen, die heldere wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen geven voor inhoud en uitvoering van de wijkverpleegkundige zorg. Deze richtlijnen zijn ook belangrijk voor de herkenning en erkenning van de verpleegkundige beroepsgroep binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, aldus het college (CvZ,2010).

In dit rapport doet V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen verslag van een aantal onderzoeken, die zij in de eerste helft van 2013 heeft uitgevoerd ter voorbereiding op een landelijk programma voor de ontwikkeling van wijkverpleegkundige richtlijnen. Vragen waarop een antwoord is gezocht, zijn:

1. Welke richtlijnen zijn er voor wijkverpleegkundigen in Nederland?
2. Welke richtlijnen worden er gebruikt binnen de thuiszorgorganisaties?
3. Waar hebben wijkverpleegkundigen behoefte aan?
4. Hoe worden richtlijnen internationaal ontwikkeld en verspreid?

Tijdens het onderzoek bleek een groot aantal definities gehanteerd te worden voor het begrip 'richtlijn'. Richtlijn werd vaak in één adem genoemd met begrippen 'standaard', 'zorgstandaard' en 'protocol'. Voor de helderheid van het verslag geven we in hoofdstuk 2 daarom een korte beschrijving van de gehanteerde definities. In dat hoofdstuk beschrijven we ook beknopt de gehanteerde methoden van onderzoek. In het hoofdstuk 3 behandelen we de onderzoeksbevindingen. Afsluitend bespreken we in hoofdstuk 4 de conclusies en aanbevelingen.

2. Methode

2.1 Begripsverheldering

In zowel de voorbesprekingen als in het onderzoek zelf bleek bij herhaling dat voor het begrip ‘richtlijn’ gemakkelijk allerlei andere begrippen werden genoemd, zoals ‘protocol’ en ‘(zorg)standaard’.¹ Zo noemen bijvoorbeeld de huisartsen hun richtlijnen ook wel NHG-standaarden.

Om begripsverwarring te voorkomen en duidelijk te maken waar dit onderzoek betrekking op heeft, is daarom eerst het begrippenkader gedefinieerd. Voor het onderzoek zijn de volgende definities gehanteerd.

- Een **protocol** heeft tot doel zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van handelingen. Het beschrijft vooral *hoe* een bepaalde handeling moet worden uitgevoerd² De vrijheid van handelen is bij een protocol veelal beperkt – er moet dus of zo gehandeld worden. Protocollen worden vaak ‘lokaal’ ontwikkeld met als gevolg dat ziekenhuizen of instellingen soms verschillende protocollen hebben voor dezelfde handelingen.
- Een **richtlijn** bevat aanbevelingen over *wat* (en *wanneer* en *waarom*) het beste bij bepaalde gezondheidsproblemen ondernomen kan worden. Het Kwaliteitsinstituut voor de Zorg omschrijft het begrip ‘richtlijn’ als een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (Richtlijn voor Richtlijnen. Advies van de Regieraad Kwaliteit van Zorg. Den Haag, 2010). Anders dan protocollen geven richtlijnen dus aan *wat* er, op basis van de beschikbare kennis (*waarom*), het beste gedaan KAN worden in een bepaalde situatie (*wanneer*). Een richtlijn is uitdrukkelijk richtinggevend en, zoals V&VN in haar omschrijving aangeeft, uitdrukkelijk een hulpmiddel om zorgverleners en patiënten te ondersteunen bij beslissingen over passende zorg.

^{22 2} (LEV = http://www.levv.nl/nl/infoportaal/veelgestelde-vragen/richtlijnen/#irfaq_5_84fd6)

- Een **zorgstandaard** beschrijft voor een specifieke groep patiënten alle activiteiten in de gehele zorgketen, de kwaliteitsindicatoren voor de uitvoering van het zorgproces, de beoogde uitkomsten van zorg en de vereiste organisatiestructuur van de zorgketen. Een zorgstandaard beperkt zich niet tot de inhoud van de zorg (inclusief de rol van de patiënt), maar richt zich ook op de organisatiestructuur van het zorgproces (de ketenorganisatie) en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren.
- Een **LESA** is een afspraak over *wie wat* doet en *wanneer* in de eerstelijnszorgverlening bij een specifieke groep patiënten of zorgproblemen. LESA staat voor Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak. Een LESA is afgeleid van de richtlijndocumenten van huisartsen (NHG-standaarden) en die van een of meer andere eerstelijnsberoepsgroep(en). Een LESA dient als aanzet voor de betrokken partijen om regionaal samen te werken en tot verdere afstemming te komen. In iedere LESA staan suggesties voor regionaal overleg tussen verschillende disciplines. Op basis daarvan kunnen werkafspraken gemaakt worden.

2.2 Methoden van onderzoek

Zoals hiervoor is aangegeven poogt dit onderzoek antwoord te geven op vier vragen. Alvorens daarop in te gaan beschrijven we in de nu volgende paragrafen beknopt hoe deze vragen zijn onderzocht.

2.2.1 Inventarisatie van beschikbare richtlijnen voor wijkverpleegkundigen

Om zicht te krijgen op de momenteel beschikbare richtlijnen voor wijkverpleegkundigen (vraagstelling 1) is met de zoekmachine Google gezocht naar richtlijnen die na 2000 gepubliceerd zijn. Gezocht is met de termen 'thuiszorg', 'thuis', 'verpleegkundigen', 'richtlijn(en)', 'wijkzorg', 'wijk' en 'wijkverpleegkundigen', afzonderlijk en in combinatie met elkaar.

Richtlijnen die specifiek voor verzorgenden of voor verpleegkundigen in andere zorgsettings (zoals jeugdgezondheidszorg of ziekenhuis) geschreven zijn, zijn geëxcludeerd.

Binnen de richtlijnen onderscheiden we in twee categorieën. Specifieke richtlijnen zijn die richtlijnen waarin uitdrukkelijk is aangegeven dat de richtlijn bestemd is voor wijkverpleegkundigen en/of de zorg in de thuissituatie. Niet-specifieke richtlijnen zijn niet uitdrukkelijk geschreven voor wijkverpleegkundigen of de wijkverpleegkundige zorg, maar zijn wel relevant voor de wijkverpleegkundige zorg. In een aantal gevallen zijn bij deze niet-specifieke richtlijnen wel wijkverpleegkundigen betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn.

Voor de mate van evidence is onderscheid gemaakt tussen 'consensus based' en 'evidence based'. Richtlijnen werden gekwalificeerd als *evidence based* als is aangegeven dat een systematische literatuurstudie is uitgevoerd en opgenomen ter ondersteuning van de aanbevelingen. Twijfelgevallen zijn beoordeeld door en vervolgens besproken met de tweede onderzoeker (Rob van der Sande). Bij het ontbreken van enige vorm van systematisch literatuuronderzoek werd de richtlijn gekwalificeerd als *consensus based*. Verder zijn de aard van de richtlijn (mono- of multidisciplinair) en jaar van uitgave en de organisatie beoordeeld.

Met het adressenbestand van ActiZ zijn alle thuiszorgorganisaties aangeschreven met de vraag of het gebruik van richtlijnen wordt ondersteund of gestimuleerd, of dat deze aan verpleegkundigen wordt aangeboden. Na opschoning van dit bestand van 71 organisaties die geen thuiszorg leveren en 18 organisaties waarvan het adres onjuist bleek, zijn in totaal 273 organisaties aangeschreven. Een maand na de eerste mail is naar alle organisaties waarvan nog geen antwoord was ontvangen, een reminder gestuurd.

2.2.2 Veldraadpleging: groepsgesprekken en enquêtes

Om zicht te krijgen op het gebruik van richtlijnen onder wijkverpleegkundigen, de behoefte aan nieuwe richtlijnen en criteria waaraan deze moeten voldoen (vraagstellingen 2 en 3) zijn acht bijeenkomsten met wijkverpleegkundigen georganiseerd. In maart en april 2013 werden zes bijeenkomsten georganiseerd in Zwolle, Amsterdam en Eindhoven. Eind mei 2013 vonden er nog twee bijeenkomsten plaats tijdens het congres 'Wijkverpleegkundige anno nu'.

De bijeenkomsten hadden het karakter van een workshop van zo'n twee uur, waarin de deelnemers, na een introductie op het thema door de deelprojectleider, in kleine groepen de volgende vragen bespraken:

1. Welke richtlijnen ken je?
2. Zoek je wel eens naar richtlijnen? Zo ja: waar? En zijn deze makkelijk te vinden?
3. Welke richtlijnen gebruik je? Wat vind je daarbij 'handig' en wat 'onhandig'?
4. Heb je behoefte aan nieuwe richtlijnen? Zo ja: welke?
5. Wat is voor jou nodig/belangrijk om richtlijnen in de praktijk te gebruiken?

De deelnemers kregen per groep een blocnote waarop ze de antwoorden op de vijf vragen moesten noteren. Deze blocnotes met antwoorden werden na afloop van de workshop ingenomen. Aan het einde van de workshop werden de vijf vragen plenair besproken en de informatie die hieruit voortkwam werd genoteerd.

Op basis van de uitkomsten van deze bijeenkomsten is een korte enquête opgesteld. Deze bestond uit zestien vragen over uiteenlopende zaken als de bekendheid met, gebruik van, zoeken naar, de behoefte aan richtlijnen en de vereisten waaraan richtlijnen moeten voldoen richtlijnen'. Ook is gevraagd naar manieren om het gebruik van richtlijnen te bevorderen (bijlage 8). De enquête is per email gestuurd naar de circa 750 wijkverpleegkundigen, lid van V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, vergezeld door een inleidende brief met uitleg over het onderzoek en het verzoek (Bijlage 9).

Daarnaast is op de website van V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen een bericht geplaatst met een link naar de enquête en is het bericht getweet naar 250 followers.

De wijkverpleegkundigen is gemeld dat zij de email konden doorsturen naar collega's. Tenslotte is aan vier zorgverzekeraars en één patiëntenvereniging een korte vragenlijst voorgelegd. De items in de lijst betroffen het belang van wijkverpleegkundige richtlijnen voor de ontwikkeling van de beroepsgroep van wijkverpleegkundigen, het bevorderen van het gebruik van richtlijnen en de rol die zij voor hen zelf zagen bij de ontwikkeling en prioritering van nieuwe wijkverpleegkundige richtlijnen en het gebruik hiervan (bijlage 10).

2.2.3 Richtlijnen internationaal

Om een beeld te krijgen van de manier waarop in landen om ons heen richtlijnen voor wijkverpleegkundige zorg worden ontwikkeld, is op internet gezocht naar vertegenwoordigers van instanties en organisaties die in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk (UK), Zweden, Denemarken en Canada richtlijnen ontwikkelen. Ook is bij het secretariaat van het Guidelines International Network (GIN) navraag gedaan, alsmede via de Nieuwsbrief van GIN, naar personen die hierover informatie kunnen geven. Verder is gemaild met sleutelfiguren van het Queens Nursing Institute (Londen, UK), Health Canada, (Toronto, Canada); Registered Nurses' Association of Ontario - RNAO (Ontario, Canada), Guidelines International Network – G-I-N (Berlin, Duitsland),

Deze vertegenwoordigers zijn vervolgens per email benaderd met vragen over de organisatie(s) die verantwoordelijk zijn en bijdragen aan het prioriteren en/of formuleren van richtlijnen.

3. Resultaten

3.1 Inventarisatie van beschikbare richtlijnen voor wijkverpleegkundigen

3.1.1 Internet en search zorginstellingen

De zoekactie op internet leverde in totaal 207 hits op. Hiervan verwezen er 105 niet naar een richtlijn of naar een al eerder verzamelde richtlijn. Deze 105 zijn vervolgens geëxcludeerd.

De ontvangen informatie bevatte geen richtlijnen die niet al in de internetsearch waren gevonden. Uiteindelijk zijn 102 richtlijnen in de database opgenomen (Bijlage 1-4).

Van deze 102 richtlijnen zijn zes specifiek voor de wijkverpleegkundige zorg geschreven, te weten de richtlijnen *Dementie*, *Diabetes*, *Reuma*, *Slaapproblemen*, *Sondevoeding en Zuurstofbehandeling thuis*. Onder de overige 96 specifieke richtlijnen waren er 26 waarin één of meer wijkverpleegkundigen betrokken waren bij de ontwikkeling ervan. Overigens gaat het bij alle richtlijnen, ook bij deze specifieke richtlijnen, om multidisciplinaire richtlijnen.

Het merendeel van de richtlijnen (58%) heeft betrekking op de zorg voor patiënten met één specifieke lichamelijke aandoeningen, vooral kanker, diabetes, dementie en decubitus. Bij deze richtlijnen zijn vooral het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) voor alle richtlijnen rond kanker en palliatieve zorg, het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) (hartfalen, decubitus, polifarmacie, Parkinson, CVA, Cardiovasculair Risicomanagement), Verenso (Diabeteszorg kwetsbare ouderen, Pijn, Langdurige blaaskatheterisatie) en V&VN/LEVV betrokken.

Tweeëntwintig procent van de richtlijnen heeft betrekking op zorg voor patiënten met psychische klachten (vooral angst en depressie) en suïcidaliteit. Deze richtlijnen zijn vooral ontwikkeld door de landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen van GGZ Nederland, in samenwerking met het Trimbos instituut en het CBO.

Tien richtlijnen hebben betrekking op de palliatieve zorg. Deze richtlijnen behandelen de in de palliatieve fase veel voorkomende klachten, zoals misselijkheid, pijn en obstipatie. In deze groep zijn verder richtlijnen te vinden met betrekking tot palliatieve sedatie en palliatieve zorg voor patiënten met COPD. De richtlijnen op het terrein van de palliatieve zorg worden allemaal ontwikkeld onder regie van het IKNL.

Figuur 1 Richtlijnen wijkverpleegkundige zorg (n=102)

		Aantal	%
Domein	Lichamelijk zorg	59	58
	<i>Kanker</i>	11	
	<i>Diabetes</i>	5	
	<i>Dementie</i>	5	
	<i>Decubitus</i>	4	
	<i>overig</i>	34	
	Psychische zorg	22	22
	<i>angst</i>	4	
	<i>depressie</i>	3	
	<i>suïcidaliteit</i>	3	
<i>anorexia</i>	2		
<i>schizofrenie</i>	2		
<i>overig</i>	8		
Palliatieve zorg	10	10	
Handelingen	11	10	
<i>Blaaskatheterisatie</i>	2		
<i>Zuurstof thuis</i>	1		
<i>overig</i>	7		
Specifiek voor wijkverpleegkundigen		6	6
Evidence based		58	57
Jaar van publicatie	< 2005	16	15.7
	2006	10	9.8
	2007	4	3.9
	2008	11	10.8
	2009	12	11.8
	2010	27	26.5
	2011	12	11.8
	2012	10	9.8

Bijna 30% van de richtlijnen is meer dan vijf jaar oud (van voor 2008) en 9% van de richtlijnen is ouder dan 10 jaar. Op het gebied van palliatieve zorg zijn de richtlijnen in verhouding het meest up to date. Net iets meer dan de helft van de richtlijnen is evidence based.

3.1.2 Mailing zorgaanbieders

Van de 273 thuiszorgorganisaties die benaderd zijn, hebben er 98 gereageerd (36%). Twaalf organisaties hebben aangegeven niet mee te willen doen vanwege tijdgebrek of geen behoefte te hebben aan deelname en 163 organisaties hebben niet gereageerd.

Van de 98 organisaties die hebben gereageerd geeft 75% aan geen richtlijnen te gebruiken, maar gebruik te maken van de protocollen van Vilans. Een kwart van de organisaties (25%) gebruikt wel richtlijnen. De richtlijnen die binnen de organisaties het vaakst worden gebruikt,

zijn de richtlijnen op het gebied van decubitus, urine-incontinentie en valpreventie. Er werden geen nieuwe richtlijnen genoemd in aanvulling op de gevonden richtlijnen in de internet search

3.2 Veldraadpleging

3.2.1 Workshops wijkverpleegkundigen

In maart en april 2013 werden zes bijeenkomsten georganiseerd waarin met wijkverpleegkundigen is gesproken over richtlijnen. Deze bijeenkomsten waren in Zwolle (26 deelnemers), Amsterdam (45 deelnemers) en Eindhoven (45 deelnemers). Eind mei 2013 vonden er nog twee bijeenkomsten plaats tijdens het congres 'Wijkverpleegkundigen anno nu'. Aan deze twee bijeenkomsten namen 40 wijkverpleegkundigen deel. In totaal werd zodoende met 156 wijkverpleegkundigen gesproken voor dit deelonderzoek.

In alle workshops bleken de meeste deelnemers het lastig te vinden om de begrippen 'richtlijnen', 'protocollen' en 'standaarden' goed uit elkaar te houden. Gevraagd naar de bekendheid met richtlijnen bleken

veel wijkverpleegkundigen dikwijls in werkelijkheid protocollen voor ogen te hebben.

Bovendien bleek, dat wijkverpleegkundigen vaak wel één of meer richtlijnen konden noemen, maar dat zij over het geheel genomen weinig bekend zijn met wat er verder nog aan richtlijnen voorhanden is. De meest gebruikte richtlijnen zijn: 'Smetten', 'de richtlijnen m.b.t. kanker van Oncoline', 'Palliatieve zorg', 'Wondzorg', 'Decubitus', 'MRSA', en 'Medicatie en veiligheid'.

WENSELIJKE NIEUWE RICHTLIJNEN

Bemoeizorg; Brandveiligheid; Dementie; Eenzaamheid; Gehandicapte zorg; Mantelzorg; Medicatie; Mondzorg; Polyfarmacie; Cultuur sensitieve palliatieve zorg; Ontzorgen; Ouderenzorg; Preventieplannen opzetten; Systeemgericht werken; Verslavingsproblematiek; Wijkgerichte preventie; Zelfmanagement; Zwerfgedrag.

kader 1

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen gaf aan 'wel eens' naar richtlijnen te zoeken, maar - een uitzondering daargelaten – zeker niet vaak. Het zoeken van de juiste richtlijn vinden de meesten niet gemakkelijk en (mede daardoor) tijdrovend. Veelal zoekt men eerst binnen de organisatie zelf. Men heeft het gevoel dat daar lang niet altijd voldoende en van

voldoende kwaliteit te vinden is. Vervolgens zoekt men dan veelal op internet, via zoekmachines zoals Google of Google Scholar, of rechtstreeks bij Vilans. Andere sites die in dit kader worden bezocht zijn de websites van V&VN, CBO, RIVM, NHG, OncoLine en Zorg voor Beter. Lastig vindt men:

- * dat richtlijnen niet op één plek te vinden zijn
- * dat de vormgeving van richtlijnen sterk uiteenloopt en
- * dat niet altijd goed te beoordelen valt wat de kwaliteit is van de richtlijn.

Ook vindt men het jammer dat de informatie niet altijd gratis is.

Veel wijkverpleegkundigen gaven aan behoefte te hebben aan (nieuwe) richtlijnen (zie kader 1). De bekendheid van het huidige aanbod aan richtlijnen is echter niet groot. Er werden ook onderwerpen genoemd waar al richtlijnen voor bestaan, zoals palliatieve zorg en psychiatrische zorg.

Toekomstige richtlijnen moeten volgens de wijkverpleegkundigen:

- * *praktisch* zijn
- * niet te lang en voorzien van een samenvatting
- * *toegankelijk* zijn, dat wil zeggen gemakkelijk (online) vindbaar, en
- * het liefst overzichtelijk bij elkaar.

De toegankelijkheid kan verder worden verhoogd door:

- * de richtlijnen gratis beschikbaar te stellen
- * eenzelfde opbouw en format van de richtlijnen.
- * goede kwaliteit: de richtlijnen moeten controleerbaar betrouwbaar (*evidence based*), relevant (*practice based*) en *up to date* zijn.

3.3 Enquête wijkverpleegkundigen

De aan wijkverpleegkundigen rondgestuurde enquête is door 183 wijkverpleegkundigen ingevuld geretourneerd (respons 24%).

De wijkverpleegkundigen die de enquête hebben ingevuld, werken gemiddeld 13 jaar (0-38). Achtentachtig procent van de wijkverpleegkundigen gaf aan 'wel eens' gebruik te maken van richtlijnen. De bekendste en ook meest gebruikte richtlijnen zijn de richtlijnen 'Decubitus' (76%), 'Medicatie en veiligheid' (67%), 'Verzorging van wonden' (62%), 'Diabetes' (62%), 'Hygiëne' (62%), 'Palliatieve sedatie' (61%), 'Valpreventie' (60%) en 'Smetten' (56%) (Bijlage 5; tabel 1).

Tweederde (67%) van de wijkverpleegkundigen vindt richtlijnen over het algemeen redelijk makkelijk te vinden, vooral vanwege het voorhanden zijn van het intranet en internet. Daar

staat tegenover dat er niet één centrale plaats is waar men verpleegkundige richtlijnen kan vinden, waardoor het zoeken veel tijd kost. Daarnaast vindt men de kwaliteit (de *evidence base* en de mate waarin de richtlijn nog *up-to-date* is) doorgaans moeilijk in te schatten. Men; weet niet of alles gevonden is dat beschikbaar is. Door de verschillen in lay-out kan het zoeken wel eens lastig zijn. Het zoeken wordt verder bemoeilijkt doordat:

- * er veel verschillende bronnen zijn
- * het niet duidelijk is welke men moet kiezen
- * , dat men heel vaak wordt doorverwezen
- * dat het vaak moeilijk omschreven is op websites.

Gezocht wordt vooral op het intranet van de eigen organisatie (75%), Google of Google Scholar (59%), de website van V&VN/LEVV (58%), en/of de **kader 2** website van Vilans (46%). Een enkeling gaat te rade bij een verpleegkundig specialist of bij een bibliotheek.

WENSELIJKE NIEUWE RICHTLIJNEN

Multi-problematiek zowel lichamelijk als geestelijk, COPD, ondersteuning/begeleiding van mantelzorg, (preventie van) mishandeling, samenwerken in de wijk en rol wijkverpleegkundige binnen palliatieve zorg/sedatie; Systeemgericht werken/ Benaderen gezinnen volgens de systeemtheorie; Multidisciplinair werken; Indicatiestelling; Wondzorg; Dementie; Sociaal isolement; Eenzaamheid; Hartfalen; Gedragsproblematiek; Agressie

Over de bestaande richtlijnen wordt door wijkverpleegkundigen zeer verschillend gedacht. Wat de ene wijkverpleegkundige een goede richtlijn vindt, wordt door een ander als slecht beoordeeld (bijlage 5, tabel 2). Daarnaast blijkt uit de antwoorden hoe moeilijk wijkverpleegkundigen richtlijnen weten te onderscheiden van protocollen. Een voorbeeld hiervan zijn de vaak genoemde protocollen van Vilans.

Tweeënveertig procent van de wijkverpleegkundigen heeft behoefte aan nieuwe richtlijnen. In kader 2 worden onderwerpen genoemd die door meerdere wijkverpleegkundigen zijn aangegeven (volledige lijst tabel 3, bijlage 5).

Toekomstige richtlijnen moeten volgens wijkverpleegkundigen praktisch zijn. Daarnaast moeten richtlijnen controleerbaar betrouwbaar (*evidence based*), relevant (*practice based*) en *up to date* zijn (Bijlage 5, figuur 4).

Voor het bevorderen van het gebruik van de richtlijnen is de toegankelijkheid volgens wijkverpleegkundigen belangrijk (bijlage 5, figuur 5). Richtlijnen moeten vindbaar zijn op één centraal punt. Daarnaast zou er een systeem moeten zijn dat je automatisch op de hoogte brengt van nieuwe richtlijnen en zou er voldoende tijd moeten zijn om richtlijnen te lezen.

3.3 Enquête zorgverzekeraars en patiëntenvereniging

De patiëntenvereniging en drie van de vier aangeschreven zorgverzekeraars hebben de enquête geretourneerd. Zowel de zorgverzekeraars als de patiëntenvereniging vinden de ontwikkeling van richtlijnen (heel) belangrijk voor de beroepsgroep van wijkverpleegkundigen. Richtlijnen zijn nodig om inzichtelijk te maken wat wijkverpleegkundige zorg is en wat de (beoogde) resultaten zullen (kunnen) zijn voor de klant en zorgverzekeraars. Ze bieden een basis voor eenduidigheid in handelen en taal. Daarnaast vormen richtlijnen een belangrijke basis voor vertrouwen en samenwerking met andere professionals.

Het gebruik kan volgens de zorgverzekeraars en de patiëntenvereniging het beste bevorderd worden door scholing te koppelen aan het verschijnen van een nieuwe richtlijn, een centrale plek voor de richtlijnen en een kartrekker in het eigen team. Verder geven ze aan dat het ook belangrijk is om (het belang van) richtlijnen inzichtelijk te maken naar andere partijen, zoals ketenpartners en patiënten. Ook wordt de suggestie gegeven om richtlijnen zoveel mogelijk in te bedden in de eigen werkprocessen en de ICT-ondersteuning daarvan, bijvoorbeeld met geautomatiseerde checklist of herinnering bij het afsluiten. Hun eigen rol in het bevorderen in het gebruik van richtlijnen zien ze in bekendheid verlenen aan richtlijnen, zowel richting wijkverpleegkundigen als patiënten.

Voor de ontwikkeling van wijkverpleegkundige richtlijnen zien de zorgverzekeraars en patiëntenvereniging de rol in het inbrengen van onderdelen in de richtlijnen die vanuit het patiëntperspectief belangrijk zijn, zoals preventie en zelfmanagement. Verder ziet men het belang van primaire betrokkenheid vanuit het oogpunt van kwaliteitsborging en klantgerichtheid. Daarnaast willen zij meedenken over de realiteitswaarde (in verband met onder andere de bekostiging) en de samenhang met andere zorg.

De rol bij de prioritering van nieuwe richtlijnen wordt gezien in het aanbrengen van een wegging vanuit patiëntperspectief. Zij willen graag samen optrekken om een optimaal resultaat te bereiken in het complexe proces van de transitie van AWBZ naar ZVW.

3.4 Richtlijnen Internationaal

In een aantal landen heeft de overheid een belangrijke rol in het aandragen en prioriteren van onderwerpen voor richtlijnen.

In het **Verenigd Koninkrijk** (met zijn National Health Service - NHS) speelt het National Institute of Health and Care Excellence (NICE) in de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden een centrale rol. NICE is een zelfstandig bestuursorgaan dat rekenschap aflegt aan het ministerie van Gezondheid. Zij ontwikkelen zelfstandig richtlijnen en kwaliteitsstandaarden voor de gehele NHS. NICE bestaat uit verschillende onderdelen. Voor de richtlijnen is het Centre of Clinical Practice (CCP) verantwoordelijk dat bij de ontwikkeling van richtlijnen opdracht krijgt van vier externe centra: het National Clinical Guideline Centre, National Collaborating Centre for Cancer, the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, en het National Collaborating Centre for Mental Health. Sinds 2012 ontwikkelt NICE ook richtlijnen voor het sociaal werk.

Verpleegkundigen doen gevraagd mee aan richtlijnontwikkeling via de expertwerkgroepen indien het onderwerp relevant is voor de verpleegkundige zorg. De RCN is vast lid van alle werkprogramma's van NICE en vervult in die zin een rol bij het inbrengen van verpleegkundige deskundigheid.

Verpleegkundigen kunnen ook (individueel) en ongevraagd een bijdrage aan de richtlijnontwikkeling doen als 'stakeholder' via de internet-consultaties. Ook ten behoeve van het formuleren van nieuwe onderwerpen stelt NICE zorginstellingen, patiëntenorganisaties, professionele organisaties in de gelegenheid aan consultaties mee te doen. Dit zijn nationale oproepen onderwerpen te noemen voor richtlijnontwikkeling. Daarnaast draagt ook het Ministerie van Gezondheid onderwerpen aan.

NICE verspreidt de richtlijnen op landelijk niveau en heeft daar verschillende implementatietools voor, waardoor bijvoorbeeld de verspreiding en de kosten baten van de richtlijnen in kaart kan worden gebracht. De Royal College of Nursing ondersteunt de implementatie en verspreiding van richtlijnen door middel van online learning en resources.

Ook **Zweden** heeft de overheid een belangrijke rol. Daar is richtlijnontwikkeling in handen van een agentschap van het ministerie van Gezondheid en Sociale zaken, de National Board of Health and Welfare ('Socialstyrelsen'). Dit agentschap verzamelt zelf mogelijke onderwerpen en alle relevante informatie (met daarvoor ingehuurde experts) over de onderwerpen, alvorens deze met een aparte expertgroep te prioriteren. Bij het prioriteren wordt gekeken naar ernst en omvang van de onderwerpen, en naar de kosten.

Van de uitgekozen onderwerpen wordt eerst een voorlopige richtlijn gemaakt die de raad voorlegt aan de gemeentes en provincies die over de uiteindelijke invoering van veel richtlijnen beslissen. Door deze ronde langs de gemeenten en provincies kunnen deze

bezien welke (financiële) gevolgen zo'n richtlijn heeft. Na deze ronde wordt de uiteindelijke versie van de richtlijn opgesteld.

Er bestaat in Zweden niet iets als een apart of eigen programma voor verpleegkundige richtlijnen. Of verpleegkundigen systematische bij de ontwikkeling worden betrokken en hoe, is onduidelijk. In Zweden worden de richtlijnen vervolgens op organisatieniveau verspreid, door bijvoorbeeld de managers van de thuiszorgorganisaties.

Het 'Socialstyrelsen' beheert een vrij toegankelijke, nationale database met de door dit agentschap ontwikkelde richtlijnen.

In **Denemarken** zijn de verpleegkundige richtlijnen per setting gespecificeerd. De ontwikkeling van de richtlijn vindt plaats volgens de bottom-upmethode: wijkverpleegkundigen die problemen ervaren kunnen zelf een richtlijn ontwikkelen en implementeren. De verspreiding van de richtlijn wordt gedaan door de managers van de thuiszorgorganisaties. Het Deense Center for Klinische Retningslinjer is verantwoordelijk voor de beoordeling van de richtlijn. Zij hanteren daarbij drie verschillende rondes:

- 1) de interne beoordeling (centrum)
- 2) een externe beoordeling en
- 3) een public hearing waarbij mensen een maand lang de tijd hebben om op de ontwikkelde richtlijn te reageren.

De wijkverpleegkundigen krijgen binnen hun werk tijd om zich bezig te houden met de ontwikkeling van de richtlijnen.

In de **Verenigde Staten** kunnen zorgverleners en organisaties zelf richtlijnen ontwikkelen en deze publiceren via de National Guideline Clearinghouse (NGC). Deze database (waarin ook Nederlandse organisaties, zoals CBO, bijdragen) wordt sinds 1997 beheerd door het agentschap 'Agency for Healthcare Research and Quality' (AHRQ) van het ministerie van Gezondheid. De NGC hanteert criteria voor publicatie in de database en voor het up-to-date blijven ervan. De database bevat enkele specifiek verpleegkundige richtlijnen en een groot aantal richtlijnen die voor verpleegkundigen relevant zijn en door verpleegkundige beroepsorganisaties zijn ontwikkeld. Zo levert de combinatie "nursing" en "community" 512 richtlijnen op.

De verspreiding en implementatie van richtlijnen wordt niet centraal geregeld, maar gebeurt vaak door de organisatie die zelf ook de richtlijnen hebben opgesteld.

Canada ontwikkelt richtlijnen op provinciaal niveau; een situatie waarop overigens veel kritiek is³.

De organisatie die zich in Canada voor wat betreft de ontwikkeling en verspreiding van verpleegkundige richtlijnen het meest actief betoont is de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Deze organisatie stelt voor de ontwikkeling van verpleegkundige richtlijnen gewoonlijk een expertteam op die de review uitvoeren. Ook hier hebben stakeholders de mogelijkheid om feedback te geven op de richtlijn ontwikkeling.

In Canada is de RNAO zelf verantwoordelijk voor de verspreiding van de richtlijn. Zij doen dit door een toolkit, 'implementation sources', e-learning, websites, conferenties, instituten en het RNAO-centrum voor professional nursing excellence. Tevens hebben ze de Best Practice Champion: dit zijn mensen binnen de organisatie die de richtlijnen en verspreiding binnen de organisatie bevorderen. Zij krijgen hiervoor trainingen en tools en een netwerk van andere verpleegkundigen.

3

http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Conference_Reports/CPGSummit2011/CPG-background.pdf.

4. Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

Het onderzoek laat zien dat er meer dan honderd (multidisciplinaire) richtlijnen zijn, waarvan wijkverpleegkundigen gebruik kunnen maken en dat zes daarvan specifiek geschreven zijn voor de wijkverpleging.

Bijna dertig % van de richtlijnen is ouder dan vijf jaar en behoeven, wanneer het criterium van vijf jaar dat veel buitenlandse richtlijnorganisaties voor de *update* hanteren, op korte termijn een update. De helft van de richtlijnen is, afgaande op de vermelding daarover in de richtlijnen zelf, *evidence based*.

Een opvallende bevinding van het onderzoek is dat wijkverpleegkundigen groot belang hechten aan de beschikbaarheid van goede richtlijnen, maar dat er tegelijkertijd veel onduidelijkheid bestaat over wat een richtlijn precies is. Vooral het onderscheid tussen richtlijn en protocol is voor velen lastig. Veel wijkverpleegkundigen zoeken inmiddels wel richtlijnen op het internet, maar hebben, doordat deze op uiteenlopende websites zijn te vinden, toch problemen bij het vinden van de juiste richtlijn. Ook het gebruik in de praktijk is gering.

Het wekt dan ook geen verwondering dat veel wijkverpleegkundigen maar matig op de hoogte zijn van de bestaande richtlijnen. Zij geven daarom nogal eens aan behoefte te hebben aan richtlijnen op onderwerpen waar al richtlijnen voor zijn. Deze bevindingen, lijken aan te geven dat richtlijnen, hoewel ze erg belangrijk worden gevonden, niet erg 'leven' onder wijkverpleegkundigen. Tel daarbij op het gegeven dat bijna driekwart van de thuiszorgorganisaties zegt niet actief te zijn in het (bevorderen van) gebruik van richtlijnen, Een bijkomende verklaring kan zijn dat veel activiteiten van wijkverpleegkundigen sterk geprotocolleerd zijn en er voor wijkverpleegkundigen vaak weinig ruimte bestaat voor eigen beslissingen. Mogelijk staan wijkverpleegkundigen weinig voor de vraag wat te doen in een bepaalde situatie bij een bepaalde patiënt. Dat de opleidingen hbo-v onvoldoende aandacht besteden aan (het gebruik van) richtlijnen lijkt onwaarschijnlijk. In het huidige curriculum van de hbo-v's wordt inmiddels ruim aandacht geschonken aan evidence based werken en de plaats die richtlijnen daarin hebben.

De bevindingen van dit onderzoek laten drie - met elkaar samenhangende - problemen zien:

a. Geringe kennis over richtlijnen onder wijkverpleegkundigen

Het raadplegen van richtlijnen is voor veel wijkverpleegkundigen nog geen vanzelfsprekendheid. Dit heeft voor een deel te maken met onbekendheid (kennis), maar ook doordat het gebruik ervan nog geen gangbare cultuur is binnen de beroepsgroep. Ook werkgevers voeren hier nauwelijks actief beleid op. Het is te verwachten dat de overgang van wijkverpleegkundige zorg vanuit de AWBZ naar de Zvw hier wel de nodige verandering in zal gaan brengen.

b. Gering gebruik

Slechts een klein deel van de wijkverpleegkundigen geeft aan regelmatig gebruik te maken van bestaande richtlijnen. Tweederde van de thuiszorgorganisaties geeft aan het gebruik van richtlijnen niet expliciet te ondersteunen of te bevorderen.

Wijkverpleegkundigen zelf geven desgevraagd aan dat het zhelpt als de eigen organisatie richtlijnen actiever aanbiedt, mogelijk via het eigen intranet, en als zij voldoende tijd krijgen om zich op de hoogte te stellen van de inhoud van richtlijnen. Dit kan mogelijk ook een oplossing bieden voor het probleem dat wijkverpleegkundigen niet goed de status van richtlijnen kunnen beoordelen.

Het gebruik van richtlijnen wordt voor veel wijkverpleegkundigen verder bemoeilijkt doordat ze verspreid te vinden zijn en vaak ook moeilijk toegankelijk zijn door het gehanteerde format.

c. Onvoldoende kwaliteit

De kwaliteit van de richtlijnen hangt samen met de mate waarin de aanbevelingen binnen een richtlijn gebaseerd zijn op de bevindingen van wetenschappelijk onderzoek. In die zin laat het feit dat bijna de helft van de richtlijnen consensus based is, de nodige ruimte voor verbetering.

Oplossen van deze drie problemen is van groot belang voor het kunnen verantwoorden van het verpleegkundig handelen in de individuele zorg (micro), als beroepsgroep die samenwerkt met andere beroepsgroepen en als maatschappelijke speler in de gezondheidszorg. Daarvoor is een continue systeem van verantwoording en een beroepscultuur nodig waarin problemen in het verpleegkundige handelen leiden tot nieuwe richtlijnen en hun implementatie in de beroepsgroep. Daarnaast is een absolute voorwaarde dat de benodigde activiteiten structureel worden gefinancierd.

Aanbevelingen

Aanbevelingen richten we op verpleegkundigen, de beroepsgroep en de werkgevers/verzekeraars.

V&VN

AANBEVELING 1: V&VN moet wijkverpleegkundigen actief en systematisch doordringen van het belang van het werken met richtlijnen. Daarmee wordt het een gevoelde verantwoordelijkheid van de individuele wijkverpleegkundige.

AANBEVELING 2: V&VN moet een goedlopend programma ontwikkelen en een structuur opzetten voor het ontwikkelen, verspreiden en gebruik van wijkverpleegkundige richtlijnen. Activiteiten die vanuit dit programma ondernomen moeten worden zijn

- richtlijnontwikkeling
- verspreiding ervan
- informeren van wijkverpleegkundigen over bestaande richtlijnen en waar deze te vinden zijn.
- voorlichting over het gebruik van richtlijnen.

AANBEVELING 3: V&VN moet de hbo-v's actief stimuleren in het gebruik van richtlijnen in de opleiding.

AANBEVELING 4: V&VN moeten bevorderen dat richtlijnen makkelijk vindbaar en toegankelijk zijn. De richtlijnen dienen eenduidig, concreet en up-to-date te zijn.

AANBEVELING 5: De kwaliteit van richtlijnen kan verder toenemen als V&VN borgt dat de richtlijnen zich richten op de voor de betrokken beroepsgroep relevante vraagstellingen. Uit dit onderzoek komen de volgende mogelijke onderwerpen naar voren: ouderenproblematiek, (psycho)sociale problematiek, chronische aandoeningen, een (al dan niet ondersteunend) informeel netwerk.: eenzaamheid onder ouderen, multimorbiditeit/ multiprobleemsituaties, slechte leef- en woonomstandigheden, ongezonde leefstijl en ondersteuning van mantelzorg.

AANBEVELING 6: V&VN dient te zorgen dat de richtlijnen praktisch, toegankelijk en controleerbaar van goede kwaliteit zijn. Richtlijnen moeten worden voorzien van een makkelijk leesbare samenvatting.

AANBEVELING 7: V&VN dient te borgen dat wijkverpleegkundigen deelnemen aan richtlijnontwikkeling.

WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

AANBEVELING 8: Wijkverpleegkundigen moeten binnen hun organisatie bijeenkomsten organiseren waarin richtlijnen en standaarden worden besproken en waarin men elkaar voorlicht over vindbaarheid en gebruik van richtlijnen.

AANBEVELING 9: Wijkverpleegkundigen moeten elkaar meer aanspreken op het gebruik van richtlijnen in de zorg die zij verlenen

AANBEVELING 10: Wijkverpleegkundigen dienen de professionele standaarden als uitgangspunt te nemen van hun handelen. Voor richtlijnen betekent dat de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen prevaleren.

Door **wijkverpleegkundigen** zelf de belangrijkste rol te laten spelen bij prioritering in het ontwikkeltraject van nieuwe richtlijnen versterkt dat de professionalisering van de beroepsgroep. Het roept op om deel te nemen aan richtlijnontwikkeling.

WERKGEVERS

AANBEVELING 11: Werkgevers moeten de wijkverpleegkundige de mogelijkheid bieden te werken volgens diens professionele standaard en het gebruik van de richtlijnen stimuleren en faciliteren.

AANBEVELING 12: Werkgevers in de zorg moeten hun personeel meer en uitdrukkelijker stimuleren in het gebruik van richtlijnen. Dit kan door binnen de eigen organisatie werkgroepen in te richten die het gebruik faciliteren en door de toegang tot landelijke richtlijnen te vergemakkelijken.

AANBEVELING 13: Werkgevers in de zorg moeten de verspreiding en implementatie van richtlijnen faciliteren door wijkverpleegkundigen ruimte te geven de richtlijnen te lezen en met elkaar te bespreken.

AANBEVELING 14: Werkgevers moeten ervoor zorgen dat hun medewerkers volgens richtlijnen werken. Zij moeten laten zien wat zij daarvoor doen.

AANBEVELING 15: Werkgevers moeten faciliteren en stimuleren dat medewerkers deelnemen aan het traject van het ontwikkelen van nieuwe, landelijke richtlijnen.

OVERIGEN

AANBEVELING 16: Zorgverzekeraars moeten de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen faciliteren door financieel een bijdrage aan het V&VN- programma (aanbeveling 2) te leveren.

AANBEVELING 17: V&VN, zorgverzekeraars, werkgevers en de overheid dienen de continuïteit van het ontwikkelen, verspreiden en implementeren van wijkverpleegkundige richtlijnen te borgen. Dit moet meegenomen worden in het ontwerp van een nieuwe bekostigingsstructuur van de wijkverpleging. Gedacht kan worden aan een bekostiging analoog aan die van de huisartsen.

Referenties

Bruggen slaan Regeerakkoord VVD – PvdA. (2012)

Van der Meer, F.M., Mastenbroek, C.G. (2010). Verpleging ‘in de wijk’: van samenhang verzekerd. College voor zorgverzekeringen, Diemen.

Van Rijn, M.J. (2013). Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst. (Brief aan Tweede Kamer), Den Haag.

Wobma, E. (2011). Mannen en vrouwen in Nederland. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Bijlage 1: Overzicht bestaande richtlijnen lichamelijke aandoeningen

Lichamelijke aandoening	Aantal richtlijnen	Relevantie	Jaartal	Mate van evidence	Bron	Extra informatie
Amyotrofische laterale sclerose	1	Overig	2009	Consensus based	Oncoline	Amyotrofische laterale sclerose (ALS)
CVA	3	Overig	2008	Evidence based	CBO	Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte
		Betrokken bij ontwikkeling	2001	Evidence based	Nederlands e hartstichting	Revalidatie na een beroerte
		Overig	2012	Evidence based	NHG	NHG standaard
CVRM	1	Overig	2011	Evidence based	CBO	Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomangement
Constitutioneel eczeem	1	Overig	2006	Evidence based	CBO	Constitutioneel eczeem
COPD	3	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Evidence based	CBO	Diagnostiek en behandeling van COPD
		Betrokken bij ontwikkeling	2005	Evidence based	CBO	Ketenzorg COPD
		Overig	2010	Consensus based	Oncoline	COPD
Cystic fibrosis	1	Overig	2007	Evidence based	CBO	Diagnostiek en behandeling van cystic fibrosis
Decubitus	4	Overig	2002	Evidence based	CBO	Decubitus
		Overig	2011	Evidence based	pallialine	Decubitus
		Overig	2012	Evidence based	NHG	NHG standaard decubitus
		Overig	2011	Consensus based	V&VN	Decubitus preventie en behandeling
Delier	1	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Pallialine	Delier

Dementie	5	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Pallialine	Dementie
		Overig	2005	Evidence based	CBO	Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie
		Betrokken bij ontwikkeling	2008	Evidence based		Omgaan met gedragsproblemen
		Specifiek	2007	Evidence based	V&VN	Verminderen van agitatie bij dementerende ouderen
		Overig	2012	Evidence based	NHG	NHG standaard dementie
Diabetes	5	Betrokken bij ontwikkeling	2005	Evidence based	Diabetesfederatie	Diabetises educatie
		Specifiek	2011	Evidence based	Verenso	
		Overig	2000	Consensus based	Diabetesfederatie	Psychosociale zorg aan mensen met diabetes
		Overig	2010	Evidence based	NDF	Voedingsrichtlijn
		Overig	2012	Consensus based	EADV	Zelfcontrole
Hartfalen	2	Overig	2010	Consensus based	Oncoline	
		Betrokken bij ontwikkeling	2010	Evidence based	CBO	
Kanker zorg	11	Overig	2009	Consensus based	Oncoline	Ascitis
		Overig	2006	Consensus based	Oncoline	Gevaar bloeding
		Overig	2006	Consensus based	Oncoline	Gevaar infectie
		Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	Hoesten
		Overig	2006	Consensus based	Oncoline	Ineffectieve ademhaling
		Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	Jeuk
		Overig	2009	Evidence based	Oncoline	Herstel na kanker
		Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	Vermoeidheid
		Overig	2010	Consensus based	Oncoline	Klachten mond
		Overig	2010	Consensus based	Oncoline	Oncologische ulcera
		Overig	2008	Evidence based	Oncoline	Pijn bij kanker

Lymfeedeem	2	Overig	2002	Evidence based	CBO	
		Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	
Nierinsufficiëntie	1	Overig	2009	Evidence based	Hans Mak	
Obstipatie / diarree	2	Betrokken bij ontwikkeling	2009	Consensus based	Oncoline	
		Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	
Ondervoeding/vochttekort	3	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Pallialine	Dehydratie en vochttoediening
		Overig	2001	Consensus based	Arcares	Vocht en voedselvoorziening
		Overig	2006	Consensus based	Oncoline	Vochttekort
Parkinson	2	Overig	2012	Evidence based	NHG	
		Betrokken bij ontwikkeling	2010	Evidence based	CBO	
Pijn	2	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	
		Overig	2011	Evidence based	Verenso	
Reuma	1	Specifiek	2008	?	V&VN	Biologicals
Slaapproblemen	2	Specifiek	2004	Evidence based	CBO	
		Overig	2008	Consensus based	Oncoline	
Smetten	1	Betrokken bij ontwikkeling	2011	Evidence based	V&VN	
Tekort in zelfverzorging bij een verminderd gezichtsvermogen	1	Betrokken bij ontwikkeling	2006	Evidence based	LEVV	
Tuberculose en HIV	1	Overig	2008	Evidence based	KNCV	
Urine incontinentie	1	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Evidence based	V&VN	
Valpreventie ouderen	1	Overig	2004	Evidence based	NVKG	
Veneuze tromboembolie	1	Overig	2008	Evidence based	CBO	

Bijlage 2: Overzicht bestaande richtlijnen psychosociale aandoeningen/zorg

Psychosociaal	Aantal richtlijnen	Relevantie	Jaartal	Mate van evidence	Bron	Extra informatie
Alcohol	1	Overig	2009	Evidence based	GGZ	
Angst	4	Overig	2009	Consensus based	Oncoline	
		Overig	2012	Evidence based	GGZ richtlijn	
		Overig	2003	Evidence based	CBO	Volwassenen cliënten met angststoornis
		Overig	2008	Evidence based	GGZ	Ouderen en angststoornissen
Anorexia en gewichtsverlies/ eetstoornis	2	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	
		Relevant	2007	Evidence based	GGZ	
Depressie	3	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Pallialine	
		Overig	2011	Evidence based	GGZ	
		Overig	2005	Evidence based	Trimbos	
Familiaal huiselijk geweld	1	Overig	2009	Evidence based	Trimbos	
Ineffectieve coping	1	Overig	2006	Consensus based	Oncoline	
Machteloosheid	1	Overig	2006	Consensus based	Oncoline	
Persoonlijkheidstoornissen	1	Overig	2008	Evidence based	GGZ	
Probleemgedrag	1	Overig	2008	Evidence based	NVVA	
Rouw	1	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	
Schizofrenie	2	Overig	2012	Evidence based	GGZ	
		Overig	2005	Evidence based	Trimbos	
Sociaal isolement	1	Overig	2001	Consensus based	Oncoline	
Suïcidaliteit/zelfdoding	3	Overig	2008	Evidence based	hogeschool In Holland	
		Overig	2012	Evidence based	NVVP	
		Overig	2009	Consensus based	NVVP	

Bijlage 3: Overzicht bestaande richtlijnen palliatieve zorg

Palliatieve zorg	Aantal richtlijnen	Relevantie	Jaartal	Mate van evidence	Bron	Extra informatie
Complementaire zorg	1	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	
Richtlijn euthanasie	1	Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based	Oncoline	
Mantelzorg	1	Overig	2009	Consensus based	Oncoline	
Palliatieve zorg	6	Overig	2007	Evidence based	Oncoline	Misselijkheid en braken in palliatieve fase
		Overig	2009	Consensus based	Oncoline	Palliatieve sedatie
		Overig	2011	Evidence based	Oncoline	Palliatieve zorg COPD
		Betrokken bij ontwikkeling	2010	Consensus based		Zorg in stervensfase
		Overig	2006	Consensus based		Zorgvuldig zorg rondom levenseinde
		Overig	2010	Consensus based	Oncoline	
Spirituele zorg	1	Overig	2010	Consensus based	Oncoline	

Bijlage 4: Overzicht bestaande richtlijnen handelingen

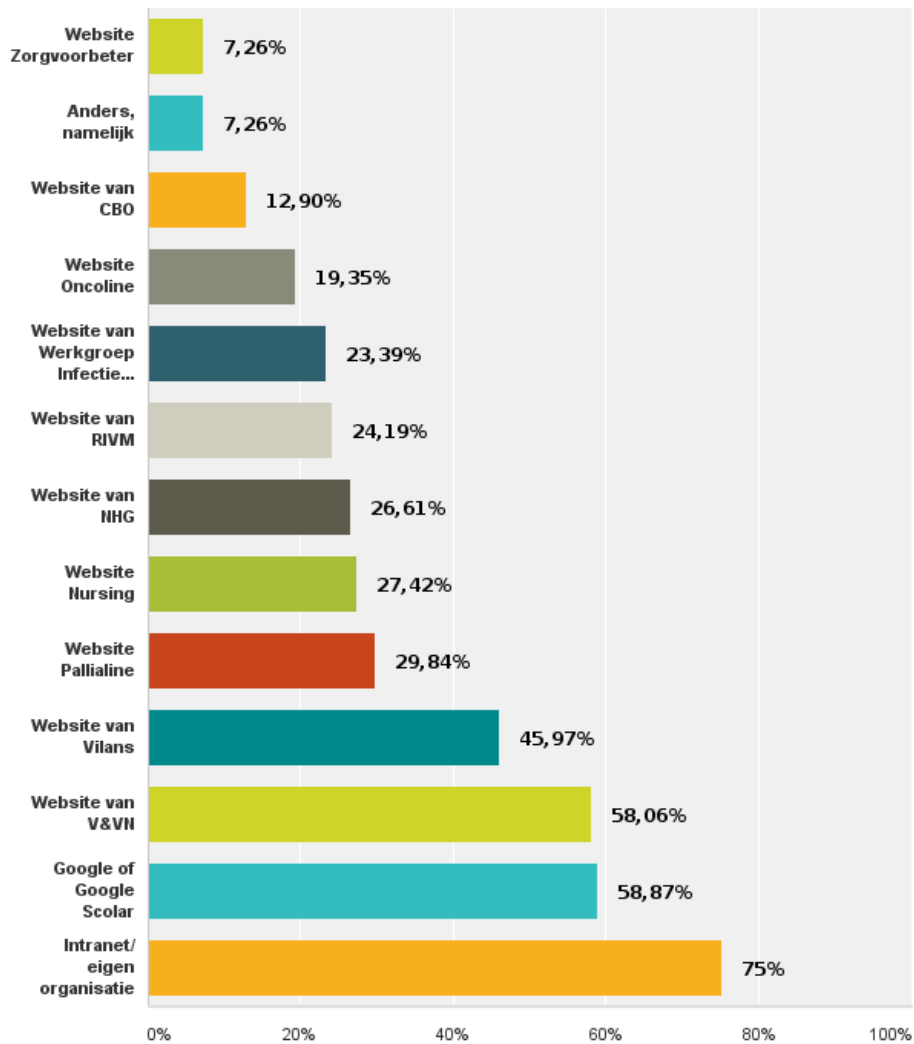
Handelingen	Aantal richtlijnen	Relevantie	Jaartal	Mate van evidence	Bron	Extra informatie
Blaasinstillatie/ katheter	2	Overig	2011	Evidence based	Oncoline	Blaasinstillatie
		Overig	2011	Evidence based	V&VN	Blaaskatheter
Bloedtransfusie	1	Overig	2011	Evidence based	CBO	
Dialyse	1	Overig	2009	Evidence based	V&VN	
Neusmaagsonde	1	Overig	2011	Evidence based	V&VN	
Polyfarmacie	1	Overig	2012	Evidence based	NHG	
Prikincidenten	1	Overig	2006	Evidence based	RIVM	
Reanimatie	1	Overig	2010	Evidence based	Reanimatieraad	
Sondevoeding	1	Specifiek	2003	Consensus based	TNO	
Stomazorg	1	Overig	2012	Evidence based		
Zuurstofbehandeling thuis	1	Specifiek	2000			

Bijlage 5 Overzicht resultaten wijkverpleegkundigen

Tabel 1 Richtlijnen die bekend zijn en gebruikt worden onder wijkverpleegkundigen (n=156)

RICHTLIJNEN	BEKEND	GEBRUIK
Decubitus	76,28%	65,60%
Medicatie en veiligheid	67,3%	65,6%
Diabetes	62,2%	49,6%
Verzorging van wonden	62,2%	54,4%
Hygiëne	61,5%	44%
Palliatieve sedatie	60,9%	44,8%
Valpreventie	60,3%	49,6%
Smetten	56,4%	46,4%
Euthanasie	50,6%	32%
MRSA	49,4%	36%
Ondervoeding	48,7%	40%
Dementie	48,1%	35,2%
COPD	44,9%	29,6%
Cytostatica	43,6%	35,2%
Delier	40,4%	29,6%
Incontinentie	37,2%	28,8%
Infectie preventie	37,2%	34,4%
Hartfalen	30,1%	22,4%
Oncologie	26,3%	16,8%
Depressie	21,8%	19,2%
Rouwverwerking	21,2%	14,4%
Persoonlijkheidsstoornissen	6,4%	4,8%
Andere richtlijnen	6,4%	5,6%
Schizofrenie	4,5%	2,4%

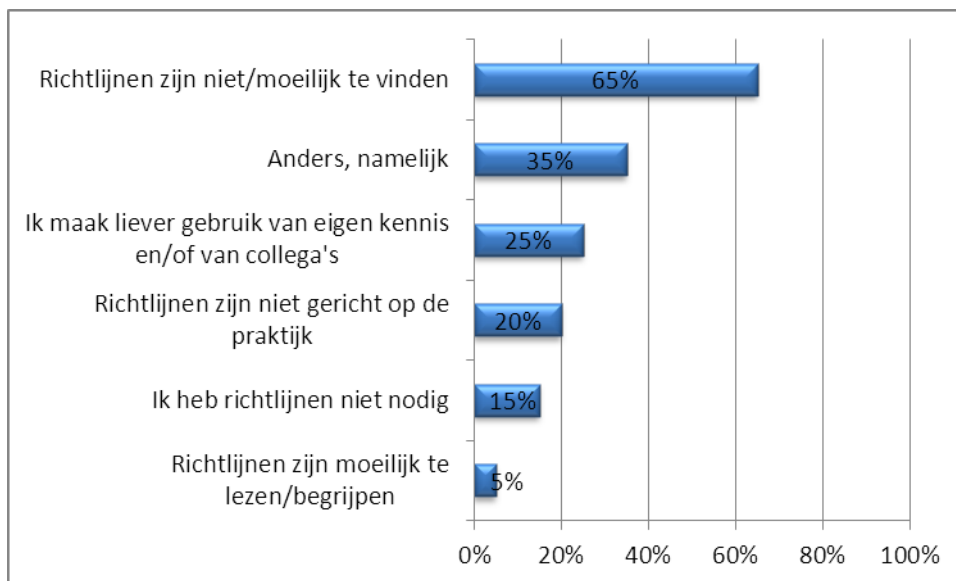
Figuur 2 Locaties waar gezocht wordt naar richtlijnen (n=124)



Kader 1 Redenen waarom het volgens wijkverpleegkundigen moeilijk is om richtlijnen te vinden (n=62)

- Er is veel keuze en veel verschillende bronnen;
- Er zijn veel hits, richtlijnen die niet passen bij de zoekactie;
- Het is zoeken naar de juiste woorden;
- Je wordt heel vaak doorverwezen waardoor het veel tijd kost om iets te vinden;
- Het is lastig te beoordelen of het evidence based is;
- Het is lastig om de meest recente richtlijn te vinden;
- De richtlijnen staan verspreid en niet geclusterd;
- Meerdere richtlijnen worden gevonden en niet duidelijk is welke je moet kiezen;
- Het is tijdrovend omdat je veel links hebt zonder resultaat;
- De zoekfunctie van intranet is ingewikkeld;
- De informatie is versnipperd;
- Vaak moeilijk omschreven op websites.

Figuur 3 Redenen waarom er niet wordt gewerkt met richtlijnen (n=20)



Tabel 2 Voorbeelden van goede en slechte richtlijnen volgens wijkverpleegkundigen (n=90)

Richtlijn	Goed	Slecht
Palliatieve sedatie	11	1
Decubitus	11	-
Smetten	8	-
Medicatieveiligheid/ medicatievestrekking	4	3
Cytostatica; Euthanasie; Wondzorg; Palliatieve zorg; Valgevaar/Valpreventie	3	1
MRSA; Delier; Hygiëne	2	1

Kader 2 Richtlijnen die één keer waren benoemd als goede richtlijn (n=90)

Ondervoeding; Prikaccident; Depressie; Groene praktijkregels; Persoonlijke hygiëne; Kledingvoorschrift van de eigen organisatie; Neusmaagzonde; Navelgranuloom; Richtlijnen van Pallialine; Richtlijnen van de WIP; Protocolen van Vilans; LESA decubitus; Palliatieve fase; COPD; Infectiepreventie; Zakboekje palliatief zorg.

Kader 3 Richtlijnen die één keer waren benoemd als slechte richtlijn (n=90)

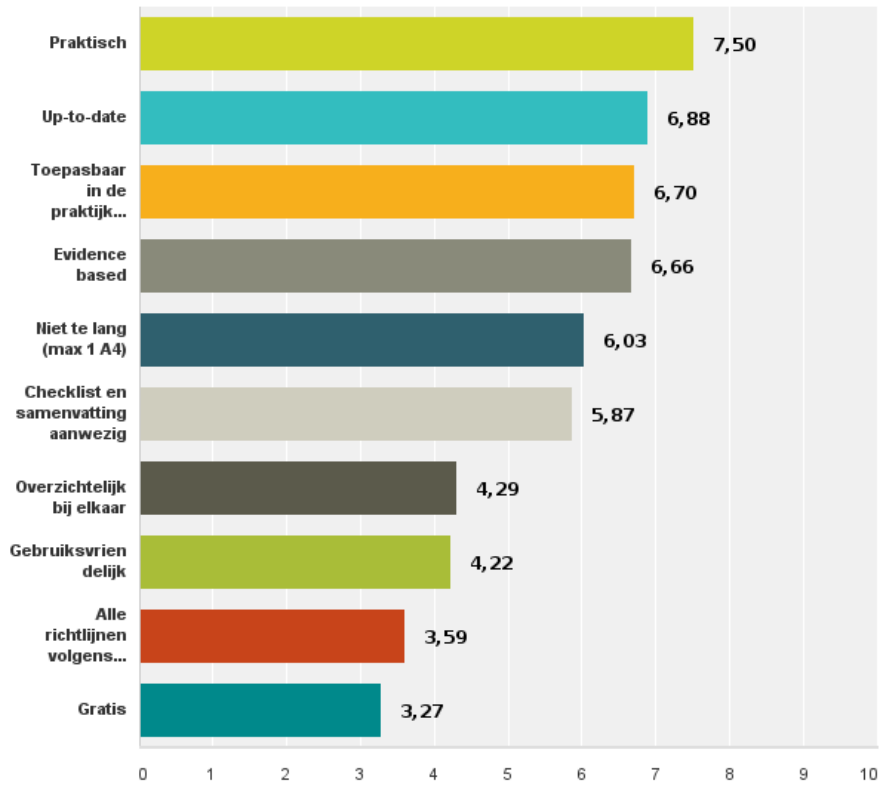
Richtlijn sociaal isolement; Wondzorg; COPD; MRSA; Palliatieve sedatie; Valpreventie; Dementie; Ondervoeding; Richtlijnen op de site van LEVV; richtlijnen gedragsproblemen bij dementie; Oncologie beschermende maatregelen (niet aangepast aan een thuissituatie); Slecht nieuws gesprek; Middelen en maatregelen; NHG standaard dementie (te ruim kader); Persoonlijkheidsstoornissen; Hygiëne van verzorgen van patiënten die bezig zijn met cytostatica; Richtlijnen over medicatie (teveel informatie en daardoor niet overzichtelijk); Infectiepreventie (niet op thuiszorg gericht).

Tabel 3 Nieuwe richtlijnen waar behoefte aan is onder wijkverpleegkundigen (n=60)

RICHTLIJNEN	AANTAL KEER
Multiproblematiek lichamelijk/geestelijk (ouderen)	5
COPD	4
Mantelzorg (ondersteuning/begeleiding)*; (Preventie) Mishandeling (kinderen/ouderen); Buurtgericht werken/wijkanalyse/samenwerken in de wijk met bewoners en hulpverleners; Palliatieve zorg (rol VP)/palliatieve sedatie*	3
Systeemgericht werken/ Benaderen gezinnen volgens de systeemtheorie; Multidisciplinair werken; Indicatiestelling; Wondzorg*; Dementie*; Sociaal isolement*; Eenzaamheid*; Hartfalen; Gedragsproblematiek; Agressie	2
Bemiddeling tussen wijkbewoners; Verslavingsproblematiek; Obesitas; Ondervoeding*Therapieontrouw Zelfmanagement Stress en coping; Cognitieve achteruitgang; Geestelijke nood Pijn; Specifieke punten bij oncologie die minder vaak voorkomen; Aanpak multi-probleem gezinnen; Zorgpaden in de eerste lijn; Chronische ziekten (die aansluiten op richtlijnen van andere disciplines); Eigen regie in thuis situatie; Dag invullen klanten; Terminale klanten; Zorg voor MS-klanten lichamelijk, cognitief; Juridische richtlijnen; MRSA*; Neurologische ziektebeelden; Culturele verschillen in gezondheidsbeleving/ziektebeleving; Vervuiling; Mondhygiëne; Welbevinden; Attitude beroepshouding; Alle ziektebeelden; Regels vanuit overheid/zorgverzekering; Wonen en welzijn; Adipositas; Gespreksvoering; Maatschappelijke problemen; Ouderenzorg; Reanimatie in de thuiszorg; Beslisboom Zichtbare Schakel toeleiden zorg/instanties; Rolbegrenzing; Verwaarlozing; Infectieziekten; Afweergedrag; Psychische ziektebeelden; Casemanagement dementie; Schizofrenie*; Incontinentie*; Depressie*; Sondevoeding	1

*Voor deze onderwerpen zijn reeds richtlijnen

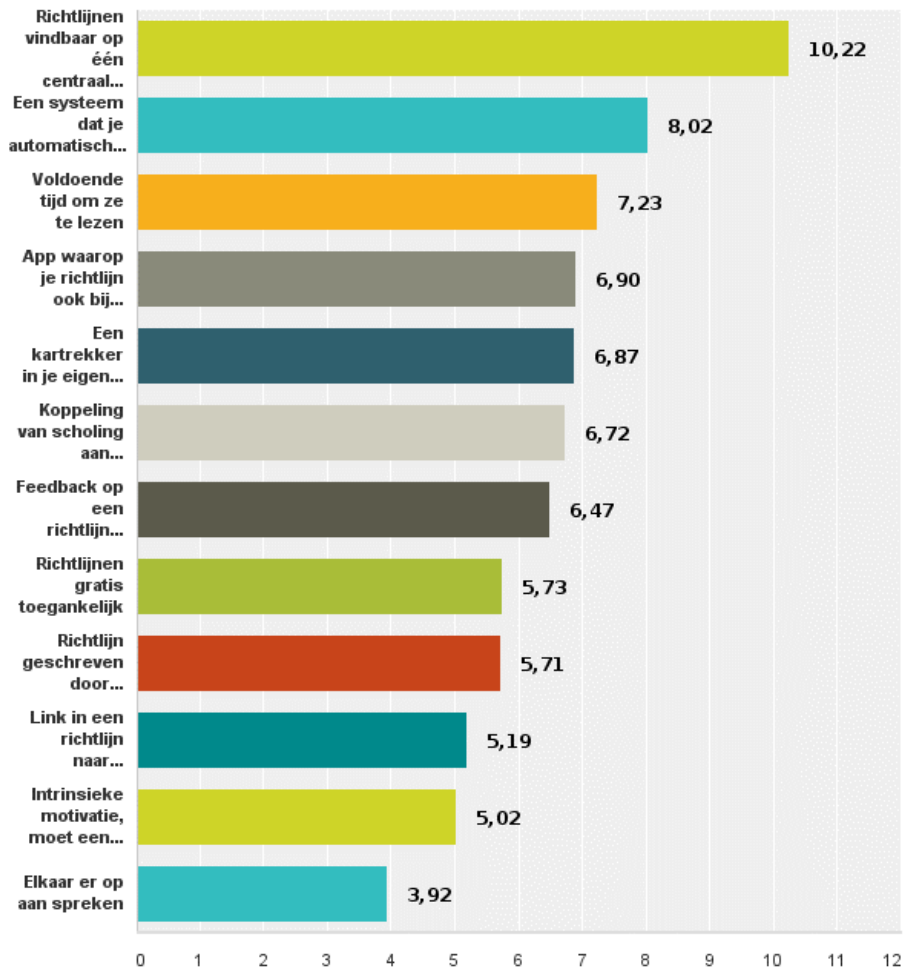
Figuur 4 Gewogen gemiddelden van eisen waaraan een richtlijn moet voldoen volgens wijkverpleegkundigen (n=90)



Kader 4 Andere eisen waaraan een richtlijn moet voldoen volgens de wijkverpleegkundigen, die niet in de lijst (figuur 3) voorkwamen (n=32)

- Gemakkelijk/snel te vinden (hoofdpunten van alle richtlijnen). Bijvoorbeeld 1 document met alle richtlijnen erin plus de belangrijkste hoofdpunten uit de richtlijn. Een site en niet via verschillende sites terug te vinden (n=12)
- Verpleegkundige (duidelijke) taal, makkelijk te vertalen naar de klanten (n=2)
- Overzichtelijk, het liefst op een a4tje (n=2)
- Eenduidig in opzet en als app te downloaden (n=2)
- Bij de multidisciplinaire richtlijnen zou het fijn zijn dat er een advies gegeven wordt "wie wat doet". Aandacht voor de andere mogelijke disciplines. Ook zou er een korte beschrijving in kunnen wat andere disciplines kunnen betekenen bij een zorgprobleem (n=2)
- Richtlijnen over handelingen die niveau 2 en 3 mogen doen moeten ook goed leesbaar zijn voor hen: Medische termen en afkortingen moeten worden toegelicht.
- Door beroepsgroep geaccepteerd
- Het moet een meerwaarde hebben voor de cliënt en gebruiker
- Regelmatig geëvalueerd door o.a. gebruikers
- Het volledige probleem omvattend
- benoemd worden met tips (ervaringen van anderen) hoe je de richtlijn geïmplementeerd kan krijgen en hoe je de borging kan waarborgen; aandacht bij invoering ervan binnen de organisatie. Evaluatie of er mee gewerkt wordt
- Er moet voldoende bekendheid zijn, zodat iedereen dezelfde werkwijze kan hanteren
- Verwijzing naar relevante literatuur/websites
- Voorzien van een evidence based keurmerk
- Welk materiaal voor nodig is (liever) met afbeeldingen
- Niet alleen toepasbaar in de praktijk, maar ook toepasbaar in meerdere praktijksituaties, of aangepast aan diverse praktijksituaties. Klinisch is niet altijd hetzelfde uitvoerbaar als in een thuissituatie
- Bij elkaar te vinden op 1 site, waar wijkverpleegkundigen toegang toe hebben (zelfde als de NHG richtlijnen -) misschien wel tegen een kleine vergoeding. Wijkverpleegkundige beroepsgroep kan zich sterk maken met zo'n site - kan veel geld besparen als je direct een richtlijn kunt raadplegen
- Er moet een verwijzing met een tel.nr of wat dan ook bij aanwezig zijn
- Duidelijk wie verantwoordelijk is voor het up-to-date houden.

Figuur 5 Gewogen gemiddelden van manieren waarop het gebruik van richtlijnen kan worden bevorderd volgens wijkverpleegkundigen (n=86)

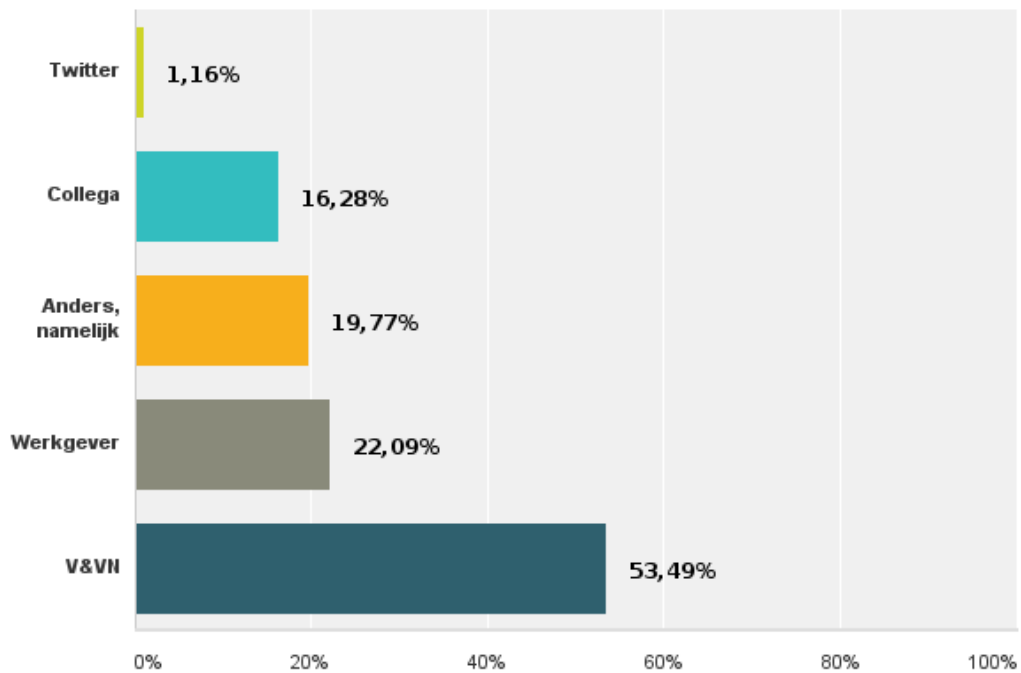


Kader 5 Andere manieren (die niet in de lijst figuur 4) voorkwamen) waarop het gebruik van een richtlijn kan worden bevorderd volgens de wijkverpleegkundigen (n=32)

- Binnen de opleidingen niveau 4 en 5 nog meer aandacht geven
- Link bij protocollen naar een richtlijn
- Gebruiksvriendelijk
- Samenvattingen bij elkaar in de vorm van een handgids, handig om mee te nemen naar de klant en daar te bekijken.
- Vermelden in vakbladen (n=3)
- Rapportage en Intervisie koppelen aan richtlijnen.
- Duidelijke benaming op alfabetische volgorde en corresponderende zoektermen laten doorverwijzen (het woord insuline laten verwijzen naar richtlijn voor diabetes)
- Bekendheid dat deze bestaan, ook in welke mate. Uitleg hoe ermee om te gaan, evt. Weerstand wegnemen. Dit kan bevorderd worden uitleg in teams/ organisaties door ambassadeurs/ afgevaardigden
- In het dossier van de klant voegen. Prikkel de gebruiker
- Publiciteit via de beroepsvereniging
- Opnemen in het curriculum van hogescholen, MBO opleidingen en post-hbo (n=2)
- Bij het opstellen van richtlijnen de wijkverpleegkundigen betrekken zoals de huisartsen dat doen met de LESA.
- Opnemen in het schrijven van je zorgleefplan. Handelen volgens protocol moet in sommige gevallen worden; handelen naar richtlijn. Oftewel organisatie moet er achter staan, misschien introduceren vanuit de wijkverpleegkundige of de praktijkbegeleiders
- Bespreekbaar blijven houden en maken tijdens teamoverleggen. Vast punt op de agenda tijdens werkoverleg (n=5)
- Tijd voor maken in je werkzaamheden door de werkgever, te weinig uren niet cliënt gebonden
- Behalve de apps moeten organisaties centrale informatie en richtlijnen ook toegankelijk maken op intranetten, het en / en verhaal werkt het beste
- Goed format
- Niet alleen scholing over de inhoud maar ook hoe een richtlijn te lezen. Zodanig opbouwen dat je het als een digitale editie kan lezen en er bladwijzers in kunt maken
- Nieuwsbrieven en app
- E scholing, video scholing, praktijk scholing en toetsing - koppelen aan V&VN kwaliteitsregister
- Maak het overzichtelijk dan hoeven de (wijk)verpleegkundigen maar 1 site te openen en hebben alle informatie.

Wijkverpleegkundigen (n=86) zijn via verschillende wegen benaderd om de enquête in te vullen. De meeste wijkverpleegkundigen hebben een uitnodiging gehad via V&VN (figuur 3). Daarnaast hebben 13 wijkverpleegkundigen aangegeven dat ze via het Van Kleef instituut zijn uitgenodigd en twee via zichtbare schakel-projecten.

Figuur 6 Weg waarlangs wijkverpleegkundigen zijn uitgenodigd om de enquête in te vullen (n=86)



Bijlage 6: Overzicht resultaten zorgverzekeraars en patiëntenvereniging

Kader 6 Redenen waarom richtlijnen belangrijk zijn voor de beroepsgroep

- Enerzijds omdat je met behulp van richtlijnen kunt aangeven voor welke problemen de wijkverpleegkundige ook daadwerkelijk een oplossing te bieden heeft. Je maakt als het ware transparant waar de wijkverpleegkundige op te bevragen is. En daarmee laat je kwaliteit zien. Anderzijds is de richtlijn voor stakeholders als patiënten en zorgverzekeraars een belangrijk document om op basis van gelijkwaardigheid en kennisbalans een discussie met de professional aan te gaan. Het is een belangrijke basis voor vertrouwen en samenwerking. Tot slot: ook andere zorgverleners zijn gebaat bij goede en transparante richtlijnen.
- De transitie van verpleging uit de AWBZ naar de Zvw biedt kansen om de verpleging thuis te versterken maar zeker ook risico's. Zonder richtlijnen is niet inzichtelijk wat wijkverpleegkundige zorg is. Zowel niet voor patiënten, als andere professionals in de wijk en verzekeraars.
- Biedt een basis voor eenduidigheid in handelen/taal. Reikwijdte verpleegkundig handelen in de keten. Stimuleert patiëntempowerment en passende zorg. Verwachtingenmanagement: om hooggespannen verwachtingen over wijkverpleegkundigen in transitiefase te temperen (samenredzaamheid, holistische benadering, coördinatie van zorgnetwerken, eigen regie etc.).
- Dan kan (goed) duidelijk gemaakt worden: wat en hoe (mede o.b.v. wetenschappelijk bewijs), zou kunnen/moeten worden om passende zorg te kunnen leveren. Maar net zo belangrijk is het dan ook om aan te kunnen tonen wat de resultaten zijn van de acties/interventies. Vanuit de zorgverzekeringwet zal men behoefte hebben om duidelijk te krijgen wat te doen gebruikelijk is binnen de beroepsgroep: die "kreet" komt altijd terug. Het maakt dus duidelijk / kan duidelijk maken wat het (beoogd) rendement / resultaat voor de klant, zorgverzekeraar zal (kunnen) zijn

Kader 7 Rol bij ontwikkeling van wijkverpleegkundige richtlijnen

- Op persoonlijke titel, heb niet kunnen overleggen: Op zich niet zo, maar zou mogelijk in begin via de koepels als ZN, sturend/eisend kunnen zijn, maar dat hangt ervan af wat en hoe er in de ZVW komt te staan en hoe dat wordt omschreven. Want ik zie dat net als hoe bv er zaken van de fysiotherapeut worden omschreven. Maar volgens mij worden nieuwe richtlijnen ook altijd voorgelegd en dan dus meer toetsend/controlerend?
- Het inbrengen van onderdelen in de richtlijnen die vanuit het patiëntperspectief van belang zijn zoals: preventie, zelfmanagement, verbinding/samenwerking met mantelzorg, idem voor andere professionals.
- Als zorgverzekeraar willen we primair betrokken zijn vanuit het oogpunt van kwaliteitsborging en klantgerichtheid. Verder kunnen we meedenken over de realiteitswaarde (o.a. i.v.m. bekostiging) en de samenhang met andere zorg. Tot slot kunnen we via allerlei afspraken bijdragen aan de verspreiding en de compliance met de richtlijnen.
- Het ouderen-/patiëntperspectief kan naar voren worden gebracht. Zie ook de argumentenkaart van het Kwaliteitsinstituut i.o.

Kader 8 Rol bij prioritering van nieuwe wijkverpleegkundige richtlijnen

- Hierin kunnen we een weging aanbrenge vanuit ouderenperspectief. We hebben hiertoe een netwerk van ambassadeurs/kaderleden.
- We willen bij het complexe proces van transitie van AWBZ naar Zvw en bij de professionalisering van de wijkverpleegkundige graag samen optrekken om een optimaal resultaat te bereiken voor onze verzekerden/jullie patiënten/klanten. Daarbij komt zeker de vraag aan bod waar we de prioriteiten moeten leggen. Voor ons als VGZ ligt er een hoge prioriteit in het realiseren van wijknetwerken, waarbinnen de wijkverpleegkundige een belangrijke functie kan vervullen. Dat vergt forse investeringen in tijd en veranderingscapaciteit, we zijn er nog lang niet!
- Bepaling van richtlijnen die prioriteit hebben vanuit het perspectief van patiënten. Wat zijn de risico's van het ontbreken van richtlijnen het grootst.
- Geen

Kader 9 Rol bij gebruik van wijkverpleegkundige richtlijnen

- Bekendheid verlenen aan de richtlijn
- In het algemeen is het werken volgens de binnen de beroepsgroep geldende kwaliteitsstandaarden (w.o. richtlijnen, maar ook bij- en nascholing en bijv. intervisie) als een basaal vereiste om voor een overeenkomst in aanmerking te komen.
- Saillant punt is ook dat het een goede zaak is dat belangenbehartiging en kwaliteitsontwikkeling bij een volgroeide professionele beroepsgroep apart van elkaar zijn georganiseerd. Vergelijk de huisartsen (LHV en NHG). Daar ligt nog een uitdaging voor de V&VN en de wetenschappelijke entourage eromheen!
- Communicatie naar patiënten over richtlijnen.
- Geen

Bijlage 7: Enquête wijkverpleegkundige richtlijnen

V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen heeft recent het initiatief genomen tot de inrichting van een programma voor het ontwikkelen en invoeren van richtlijnen voor wijkverpleegkundigen. Het doel van het programma is fasegewijs te voorzien in de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen voor wijkverpleegkundige zorg in de eerste lijn.

DEFINITIE RICHTLIJN EN PROTOCOL

Richtlijnen en protocollen worden nog wel eens door elkaar gehaald. Daarom geven we hieronder de definities van beiden:

Een richtlijn is een document met systematisch ontwikkelde aanbevelingen, zoveel mogelijk op basis van wetenschappelijk bewijs, om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties. Richtlijnen geven aan wat er gedaan KAN worden. Een richtlijn is richtinggevend.

Een protocol is een document dat tot doel heeft zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen, met andere woorden het geeft aan hoe een handeling uitgevoerd MOET worden. Een protocol geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan moet worden. Een protocol is specifiek, lokaal, bevat voorschriften en is veelal afgeleid van een richtlijn. De vrijheid van handelen is bij een protocol beperkt, in tegenstelling tot bij een richtlijn.

DOEL ENQUETE

De eerste stap is het vinden van onderwerpen waarvoor richtlijnen gewenst zijn. Daarvoor is nodig dat we weten welke richtlijnen er zijn en waar in de beroepsuitoefening de grootste lacunes worden gevoeld. De afdeling Eerstelijnsverpleegkundigen van V&VN wil daarom inventariseren welke richtlijnen op bepaalde terreinen aanwezig zijn en wat de behoefte is met betrekking tot het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen.

Met behulp van onderstaande enquête willen we het gebruik van en de behoefte aan richtlijnen van wijkverpleegkundigen inventariseren.

De korte enquête bevat (maximaal) 16 vragen met betrekking tot richtlijnen voor wijkverpleegkundigen. Het invullen van de enquête zal 5-10 min in beslag nemen.

1. Hoeveel jaar werk je als wijkverpleegkundige?

Aantal jaar:

2. Hieronder volgt een willekeurige opsomming van bestaande (mono- of multidisciplinaire) richtlijnen. Welke richtlijnen ken je (meerdere antwoorden mogelijk)?

COPD

Cytostatica

Decubitus

Delier

Dementie

Depressie

Diabetes

Euthanasie

Hartfalen

Hygiëne

Incontinentie

Infectie preventie

Medicatie en veiligheid

MRSA

Oncologie

Ondervoeding

Palliatieve sedatie

Persoonlijkheidsstoornissen

Rouwverwerking

Schizofrenie

Smetten

Valpreventie

Verzorging van wonden

Andere richtlijnen die niet in bovenstaande lijst voorkomen, namelijk:

3. Maak je gebruik van richtlijnen?

Ja

Nee

4. Waarom maak je geen gebruik van richtlijnen (meerdere antwoorden mogelijk)?

Richtlijnen zijn niet/moeilijk te vinden

Richtlijnen zijn niet gericht op de praktijk

Ik maak liever gebruik van eigen kennis en/of van collega's

Ik heb richtlijnen niet nodig

Richtlijnen zijn moeilijk te lezen/begrijpen

Anders, namelijk

5. Hieronder volgt een willekeurige opsomming van bestaande (mono- en multidisciplinaire) richtlijnen. Welke richtlijnen gebruik je (meerdere antwoorden mogelijk)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Medicatie en veiligheid |
| <input type="checkbox"/> Cytostatica | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Decubitus | <input type="checkbox"/> Oncologie |
| <input type="checkbox"/> Delier | <input type="checkbox"/> Ondervoeding |
| <input type="checkbox"/> Dementie | <input type="checkbox"/> Palliatieve sedatie |
| <input type="checkbox"/> Depressie | <input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornissen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rouwverwerking |
| <input type="checkbox"/> Euthanasie | <input type="checkbox"/> Schizofrenie |
| <input type="checkbox"/> Hartfalen | <input type="checkbox"/> Smetten |
| <input type="checkbox"/> Hygiëne | <input type="checkbox"/> Valpreventie |
| <input type="checkbox"/> Incontinentie | <input type="checkbox"/> Verzorging van wonden |
| <input type="checkbox"/> Infectie preventie | |
| <input type="checkbox"/> Andere richtlijnen die niet in bovenstaande lijst voorkomen, namelijk: | |

6. Zoek je wel eens naar richtlijnen?

- Ja
- Nee

7. Waar zoek je naar richtlijnen (meerdere antwoorden mogelijk)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Google of Google Scholar | <input type="checkbox"/> Website van Werkgroep Infectie Preventie (WIP) |
| <input type="checkbox"/> Website van Vilans | <input type="checkbox"/> Website Oncoline |
| <input type="checkbox"/> Website van V&VN | <input type="checkbox"/> Website Pallialine |
| <input type="checkbox"/> Website van CBO | <input type="checkbox"/> Website Zorg voor Beter |
| <input type="checkbox"/> Website van RIVM | <input type="checkbox"/> Website Nursing |
| <input type="checkbox"/> Website van NHG | <input type="checkbox"/> Intranet/ eigen organisatie |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | |

8. Vind je richtlijnen makkelijk te vinden?

- Ja
- Nee

Wil je je antwoord toelichten?

9. Heb je behoefte aan nieuwe richtlijnen?

- Ja
- Nee

10. Aan welke nieuwe richtlijnen heb je behoefte?

11. Kun je een voorbeeld geven van een goede richtlijn en uitleggen waarom je dit een goede richtlijn vindt?

12. Kun je een voorbeeld geven van een slechte richtlijn en uitleggen waarom je dit een slechte richtlijn vindt?

13. Aan welke eisen moet een richtlijn voldoen om in de praktijk te worden gebruikt?

Geef een volgorde aan de eisen waar een richtlijn volgens jou aan moet voldoen, waarbij 1 het belangrijkste weergeeft en 10 het minst belangrijkste.

- Praktisch
- Niet te lang (maximaal 1 A4)
- Checklist en samenvatting aanwezig
- Evidence based
- Up-to-date
- Toepasbaar in de praktijk (dus practice based)
- Overzichtelijk bij elkaar
- Alle richtlijnen volgens hetzelfde format, dezelfde opbouw
- Gebruiksvriendelijk
- Gratis

14. Zijn er nog andere eisen waar een richtlijn volgens jou aan moet voldoen om te worden gebruikt in de praktijk, die hierboven niet staan beschreven? Zo ja welke?

- Nee
- Ja, namelijk

15. Op welke manieren zou je het gebruik van richtlijnen kunnen bevorderen?

Geef een volgorde aan, aan de manieren waarop volgens jou richtlijn gebruik kan worden bevorderd, waarbij 1 de beste manier weergeeft en 12 de minst goede manier.

- Richtlijnen vindbaar op één centraal punt
- Feedback op een richtlijn moet mogelijk zijn, zowel inhoudelijk als voor nieuwe ideeën
- Een kartrekker in je eigen team.
- Voldoende tijd om ze te lezen
- Een systeem dat je automatisch op de hoogte brengt van nieuwe richtlijnen (app, email, etc.)
- Koppeling van scholing aan verschijnen nieuwe richtlijn
- Richtlijnen gratis toegankelijk
- App waarop je richtlijn ook bij klanten bv kan raadplegen
- Richtlijn geschreven door wijkverpleegkundigen
- Link in een richtlijn naar verwante protocollen
- Intrinsieke motivatie, moet een gewoonte worden
- Elkaar er op aan spreken

16. Zijn er nog andere manieren waarop het gebruik van richtlijnen kan worden bevorderd? Zo ja welke?

- Nee
- Ja, namelijk

17. Via welke weg ben je uitgenodigd om deze enquête in te vullen (meerdere antwoorden mogelijk)?

- V&VN
- Twitter
- Facebook
- Linked-in
- Werkgever
- Collega
- Anders, namelijk

Heel erg bedankt voor het invullen van de vragenlijst!!

Voor eventuele vragen naar aanleiding van de vragenlijst kunt u contact opnemen met:

Elin Koppelaar
e.koppelaar@hr.nl
010-794 5517

en

Henk Rosendal
h.rosendal@hr.nl
010- 794 5511

Bijlage 8: Begeleidende brief enquête wijkverpleegkundigen

De wijkverpleegkundige richtlijnen zijn van en voor wijkverpleegkundigen zelf

Als de wijkverpleegkundige zorg niet langer vanuit de AWBZ wordt betaald maar vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), zal de wijkverpleegkundige zelf moeten gaan indiceren welke wijkverpleegkundige zorg de patiënt nodig heeft. Om wijkverpleegkundigen daarbij te ondersteunen, is V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen een programma gestart voor het ontwikkelen, verspreiden en invoeren van richtlijnen voor wijkverpleegkundigen.

De op handen zijnde verandering in de financiering van het wijkverpleegkundig werk (van AWBZ naar de Zorgverzekeringswet) was een belangrijke reden om dit programma op te zetten. Maar ook omdat wijkverpleegkundigen een onmisbare schakel zijn in de vormgeving van een geïntegreerde eerste lijn. Initiatieven als 'Zichtbare Schakel' en het onderzoek 'Versterken van Verpleging Thuis' door V&VN en NPCF laten zien dat de generalistisch werkende wijkverpleegkundige veel toegevoegde waarde kan hebben bij huidige en toekomstige vraagstukken in de gezondheidszorg. Daarom is het van groot belang dat wijkverpleegkundigen helder kunnen verantwoorden wat zij in specifieke situaties gepaste en kwalitatief goede zorg vinden. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en ActiZ hebben er het afgelopen jaar daarom herhaaldelijk op gewezen dat richtlijnen hiervoor van essentieel belang zijn.

Richtlijn verbetert kwaliteit van zorg

Voor alle betrokkenen, inclusief de financier, moet immers duidelijk zijn **wat** goede wijkverpleegkundige zorg inhoudt en **hoe** deze is onderbouwd. En dat is de kern van richtlijnen; zij zijn bedoeld ter verbetering van de kwaliteit van de zorg door onder andere de variatie in handelen tussen zorgverleners te verminderen, het klinisch handelen meer te baseren op wetenschappelijk bewijs dan alleen op ervaring en meningen en bovendien om transparanter te werken. Voorbeelden van veel gebruikte richtlijnen zijn: polyfarmacie, palliatieve zorg en MRSA.

Veel beroepsgroepen, zoals huisartsen, maken al langer gebruik van richtlijnen (NHG-standaarden). In het recent verschenen Expertisegebied Wijkverpleegkundige is het belang hiervan ook vastgelegd, met name in de rol als reflectieve beroepsbeoefenaar.

Programma 'Richtlijnen Wijkverpleegkundige Zorg'

Met dit alles in het achterhoofd, is vorig jaar vanuit de afdeling Eerstelijnsverpleegkundigen een plan voor een programma 'Richtlijnen Wijkverpleegkundige Zorg' geschreven.

Het programma wil niet alleen bijdragen aan het ontwikkelen van richtlijnen maar ook aan het gebruik ervan. De NHG-standaarden voor huisartsen zijn wel een beetje een goed voorbeeld, omdat dit een programma is dat echt door huisartsen zelf wordt uitgevoerd en de richtlijnen makkelijk toegankelijk maakt. Dat is nodig, zo leren we nu, omdat wijkverpleegkundigen aangeven, dat er behoefte is aan beknopte en concrete richtlijnen, die makkelijk vindbaar zijn. Een

kwaliteitskeurmerk is daarbij cruciaal, zodat de lezer/gebruiker er zeker van kan zijn dat de richtlijnen robuust zijn onderbouwd.

De eerste stap van het plan bestaat uit een literatuursearch, uitgevoerd door de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Zo doet de hogeschool een systematische verkenning van bestaande richtlijnen in Nederland. Ook inventariseert de HAN hoe in het buitenland wijkverpleegkundige richtlijnen worden ontwikkeld.

De tweede stap van het plan bestaat uit een veldraadpleging, uitgevoerd door de Hogeschool Rotterdam (HR). Hierin gaat de HR na welke richtlijnen wijkverpleegkundigen gebruiken, in hoeverre er behoefte is aan nieuwe richtlijnen (welke onderwerpen) en waar een richtlijn volgens hen aan zou moeten voldoen om te worden gebruikt in de praktijk.

Inmiddels hebben er 3 workshops plaatsgevonden waar al meer dan 100 wijkverpleegkundigen hun mening hebben gegeven. Hieruit kan nu al worden geconcludeerd dat veel wijkverpleegkundigen niet op de hoogte zijn van bestaande richtlijnen en dat deze dus vaak ook niet worden gebruikt. Tegelijkertijd vinden de meeste wijkverpleegkundigen het wel van belang dat er richtlijnen zijn/komen en dat deze goed vindbaar en bruikbaar zijn. Voorbeelden van onderwerpen voor nieuwe richtlijnen die naar voren werden gebracht zijn: ouderenzorg, polyfarmacie, opzetten van preventiebeleid, en culturele verschillen bij het omgaan met verschillende aandoeningen.

Wij ontvangen ook graag uw mening betreffende het gebruik, de behoefte aan en de eisen van nieuwe richtlijnen. Daarom vragen wij u of u de tijd wil nemen om deze korte (anonieme) enquête in te vullen.

De enquête bestaat uit (maximaal) 16 vragen en het invullen zal 5-10 min in beslag nemen.

Alvast bedankt voor het invullen!

Bijlage 9: Enquête verzekeraar en patiëntenvereniging

V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen heeft recent het initiatief genomen tot de inrichting van een programma voor het ontwikkelen en invoeren van richtlijnen voor wijkverpleegkundigen. Het doel van het programma is fasegewijs te voorzien in de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen voor wijkverpleegkundige zorg.

DEFINITIE RICHTLIJN EN PROTOCOL

Richtlijnen en protocollen worden nog wel eens door elkaar gehaald. Daarom geven we hieronder de definities van beiden:

Een richtlijn is een document met systematisch ontwikkelde aanbevelingen, zoveel mogelijk op basis van wetenschappelijk bewijs, om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties. Richtlijnen geven aan wat er gedaan KAN worden. Een richtlijn is richtinggevend.

Een protocol is een document dat tot doel heeft zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen, met andere woorden het geeft aan hoe een handeling uitgevoerd MOET worden. Een protocol geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan moet worden. Een protocol is specifiek, lokaal, bevat voorschriften en is veelal afgeleid van een richtlijn. De vrijheid van handelen is bij een protocol beperkt, in tegenstelling tot bij een richtlijn.

DOEL ENQUETE

V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen wil inventariseren welke richtlijnen op bepaalde terreinen aanwezig zijn en wat de behoefte is met betrekking tot het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen. Die vragen worden primair aan de wijkverpleegkundigen zelf voorgelegd.

Daarnaast willen we graag weten hoe andere stakeholders hier tegen aankijken. Daarom zenden we u hierbij graag een zeer korte vragenlijst met het verzoek om deze in te vullen. Het betreft 7 vragen met betrekking tot richtlijnen voor wijkverpleegkundigen. Het invullen zal ongeveer 5-10 min in beslag nemen. Zou u deze willen invullen en aan mij willen retourneren?

Ik zou het vervolgens bijzonder op prijs stellen als ik daarna nog een keer telefonisch contact met u kan opnemen om uw reactie te bespreken. Als dat akkoord is, wilt u dan aangeven onder welk telefoonnummer ik u kan bereiken?

Alvast heel erg bedankt voor het invullen!

Henk Rosendal
(email: H.Rosendal@hr.nl)

1. Hoe belangrijk zijn richtlijnen voor ontwikkeling van de beroepsgroep van wijkverpleegkundigen?

- Heel belangrijk
- Belangrijk
- Neutraal
- Niet belangrijk
- Helemaal niet belangrijk

2. Waarom vind je het wel/niet belangrijk dat er richtlijnen zijn voor wijkverpleegkundigen?

3.

Geef een volgorde aan, aan de manieren waarop volgens jou richtlijn gebruik kan worden bevorderd, waarbij 1 de beste manier weergeeft en 12 de minst goede manier (ieder cijfer slecht 1x gebruiken!).

- 1 Richtlijnen vindbaar op één centraal punt
- 2 Feedback op een richtlijn moet mogelijk zijn, zowel inhoudelijk als voor nieuwe ideeën
- 3 Een kartrekker in je eigen team.
- 4 Voldoende tijd om ze te lezen
- 5 Een systeem dat je automatisch op de hoogte brengt van nieuwe richtlijnen (app, email)
- 6 Koppeling van scholing aan verschijnen nieuwe richtlijn
- 7 Richtlijnen gratis toegankelijk
- 8 App waarop je richtlijn ook bij klanten bv kan raadplegen
- 9 Richtlijn geschreven door wijkverpleegkundigen
- 10 Link in een richtlijn naar verwante protocollen

11 Intrinsieke motivatie, moet een gewoonte worden

12 Elkaar er op aan spreken

4. Welke rol zie je vanuit jouw (professionele) perspectief bij de **ontwikkeling** van richtlijnen?

5. Welke rol zie je vanuit jouw (professionele) perspectief bij de **prioritering** van nieuwe richtlijnen?

6. Welke rol zie je vanuit jouw (professionele) perspectief bij het **gebruik** van richtlijnen?

Heel erg bedankt voor het invullen van de enquête!!

Voor eventuele vragen naar aanleiding van de vragenlijst kun je contact opnemen met:

Henk Rosendal
h.rosendal@hr.nl
010- 794 5511

Bijlage 10: Vragen voor internationale organisaties

1. Who or which organizations are responsible in [country] for:
 - a. The identification and prioritization of new community care guidelines?
 - b. The formulation of the subjects for community care guidelines?
 - c. The development of community care guidelines?
 - d. The dissemination of community care guidelines?
 - e. The reviewing of the community care guidelines?

2. How are nurses involved in the above mentioned processes?

3. Which organization supports the funding for the development, dissemination and reviewing of community care guidelines?

4. Is there a central database for these guidelines? How can one get access to this database?

5. Which person of internet site can I contact/visit for more information?

¹¹ (zie bijvoorbeeld het rapport 'Zorgstandaarden' in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten' van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden van het ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten, Den Haag, februari 2010.)

Colofon

Het rapport Wijkverpleegkundige richtlijnen is een uitwerking van het programma 'Richtlijnen wijkverpleegkundige zorg'. Het doel van het programma is fasegewijs te voorzien in de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen voor wijkverpleegkundige zorg/verpleegkundige zorg in de eerste lijn. Het onderzoek en het rapport zijn met financiële bijdrage van ActiZ tot stand gekomen.

Auteurs

Wytske Geense, onderzoeker UMC St Radboud

Elin Koppelaar, onderzoeker Hogeschool Rotterdam

Henk Rosendal, voorzitter V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen en lector Wijkzorg Hogeschool Rotterdam

Rob van der Sande, bestuurslid V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen en lector Langdurige Zorg, Hogeschool Arnhem Nijmegen

Het is toegestaan teksten uit deze uitgave over te nemen, mits je de juiste bron vermeld.

© V&VN

September 2013