

# DE SLEUTEL TOT ZORG



**De inzet van thuiszorg bij peritoneale dialyse**



# DE SLEUTEL TOT ZORG

De inzet van thuiszorg bij peritoneale dialyse





## INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	4
Inleiding	6
1. Medische aspecten van transmurale zorg bij PD-patiënten	8
2. Verpleegkundige aspecten van thuiszorg bij PD-patiënten	11
3. Afspraken in de thuiszorg bij ondersteuning van PD	14
4. De zorgindicatie	17
Nawoord	19
Bijlage 1 Leden van de Stuurgroep Thuiszorg	21
Bijlage 2 Stappenplan PD met ondersteuning	22
Bijlage 3 Uitvoeringsverzoek tot medisch handelen	23
Bijlage 4 Registratie professioneel handelen	24
Bijlage 5 Checklist ondersteuning PD	26
Bijlage 6 Brief CIZ: Beleidsregels indicatiestelling AWBZ	28
Bijlage 7 Brief CVZ: Aanspraak thuiszorg PD-patiënt	30
Bijlage 8 Overzicht gebruikte afkortingen	32



De bevolking in Nederland wordt steeds ouder en dat geldt ook voor de patiënten die een chronische niervervangende behandeling moeten ondergaan. Ouderdom, alleen wonen, bijkomende ziekten; het zijn allemaal redenen om niet voor thuisdialyse te kiezen<sup>1</sup>. Daar staat tegenover dat thuisdialyse ook voor de oudere patiënt grote voordelen kan hebben. Een behandeling in de eigen vertrouwde omgeving, opstaan wanneer je wilt, geen lange reistijden; voor veel ouderen is dat aantrekkelijk. Medisch maakt het meestal niet veel uit voor welke behandelvorm gekozen wordt. Verschillende studies hebben inmiddels aangetoond dat hemodialyse (HD) en peritoneale dialyse (PD) qua uitkomst gelijkwaardige behandelingen zijn<sup>2</sup>.

Een van de redenen waarom PD bij oudere patiënten relatief weinig wordt toegepast zou kunnen zijn dat ouderen niet meer goed in staat zijn de behandeling zelf uit te voeren. Daarvoor zou ondersteuning door de thuiszorg een oplossing kunnen zijn. De vraag is echter of de behandelaars wel voldoende bekend zijn met de mogelijkheden op dit gebied. Een ander knelpunt zou kunnen zijn dat er nogal wat barrières moeten worden overwonnen om de zorg op een goede manier te regelen. Tenslotte is er vaak onduidelijkheid over de opleiding die voor het uitvoeren van de zorg noodzakelijk is.

Deze overwegingen waren de aanleiding dat vanuit het Hans Mak Instituut het initiatief werd genomen de potentiële knelpunten in kaart te brengen en mogelijke oplossingsrichtingen aan te geven. Daarbij werd gebruik gemaakt van de expertise die er al bij instellingen en thuiszorgorganisaties op dit gebied bestaat. Deze expertise komt ten uitdrukking in de multidisciplinaire samenstelling van de Stuurgroep Thuiszorg waarin professionals met een verschillende achtergrond vertegenwoordigd zijn (zie bijlage 1). Ook de Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) was – in wisselende samenstelling – in de Stuurgroep vertegenwoordigd. De inbreng van de patiënten was op een aantal punten richtinggevend.

1. Jager et. al. Am J Kidney Dis 2004;43:891-899  
2. Vonesh et al KI suppl. 2006;103:S3-S11

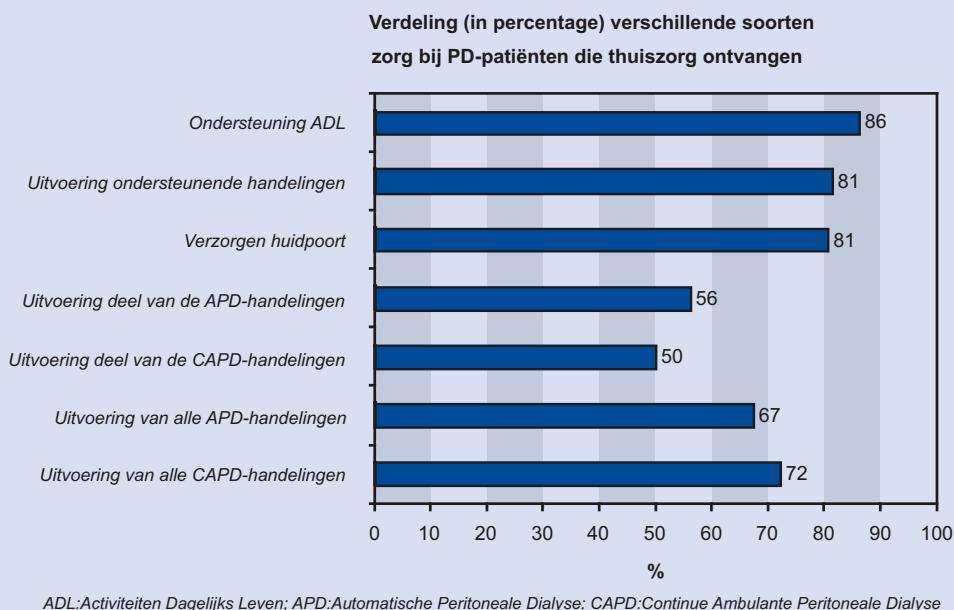
De Stuurgroep Thuiszorg is een aantal keren bijeen geweest. Leden van de Stuurgroep hebben hun ervaringen en inzichten op papier gezet. Deze adviesnota is daar een weerslag van. Het beoogt een bruikbaar naslagwerk te zijn voor al diegenen die zich bezighouden met de ondersteuning van de PD als patiënten door een tijdelijke of blijvende beperking de behandeling zelf niet meer kunnen uitvoeren.

De adviesnota 'De sleutel tot zorg' kan worden opgevraagd bij het Hans Mak Instituut: [info@hansmakinstituut.nl](mailto:info@hansmakinstituut.nl). Het document is ook via de website [www.hansmakinstituut.nl](http://www.hansmakinstituut.nl) digitaal beschikbaar.

Naarden, augustus 2007

**Dr. Els W. Boeschoten,**  
directeur Hans Mak Instituut

Om de bekendheid met het inzetten van de thuiszorgorganisaties bij de PD behandeling te inventariseren werd vanuit het Hans Mak Instituut per e-mail een enquête uitgevoerd in de 52 Nederlandse dialysecentra waar PD-behandeling wordt toegepast. De respons op de enquête was 73%. Van de respondenten maakte 87% gebruik van ondersteuning van de PD-behandeling door de thuiszorg. Bij 57% van deze centra werd bij PD-patiënten ouder dan 65 jaar altijd thuiszorg ingezet. De verschillende soorten zorg waar een beroep op werd gedaan staan vermeld in figuur 1. Opvallend is dat in meer dan tweederde van de gevallen de volledige uitvoering van de dialysebehandeling door de thuiszorg werd overgenomen.



Figuur 1. Verdeling van de verschillende soorten thuiszorg bij PD-patiënten

PD kan ook in een verpleeghuis worden uitgevoerd. Van de respondenten gaf 87% aan gebruik te maken van de mogelijkheden tot PD-zorg in een verpleeghuis. Bijna de helft van deze centra had op het moment van de enquête ook daadwerkelijk PD-patiënten die in een verpleeghuis verbleven.

Het gemiddeld aantal PD-patiënten per centrum dat in een verpleeghuis verbleef was 1,6 (spreiding 1 - 3).

Uit de enquête kon worden geconcludeerd dat onbekendheid met de mogelijkheden van ondersteuning van de PD-behandeling door de thuiszorg geen verklaring kon zijn voor het relatief weinig toepassen van PD als niervervangende behandeling bij de oudere patiënt.

Wel bleek uit deze enquête en een inventarisatie die een paar jaar eerder hebben plaatsgevonden, dat er meer duidelijkheid zou moeten zijn over de eisen waaraan een thuiszorgverpleegkundige moet voldoen die bij de PD-behandeling van patiënten thuis wordt ingezet. Ook bleek er behoefte te bestaan aan handvatten voor het organiseren van de PD-behandeling door de thuiszorg.

In de volgende hoofdstukken wordt een aantal aspecten van deze ondersteuning vanuit verschillend perspectief belicht.

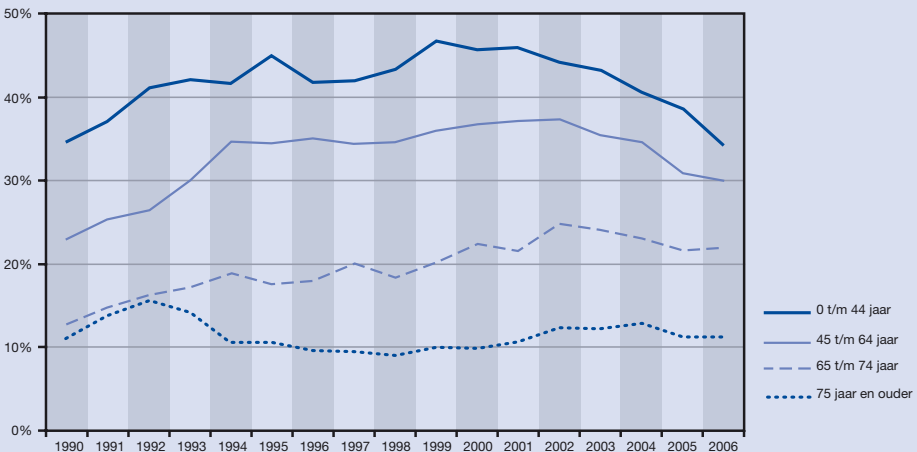


# 1. MEDISCHE ASPECTEN VAN TRANSMURALE ZORG BIJ PD-PATIËNTEN

**Coby van der Heijden-Buijsen, internist-nefroloog**

Chronische peritoneale dialyse is een behandeling die zorg op maat kan bieden aan de groeiende groep oudere patiënten met een terminale nierinsufficiëntie. Dit komt tot uitdrukking in een stabiele vochthuishouding door dagelijkse dialyse, het vermijden van lange reis- en wachttijden en het behoud van leven in de eigen vertrouwde omgeving.

Toch is in Nederland het percentage oudere patiënten (> 65 jaar) dat met peritoneale dialyse (PD) behandeld wordt relatief klein en varieert van 22% (65 t/m 74 jaar) tot 12% (> 75 jaar), terwijl deze modaliteit bij de jongere patiënten-categorieën veel populairder is: resp. 34% (0 t/m 44 jaar) en 30% (45 t/m 64 jaar) wordt met PD behandeld. Dit is te zien in figuur 2, waar het aantal PD-patiënten als percentage van het totaal aantal dialysepatiënten wordt weergegeven.



*Figuur 2. Aandeel peritoneale dialyse op 1 januari naar leeftijdsgroep*

Bron: Nieuwsbrief Renine 2007

Een deel van deze ouderen mist de vereiste zelfstandigheid om deze behandeling adequaat te kunnen uitvoeren<sup>3</sup>. Met inzet van de thuis- en verpleeghuiszorg is PD voor deze ouderen goed te realiseren<sup>4</sup>. 'PD met ondersteuning' ('assisted PD') kan ook ingezet worden bij patiënten met een tijdelijke of permanente fysieke beperking.

In de uitvoering van deze transmurale zorg is het dialysecentrum de eindverantwoordelijke instantie. De verdere verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken van het dialysecentrum en de verpleeghuis- en thuiszorgorganisaties, als ook de financiering van de zorg, dienen in een contract te worden vastgelegd. Op deze manier wordt een systeem van kwaliteitsbewaking opgezet dat toegepast kan worden bij verdere implementatie van PD met ondersteuning. In dit 'zorgcontract' worden afspraken gemaakt over wat patiënt en zorgverlener van elkaar kunnen verwachten.

## PROTOCOL

Een uniform protocol, afkomstig van het dialysecentrum, is van belang om kwaliteit en continuïteit van de thuis- en verpleeghuiszorg te waarborgen. Op medische gronden zijn goede afspraken over de volgende onderwerpen belangrijk:

1. Beschrijving van de uit te voeren handelingen;
2. Verantwoordelijkheid voor de scholing;
3. Borging van deskundigheid;
4. Continuïteit van de uitvoering.

### *Ad 1. Beschrijving van de uit te voeren handelingen.*

De predialysefase is bij uitstek geschikt voor het vaststellen van de zorgbehoefte van de oudere patiënt. Het trainingsprotocol van het dialysecentrum dient als leidraad voor de uit te voeren handelingen. In het protocol wordt o.a. de verzorging van de huidpoort, controle van bloeddruk en gewicht verwerkt. Door gebruik te maken van checklijsten heeft het protocol ook een signalerende functie.

3 Lobbedez et. al. PDI 2006;26:617-676

4 Polvlsen et. al. PDI 2005;25 (S3):S60-63

### *Ad 2. Verantwoordelijk voor de scholing.*

Het dialysecentrum is eindverantwoordelijk voor de scholing van de verpleegkundigen in de thuis- en verpleeghuiszorg ten aanzien van de PD-behandeling zoals die door deze verpleegkundigen thuis bij de patiënten zal worden uitgevoerd. Hiervoor gelden de landelijke kwaliteitseisen. Dit houdt in dat zowel de theoretische scholing als de praktische vaardigheden protocollair zijn beschreven.

### *Ad 3. Borging van deskundigheid.*

De theoretische en praktische training wordt afgesloten met een proeve van deskundigheid waaruit blijkt dat de verpleegkundige in staat is de benodigde handelingen uit te voeren conform de kwalitatieve eisen die daaraan door het dialysecentrum worden gesteld. De vereiste deskundigheid kan blijken uit een certificaat dat door het dialysecentrum aan de betrokkene wordt uitgereikt.

### *Ad 4. Continuïteit van uitvoering.*

Hertrainingen op vastgelegde tijdstippen zijn belangrijk als waarborg voor het in stand houden van de gevraagde vaardigheden en het behoud van het certificaat. Ook regelmatig contact - met te voren vastgestelde frequentie - van de thuiszorg (resp. verpleeghuiszorg) met het dialysecentrum en doelgerichte bijsturing is belangrijk voor het borgen van de kwaliteit van de zorg.

## **STAPPENPLAN**

Het is niet altijd goed duidelijk waaraan bij het inzetten van de thuiszorg bij de PD-behandeling allemaal gedacht moet worden. Als handvat kan het stappenplan worden gebruikt zoals dat op de dialyseafdeling van het Haga Ziekenhuis in Den Haag wordt gebruikt<sup>5</sup>. Dit stappenplan is als voorbeeld van “Best Practice” als bijlage 2 bij deze adviesnota gevoegd.

<sup>5</sup> Het volledige projectplan, met protocollen, stappenplan en procedures zoals die in Den Haag zijn ontwikkeld, kan worden opgevraagd bij Pieter de Vries, PD-coördinator van het Haga Ziekenhuis, locatie Leyweg; p.devries@hagaziekenhuis.nl

## 2. VERPLEEGKUNDIGE ASPECTEN VAN THUISZORG BIJ PD-PATIËNTEN

*Pieter de Vries, PD-coördinator en Aase Riemann, leidinggevende PD*

Voor de dialysepatiënt kan de beslissing om wijkverpleegkundigen thuis te laten komen veel betekenen en veel emoties oproepen. Gevoelens van:

- *Onvrijheid*: “allemaal vreemde mensen over de vloer”,
  - *Falen*: “ik kan de handelingen zelf niet onder de knie krijgen”, en
  - *Veiligheid*: “laat de zuster het maar doen, dan weet ik dat het goed gebeurt”,
- kunnen elkaar afwisselen. De beslissing wordt door de patiënt en diens familie genomen, in samenspraak met de zorgverleners van de PD-afdeling, in het bijzonder met de verpleegkundigen.

### METHODISCH WERKEN

Met behulp van de verpleegkundige anamnese wordt de behoefte van de patiënt, zijn leefsituatie en de (on)mogelijkheden om zelf de PD-behandeling uit te voeren, in kaart gebracht. In een voortdurende dialoog tussen de predialyseverpleegkundige, de trainingsverpleegkundige of de EVV-er (Eerste Verantwoordelijke Verpleegkundige) worden de uitgangspunten, de problemen en de uitvoering van de ‘PD met ondersteuning’ geëvalueerd en zonodig gewijzigd. Het Methodisch Verpleegkundig Werken, zoals geformuleerd in de huidige certificeringseisen leent zich uitstekend voor dit doel.

### BIJZONDERE AANDACHTSPUNTE

De huidige PD-verpleegkundigen in Nederland zijn goed opgeleid. Zij zijn in principe goed in staat om verpleegkundigen van de thuiszorg en van zorginstellingen voor het uitvoeren van de PD op te leiden. Wel moet het dialysecentrum zich afvragen of het in staat is de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling waar te maken. Daarbij moet men zich afvragen of:

- Er voldoende verpleegkundige formatie is om scholing aan thuiszorgverpleegkundigen en verpleegkundigen uit zorginstellingen te kunnen geven;
- Er mogelijkheden zijn voor overleg en aanvullende training bij de patiënt thuis;
- Het verpleegkundig personeel voldoende overzicht heeft om eventuele tekortkomingen in de door de thuiszorg (het verpleeghuis) geleverde zorg bespreekbaar te maken;
- De backup van de thuiszorg (verpleeghuiszorg) voldoende geborgd is.

## **OPLEIDING**

Het opleiden van ervaren wijkverpleegkundigen is iets anders dan een klinische les geven aan collega's tijdens de opleiding tot dialyseverpleegkundige. Vandaar dat het belangrijk is om de meest ervaren PD-verpleegkundigen in het team de lessen te laten verzorgen.

## **HUISBEZOEKEN**

Een huisbezoek samen met de wijkverpleegkundige is vooral bij de start van de zorg een goede garantie voor een probleemloze PD-behandeling. De afstemming die thuis bij de patiënt (of in het verpleeghuis) plaatsvindt, kan veel problemen in de toekomst voorkomen. Verder is het van belang dat al bij de start van de samenwerking afspraken over de frequentie van gezamenlijke huisbezoeken voor de komende periode worden gemaakt.

## **DURF JE HET?**

De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de 'PD met ondersteuning' ligt bij het PD-team van het dialysecentrum. Als er signalen zijn dat de kwaliteit van de handelingen van de wijkverpleegkundigen (verpleegkundigen in het verpleeghuis) achterblijft, dan is het zaak om dit direct bespreekbaar te maken. Veranderingen zijn dan noodzakelijk, eventueel met behulp van extra trainingen. De mogelijkheid moet aanwezig zijn om desnoods van thuiszorgorganisatie (zorginstelling) te veranderen. De durf van PD-verpleegkundigen om te "staan voor de zaak" en een goede en verantwoorde zorg te eisen, moet voorop staan.

## **VERPLEEGPLANNEN EN EVALUATIE**

Het regelmatig, structureel evalueren van het (multidisciplinaire) verpleegplan van de patiënt met 'PD met ondersteuning' is van onschatbare waarde. Hoe gaat het met de patiënt? Is de wijkverpleegkundige zorg nog nodig? Is het nodig (bijvoorbeeld op grond van peritonitisfrequentie) om de wijkverpleegkundigen te hertrainen? Is de situatie thuis nog verantwoord of is er een verpleeghuisindicatie? Of, als er sprake is van een ziekenhuisopname: hoe wordt de zorg na ontslag gecontinueerd? Het maken van verpleegplannen dwingt de individuele

PD-verpleegkundige om structureel na te denken over de zorg voor de patiënt. Het beschrijven van knelpunten en oplossingen geeft ook de zekerheid dat collega's de zorg zonodig probleemloos over kunnen nemen.



### 3. AFSPRAKEN IN DE THUISZORG BIJ ONDERSTEUNING VAN PD

*Mascha Oudeman, specialistisch verpleegkundige thuiszorg*

#### DE WET BIG

De uitvoering van medisch-technisch handelen is geregeld in de Wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Deze wet bevat regels voor beroepsbeoefenaren in de zorgverlening en heeft tot doel de patiënt te beschermen en de kwaliteit van de zorgverlening te bevorderen. Uitgangspunt is dat in principe iedereen geneeskundige handelingen mag verrichten, mits bekwaam.

Echter, voor voorbehouden handelingen geldt een bevoegdheidsregeling.

Er zijn drie soorten bevoegdheden:

1. Zelfstandig bevoegd (artsen, tandartsen en verloskundigen);
2. Zelfstandige uitvoeringsbevoegd (verpleegkundigen, mondhygiënisten en radiologisch laboranten, niveau 4 en 5);
3. Uitvoeringsbevoegd ((wijk)ziekenverzorgenden en verzorgenden, niveau 3).

Het opleidingsniveau van de uitvoerenden in de thuis-en verpleeghuiszorg vereist minimaal niveau 3 ziekenverzorgende/verzorgende individuele gezondheidszorg, afhankelijk van de gevraagde zorg. Handelingen betreffende de wisselingen van de verschillende PD-systemen kunnen worden uitgevoerd door uitvoerenden vanaf niveau 3. Voor intraperitoneale inspuitingen is niveau 4 een vereiste.

Aan de uitvoeringsbevoegden en de zelfstandig uitvoeringsbevoegden zijn voorwaarden gesteld om voorbehouden handelingen te kunnen verrichten:

1. Uitvoeringsverzoek arts;
2. Handelen volgens protocol;
3. Protocol in logboek;
4. Deskundigheidsbevordering (kennis en kunde) waardoor bekwaamheid gegarandeerd is.

#### *Uitvoeringsverzoek arts (ad 1).*

Indien de patiënt en diens mantelzorger niet in staat zijn om de PD-behandeling zelf uit te voeren, zal bepaald worden welke (verpleegkundige) zorg thuis ingezet dient te worden. Door het ondertekenen van een uitvoeringsverzoek (voorbeeld zie bijlage 3) komt de eindverantwoordelijkheid voor de handeling bij de

specialist te liggen, waarbij deze ook verantwoordelijk is voor de opvang bij problemen en calamiteiten.

In het uitvoeringsverzoek staat vermeld:

- De indicatie/aanleiding;
- Aard van de medische handeling;
- Specificaties;
- Medicijnen/vloeistoffen;
- Dosering per keer;
- Eventuele patiëntgebonden complicaties/bijwerkingen;
- Andere in dit verband relevante gegevens;
- Geldigheidsduur van de opdracht.

#### *Handelen volgens protocol, protocol in logboek (ad 2 en 3)*

De protocollen worden geleverd door de instelling waar de patiënt onder valt.

Ze zijn door het dialysecentrum volgens de landelijke richtlijnen opgesteld.

Omschreven worden de verschillende medisch-technische handelingen die noodzakelijk zijn bij PD (zie ook hoofdstuk 4) waaronder:

- EPO toedienen;
- Wisselingen met de verschillende systemen;
- Verzorgen van de huidpoort;
- Antibiotica toevoegen aan het dialysaat;
- Controle bloeddruk en gewicht.

Ieder protocol bevat een omschrijving van het doel van de handeling, de voorwaarden, de benodigde materialen en de handeling in een stappenplan. Deze protocollen vormen de richtlijnen voor het handelen van de verpleegkundigen en verzorgenden. De van toepassing zijnde protocollen worden toegevoegd aan het logboek van de patiënt.

#### *Deskundigheidsbevordering (ad 4)*

Thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen zijn primair verantwoordelijk voor het scholingsaanbod en het leveren van een goede kwaliteit van zorg. Het dialysecentrum is verantwoordelijk voor de scholing op het gebied van PD. Om de continuïteit van de uitvoering van de PD-zorg te garanderen, is het noodzakelijk dat

binnen de thuiszorgorganisatie resp. de zorginstelling voldoende (wijk)verpleegkundigen en (wijk) ziekenverzorgenden geschoold en bekwaam zijn.

De verpleeghuizen kunnen voor hun scholing gebruik maken van een opleidingsinstituut of van gespecialiseerde verpleegkundigen van het ziekenhuis, of zelf een scholingsprogramma aanbieden. Het bestuur van het verpleeghuis is voor deze scholing eindverantwoordelijk.

Ook in de thuiszorg ligt de eindverantwoordelijkheid voor de scholing bij het bestuur. De zorgcoördinator van de thuiszorg is er primair voor verantwoordelijk dat de uitvoerenden deskundig en bekwaam zijn en dat de continuïteit van de thuisbehandeling wordt gegarandeerd. Door gebruik te maken van een (regelmatig in te vullen) registratieformulier (voorbeeld zie bijlage 4) kan de uitvoerende aangeven waar zijn bekwaamheden liggen en of er behoefte is aan bijscholing.

Het dialysecentrum blijft altijd verantwoordelijk voor de deskundigheid bij de uitvoering van de zorg die aan de PD is gerelateerd. De scholing door of vanuit het dialysecentrum bestaat uit een theoretisch deel, waarmee de deskundigheid wordt gecreëerd en een praktisch deel, waarmee de bekwaamheid wordt gegarandeerd. Deze bekwaamheid kan blijken uit een certificaat dat door het dialysecentrum aan de thuiszorg (of verpleeghuis) verpleegkundige wordt uitgereikt.

## 4. DE ZORGINDICATIE

### *Ton van Kooij, maatschappelijk werker en Marianne Harthoorn, transferverpleegkundige*

Indien een patiënt zelf niet in staat is om de PD-behandeling uit te voeren, kan hiervoor een beroep gedaan worden op een thuiszorgorganisatie of, indien nodig, een zorginstelling.

#### **DE INDICATIEAANVRAAG**

De maatschappelijk werker of transferverpleegkundige betrokken bij de dialyse-afdeling ondersteunt de patiënt bij het aanvragen van een zorgindicatie bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De aanvraag wordt gedaan door het invullen van het “aanvraagformulier zorg”, aanwezig in het ziekenhuis of te downloaden van de website van het CIZ: [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl). De voor PD noodzakelijke activiteiten vallen in de functies persoonlijke verzorging en verpleging. In een checklist (voorbeeld zie bijlage 5) kan precies worden aangegeven welke handelingen met betrekking tot PD moeten worden overgenomen. De checklist kan gebruikt worden als aanvulling op de aanvraag die naar het CIZ wordt gestuurd en bij de overdracht naar een vervolginstelling. De in de checklist weergegeven tijden zijn overeenkomstig de door het CIZ gebruikte normeringen (bijlage 6).

Van belang is dat:

- De normtijden van het CIZ weer kunnen wijzigen;
- De functies (verpleging of persoonlijke verzorging), die het CIZ aan de handeling hangt, landelijk bepaald zijn;
- De tijden van alle handelingen (en dus functies) bij elkaar worden opgeteld. Hierdoor zal de afgegeven indicatie doorgaans voldoende ruimte bieden voor het uitvoeren van alle handelingen die voor de ondersteuning van de PD behandeling noodzakelijk zijn.

#### **ZORG IN NATURA OF PGB?**

De patiënt kan aangeven of hij/zij de zorg in natura of als persoonsgebonden budget (PGB) wil ontvangen. De transferverpleegkundige of maatschappelijk werker heeft hierin een adviserende rol. In het geval dat de patiënt kiest voor zorg in natura, mag hij/zij een voorkeuraanbieder aangeven. Voorwaarde is dat dit een instelling is voor thuiszorg die de gevraagde zorg ook kan leveren en

bij voorkeur al bekend is bij de PD-afdeling van het dialysecentrum. Indien de patiënt zelf de zorg wil inkopen middels een PGB moet duidelijk zijn dat de behandeling onder verantwoordelijkheid van het dialysecentrum wordt uitgevoerd en dat het dialysecentrum eisen stelt aan de kwalificaties van de zorgverleners die ingezet worden.

Als de toestand van de patiënt vereist dat een verpleeghuisopname noodzakelijk is, moet een verpleeghuisindicatie aangevraagd worden, waarbij ook de functies 'behandeling' en 'verblijf' geïndiceerd zullen worden.

Het is van belang om vooraf te onderzoeken welke thuiszorginstellingen en verpleeghuizen bekend zijn met de behandeling. Medewerkers zullen vooraf geschoold moeten worden in het uitvoeren van de noodzakelijke handelingen. Het is zinvol om met één of meerdere verpleeghuizen en thuiszorginstellingen afspraken te maken over behandeling van PD-patiënten en de noodzakelijke bijscholingstrajecten.

In het verleden is er een discussie geweest of ondersteuning van de PD-patiënt een ziekenhuisbehandeling is of een behandeling is die onder de AWBZ valt. Het college voor zorgverzekeringen heeft aangegeven dat de ondersteuning van PD valt onder de AWBZ. Omdat hierover nog steeds vragen worden gesteld is de betreffende brief bij deze adviesnota gevoegd (bijlage 7).

Op dit moment moet er een inkomensafhankelijke bijdrage betaald worden voor zorg die onder de AWBZ valt. Er kan gebruik gemaakt worden van de Buitengewone Uitgavenregeling om via een belastingaangifte een deel van de bijzondere ziektekosten terug te krijgen, hieronder valt ook de eigen bijdrage voor thuiszorg. Bij de belastingdienst kan een T-formulier aangevraagd worden om deze aangifte te doen.

Voor verdere informatie kan contact opgenomen worden met het CAK-BZ: 0800-1925 of kunt u naar de website: [www.cak-bz.nl](http://www.cak-bz.nl)

### KAN HET BETER?

Verbeteren van de zorg voor PD-patiënten thuis? Daarvoor is een adviesnota alleen niet voldoende. Deze adviesnota kan alleen behulpzaam zijn bij het organiseren van een goede zorg bij de patiënten thuis, als deze door de betrokkenen regelmatig wordt gebruikt. Heeft u er iets aan gehad? Vertel het voort en stimuleer anderen de adviesnota op te vragen. Heeft u in de adviesnota iets gemist? Of verschilt u van mening over de voorgestelde aanpak? Laat het ons dan weten. Deze adviesnota is een eerste begin; het kan altijd beter.

### SCHOLING

Wat in elk geval beter kan, is een gestructureerde aanpak van de scholing van de thuisverpleegkundigen zodat zij de handelingen bij de PD-patiënt thuis goed kunnen uitvoeren. Voor de dialyseafdeling is het vaak een te grote belasting om steeds weer verpleegkundigen voor de thuiszorg te scholen. Dat kan net zo goed centraal worden gedaan, vanuit een opleiding voor verpleegkundigen, vanuit een dialyse-instelling die zich op dit gebied wil profileren of vanuit opleidingen voor de thuiszorg. Gedacht kan worden aan een landelijke opleidingsmodule waar de thuisverpleegkundigen in nierziekten en niervervangende behandelingen worden onderwezen. Met de nadruk op praktische problemen die men bij de patiënten thuis tegen kan komen. Het hoeft geen opleiding tot dialyseverpleegkundige te zijn. Van belang is vooral dat het goed gebeurt. Omdat het dialysecentrum voor de uitvoering van de thuiszorg verantwoordelijk is, blijft het wel van belang dat de betreffende wijkverpleegkundigen aan het eind van de opleiding door de dialysecentrum tot het uitvoeren van de handelingen bij de patiënten thuis worden geautoriseerd. Dat kan door middel van een certificaat, zoals ook nu al in diverse centra gebruikelijk is.

## **EN TENSLOTTE: TEVREDEN PATIËNTEN**

Waar het uiteindelijk om gaat is dat de zorg beter wordt, dat de patiënt zich veilig voelt, in vertrouwde handen, dat we de zorg om de thuisdialysepatiënt zo weten te organiseren dat er sprake is van een continuïteit die tevens goed uitvoerbaar is. Om te weten of deze doelen ook daadwerkelijk worden bereikt, wil het Hans Mak Instituut de patiënt en zijn of haar omgeving, het dialysecentrum en de thuiszorgorganisaties, vragen periodiek een korte vragenlijst in te vullen. Met de resultaten zal de Stuurgroep Thuiszorg aan de slag gaan en verbeterplannen opstellen. Het kan tenslotte altijd beter.....

### LEDEN VAN DE STUURGROEP THUISZORG

Marianne Harthoorn, *Transferverpleegkundige, Haga Ziekenhuis, loc. Leyenburg*

Coby van der Heijden-Buijsen, *Internist-Nefroloog, Medisch Centrum Rijnmond-Zuid*

Ton van Kooij, *Maatschappelijk Werker, Medisch Centrum Rijnmond-Zuid*

Mascha Oudeman, *Specialistisch verpleegkundige, Meavita Thuiszorg*

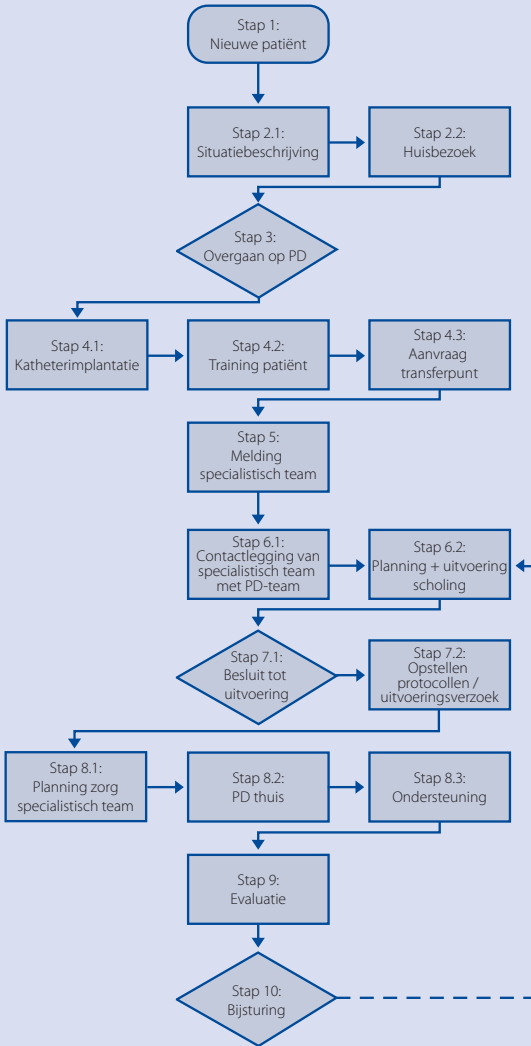
Aase Riemann, *Leidinggevende PD, AMC/Dianet*

Pieter de Vries, *PD Coördinator, Haga Ziekenhuis, loc. Leyenburg*

Vertegenwoordiging Nierpatiënten Vereniging Nederland



STAPPENPLAN PD MET ONDERSTEUNING: PATIËNT VANUIT PREDIALYSEFASE.



- Stap 1: Nieuwe patiënt
- Stap 2.1: MDO+voorlichting + bepaling zorgbehoefte:pré/PD-verpleegkundige/nefroloog/MMW.
- Stap 2.2: Huisbezoek PD-verpleegkundige+MMW.
- Stap 3: Keuze PD
- Stap 4.1: Katheterimplantatie.+ contactlegging thuiszorg.
- Stap 4.2: Training patiënt, inzicht in zorgvraag: planning (her)training thuiszorg.
- Stap 4.3: Melding transferpunt / MMW: aanvraag CIZ.: opstelling multidisciplinair verpleegplan.
- Stap 5: Transferpunt /MMW: melding hulpvraag specialistisch team / zorginstelling.
- Stap 6.1: Contact specialistisch team / zorginstelling met PD-team.
- Stap 6.2: Uitvoering scholing/ training specialistisch team / zorginstelling door PD-team.
- Stap 7.1: Besluit uitvoering. PD-team / specialistisch team/ zorginstelling.
- Stap 7.2: Opstellen protocollen PD-team, uitvoeringsverzoek / autorisatie:nefroloog.
- Stap 8.1: Planning ontslag en begeleiding specialistisch team/ zorginstelling door PD-team.
- Stap 8.2: Patiënt naar huis. Uitvoering zorg: specialistisch team / zorginstelling.
- Stap 8.3: Ondersteuning uitvoering: PD-team+bepaling contactfrequentie.
- Stap 9: Evaluatie
- Stap 10: Bijsturing bij situatieverandering: PD-team, specialistisch team/zorginstelling.

## BIJLAGE 3

### UITVOERINGSVERZOEK TOT MEDISCH HANDELEN

Naam + voorletters: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

Onderstaande medische handeling(en) uitvoeren conform de daartoe opgestelde protocollen

Indicatie/aanleiding

Aard van de handeling

Specificaties

Medicijnen/vloeistof

Dosering

Eventueel patiëntgebonden complicaties

Andere in dit verband relevant geachte gegevens

Geldigheidsduur van de opdracht

Ondertekening opdrachtgever

Ondertekening opdrachtnemer

Naam arts:

Plaats:

Datum:

Tel. nummer:

Naam:

Plaats:

Datum:

Functie:

Tel. nummer:

## BIJLAGE 4

### REGISTRATIE PROFESSIONEEL HANDELEN

Naam: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

In dienst per: \_\_\_\_\_

Manager: \_\_\_\_\_

Jaar: \_\_\_\_\_

Vaardigheid	Relevante werkervaring	Vereiste bekwaamheid	Bijscholing dd	Bedside- training dd	Bekwaam (jaarlijks bepalen)
<b>Injectie</b>					
Injecteren, intramusculair					
Injecteren, subcutaan					
Injecteren, transcutaan					
Injecteren, transjectie groeihormoon					
<b>Infusie</b>					
Toedienen medicatie					
Toedienen vocht en voeding					
Toedienen bloedtransfusie					
Toedienen cytostatica					
Verwijderen infuusnaald					
<b>Katheters, drains</b>					
Inbrengen katheter man					
Inbrengen katheter vrouw					
Inbrengen katheter meisje (< 15 jaar)					
Verwisselen suprapubiskatheter					
Spoelen nefrostomie-/galdrain					
Verzorgen drains					
Verwijderen wondrain					
<b>Medicatie</b>					
Vernevelen pentamidine					
Blaasspoelen met cytostatic					
Blaasspoelen met blaasvloeistof					
Toedienen MTX per injectie					
<b>Porta-cath</b>					
Verzorgen poortstelsel					
Aanprikken poortstelsel					
Aansluiten toedieningssysteem					

<b>Vaardigheid</b>	<b>Relevante werkervaring</b>	<b>Vereiste bekwaamheid</b>	<b>Bijscholing dd</b>	<b>Bedside- training dd</b>	<b>Bekwaam (jaarlijks bepalen)</b>
Toedienen bolusinjectie					
Toedienen cytostatica					
Toepassen heparineslot					
<b>Sonde</b>					
Inbrengen sonde volwassene					
Inbrengen sonde kind (<12 jaar)					
Toedienen voeding via hevel/ pomp					
Toedienen voeding via peg-sonde/ button					
Verzorgen peg-sonde					
Verzorgen button					
<b>Spinale pijnbestrijding</b>					
Verwisselen systeem					
Verwisselen cassette					
Toedienen bolus					
<b>Tracheacanule</b>					
Verwisselen buitencanule					
Verwisselen binnencanule					
Uitzuigen, tracheacanule					
<b>Zuurstof</b>					
Toedienen, via zuurstofconcentrator					
Toedienen, via zuurstofcilinder					
<b>CAPD/ CCPD</b>					
Handmatige wisselprocedure					
Machine opbouwen en afsluiten					
<b>Wondzorg</b>					
Aansluiten pomp vacuümtherapie					
Toepassen vacuümtherapie					
<b>Overig</b>					
Uitzuigen, mond-, neus- en keelholte					
Bijzonderheden:					

### CHECKLIST ONDERSTEUNING PD

(ponsplaatje/barcodesticker)



- A CAPD (Continue Ambulante Peritoneale Dialyse):**  
Wisselprocedure dialysaatzak 30 min. Frequentie:
- B APD (Automatische Peritoneale Dialyse):**  
Opbouwen, aansluiten, afsluiten 30 min. Frequentie:
- C HUIDPOORTVERZORGING:** 10 min.  
Dagelijkse inspectie en verzorging  
huidpoort (verzorging van intacte  
huid rondom onnatuurlijke uitgang) Frequentie:
- D BEGELEIDING BIJ MEDICATIE:**  
Uitzetten van medicatie 20 min. 1 x per week  
Injecteren: - I.P. (bv. antibiotica) 15 min. Frequentie:  
- S.C./I.M. (bv. erythropoetine) 15 min. Frequentie:  
Toezicht op inname medicatie 10 min. Frequentie:

**E ONDERSTEUNING BIJ LEEFREGELS:**

*25 min.*

Op streefgewicht blijven

- Controle vochtbalans
- Gewicht dagelijks controleren

*Vochtbeperking: ml.*

Bloeddruk controleren

*Streefgewicht:*

- Bloeddruk meten en interpreteren

*Frequentie:*

Dieetbegeleiding

- Begeleiden bij handhaving dieet
- Controle / navraag defecatiepatroon
- Bespreken maaltijdfrequentie

*Dieet:*

Hygiëne

*Afspraken:*

- Advisering en ondersteuning
- Huishoudelijke hulp gewenst: ja/nee

*Afspraken:*

**F TOEZICHT/CONTROLE LICHAAMSFUNCTIES**

Controle op aan- / afwezigheid van:

Koorts, kortademigheid, oedeem, pijn, stoelgang

**BIJZONDERHEDEN DIALYSE/OPMERKINGEN:**

---

---

### BRIEF CIZ: BELEIDSREGELS INDICATIESTELLING AWBZ

Postbus 232, 3970 AE DRIEBERGEN

**CIZ**  
Princenhof Park 3  
3972 NG Driebergen  
Postbus 232  
3970 AE Driebergen

T (030) 751 80 00  
F (030) 751 80 01  
E [info@ciz.nl](mailto:info@ciz.nl)  
[www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)

datum 29 maart 2007  
contactpersoon Marcel de Krosse  
doorkiesnummer 030 751 80 60  
e-mail [Marcel.de.krosse@ciz.nl](mailto:Marcel.de.krosse@ciz.nl)

onderwerp Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Op 7 maart jl. heeft de staatssecretaris van het ministerie van VWS de beleidsregels voor de indicatiestelling AWBZ vastgesteld. De beleidsregels zijn vanaf 1 april 2007 van kracht.

De beleidsregels bepalen op hoofdlijnen de criteria op basis waarvan het CIZ vaststelt of een verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg. Vastgesteld is daarmee voor het CIZ hoe de zorgvraag wordt gewogen om te komen tot een indicatiebesluit en hoe de grondslagen, gebruikelijke zorg en de zes zorgfuncties worden geïnterpreteerd (persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf).

De beleidsregels zijn als volgt tot stand gekomen:

- Het CIZ heeft haar gangbare indicatiebeleid verwoord in een concept document beleidsregels en aangeboden aan het ministerie van VWS;
- VWS heeft dit concept vervolgens ter advisering voorgelegd aan het CVZ en de adviezen van CVZ verwerkt.

De inhoud van de beleidsregels sluit daarmee aan bij de uitleg van de aanspraken AWBZ door het CVZ als pakketbeheerder. CVZ zal de uitleg van de aanspraken AWBZ verduidelijken in een nieuwe versie van het CVZ-kompas. Momenteel wordt het concept van dit kompas voor consultatie besproken met diverse ketenpartners.

De beleidsregels kunnen, gegeven de uitleg van de aanspraken AWBZ door het CVZ, op een aantal punten verschillen van de tot nu toe door CIZ-medewerkers gehanteerde richtlijnen. Bij deze informeren wij u kort over de belangrijkste verschillen:

- **Het onderscheid tussen de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging is, gegeven de uitleg van de aanspraken door het CVZ, herzien. In de beleidsregels wordt het criterium gehanteerd dat alle verzorgingshandelingen die gezonde mensen zelf kunnen uitvoeren voortaan onder de functie Persoonlijke Verzorging vallen. Dit betekent bijvoorbeeld dat handelingen als klaar zetten van medicijnen, oogdruppelen en spoelen van de blaas via een al aangebrachte catheter voortaan onder de functie Persoonlijke Verzorging vallen. Het gewijzigde onderscheid betekent ook dat een aantal SIPs per 1 april wordt aangepast.**
- Indicaties voor zorg met de functie Verblijf zullen niet langer gesteld worden in functies en klassen, maar in termen van zorgzwaartepakketten (zpp's). Het daadwerkelijk benoemen in het indicatiebesluit van zorgzwaartepakketten in geval van zorg met verblijf zal op een later stadium dan 1 april plaatsvinden. Tot die tijd zal het CIZ haar huidige werkwijze voor het indiceren van de functie Verblijf handhaven;
- Als een cliënt gedurende een bepaalde periode vrijwel dagelijks is aangewezen op zorg die alleen op grote afstand van zijn huis te verkrijgen is (meer dan een uur

enkele reistijd), kan de thuissituatie redelijkerwijs niet voorzien in de nodige toezicht en bescherming. In deze situatie is de cliënt aangewezen op de functie Verblif.

De invoering van de beleidsregels kan mogelijk tot gevolg hebben dat het aanvragen van een vervolgindicatie leidt tot een besluit dat afwijkt van het voorgaande terwijl de zorgsituatie van verzekerde niet wezenlijk is gewijzigd.

De beleidsregels zijn terug te vinden op onze website. Hier kunt u ook als bijlage bij hoofdstuk 4 respectievelijk 5 de normtijden voor de handelingen behorende bij de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging terugvinden.

We hopen u op deze wijze geïnformeerd te hebben over de beleidsregels voor de indicatiestelling AWBZ die vanaf 1 april 2007 van kracht zullen zijn. Als u vragen heeft, kunt u terecht bij de volgende adressen:

- Vragen over de inhoudelijke afbakening van de functies zoals verwoord in beleidsregels kunt u richten aan het CVZ ([info@cvz.nl](mailto:info@cvz.nl));
- Vragen over de toepassing van de beleidregels kunt u stellen aan het CIZ ([helpdesk@ciz.nl](mailto:helpdesk@ciz.nl));
- Vragen over de betekenis van de beleidsregels voor een Pgb kunt u richten aan het zorgkantoor in de betreffende regio;
- Indien u in algemene zin vragen heeft over deze beleidsregels kunt u contact opnemen met het Ministerie VWS (t.a.v. Directie Langdurige Zorg, Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag)

Met vriendelijke groet,

Marcel de Krosse  
Manager Expertisecentrum

BRIEF CVZ: AANSPRAAK THUISZORG PD-PATIËNT



College voor zorgverzekering

Hans Mak Instituut  
T.a.v. mw. E. Boeschoten  
Koningin Wilhelminalaan 29-B  
1411 EL NAARDEN

REGIOADRES  
Eekholt 4  
1112 XH Diemen

POSTADRES  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

T (020) 797 85 55  
F (020) 797 85 00  
E info@cvz.nl  
W www.cvz.nl

Uw brief van ----	Uw kenmerk ----	Datum 22 juni 2005
Ons kenmerk AWBZ/25062940	Behandeld door drs. A.M. Hopman	Doorkiesnummer (020) 797 86 01
Onderwerp Haemodialyse en thuiszorg		

Geachte mevrouw Boeschoten,

Uit recente uitspraken die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in indicatiegeschieden heeft gedaan, is het mogelijk te concluderen dat het bij geen enkele vorm van haemodialyse mogelijk is AWBZ-zorg te krijgen. Met deze brief wil het CVZ verduidelijken welke zorg rond haemodialyse wel en welke zorg niet ten laste van de AWBZ kan komen.

Voor een goed begrip van deze materie zijn twee onderscheiden van belang.

Allereerst is het van belang de zorg die is gericht op de haemodialyse zelf te onderscheiden van andere zorg, zoals bijvoorbeeld persoonlijke verzorging of huishoudelijke verzorging die noodzakelijk is vanwege de ziekte van een verzekerde, maar niet direct is gericht op de dialyse. Voorzover zorg niet is gericht op de dialyse, is het mogelijk dat deze, voor zover aan de gebruikelijke criteria is voldaan, ten laste komt van de AWBZ.

Wat de zorg betreft die is gericht op de dialyse zelf is het onderscheid tussen zelfzorg en professionele assistentie van belang. Op grond van artikel 2 lid 3 onderdeel c van het Besluit niet-klinische haemodialyse ziekenfondsverzekering omvat de ziekenfondsaanspraak ook de noodzakelijke assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse. Artikel 2 lid 3 onderdeel a van hetzelfde besluit bepaalt dat de kosten van opleiding van degenen die de dialyse zullen uitvoeren danwel daarbij behulpzaam zullen zijn, ook tot de ziekenfonds-aanspraak behoren.

Bij de ene vorm van dialyse, nl. haemodialyse is deskundige assistentie noodzakelijk. Het verlenen van deze zorg vraagt een gerichte opleiding. Voor zover dit aan de orde is, komt deze zorg ten laste van de ziekenfondsverzekering. Als het dialysecentrum de assistentie niet zelf verleent, maar dit aan gezinsleden of mantelzorgers van de verzekerde aanleert, kan die hulp niet ten laste van de AWBZ komen. Dit is ook niet het geval als die partner of mantelzorger uitvalt. Het dialysecentrum moet dan in de assistentie voorzien.

2/AWBZ/25062940

Op grond van artikel 2 lid 3 onderdeel c van het Besluit niet-klinische haemodialyse ziekenfondsverzekering valt die zorg immers onder de verstrekking "niet-klinische haemodialyse".

Bij de andere vorm van dialyse, te weten peritoneaal dialyse zijn geen handelingen vereist die specifieke deskundigheid of opleiding vereisen. De te verrichten handelingen zijn eenvoudig uit te leggen en uit te voeren, en brengen geen specifieke risico's met zich mee. Onder normale omstandigheden is een patiënt goed in staat om dit zelf uit te voeren. De handelingen nemen weinig tijd in beslag en toezicht is niet nodig.

Naar het oordeel van het CVZ betreft het hier zelfzorg, te vergelijken met het innemen van medicijnen of het zelf injecteren met insuline. Als een verzekerde door omstandigheden niet in staat is zelfzorg uit te voeren, kan AWBZ-zorg in de vorm van verpleging wél aan de orde zijn. Het gaat dan puur om het uitvoeren van de benodigde handelingen.

Hoogachtend,



mw. mr. G.M.M. Hendriksen-Neijssen  
Wvd. Sectormanager AWBZ

### Overzicht gebruikte afkortingen

ADL	Activiteiten Dagelijks Leven.
AMC	Academisch Medisch Centrum
APD	Automatische Peritoneale Dialyse
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
CAPD	Continue Ambulante Peritoneale Dialyse
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CPD	Chronische Peritoneale Dialyse
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
EPO	Erythropoïtine
EVV	Eerste Verantwoordelijke Verpleegkundige
HBO	Hogere Beroeps Opleiding
HD	Haemodialyse
MCRZ	Medisch Centrum Rijnmond Zuid
NVN	Nierpatiënten Vereniging Nederland
PD	Peritoneale Dialyse
PDI	Peritoneal Dialysis International
PGB	Persoons Gebonden Budget
RENINE	Registratie Nierfunctievervanging Nederland
VIG	Verzorgende Individuele Gezondheidszorg

Uitgave: Stuurgroep Thuiszorg Hans Mak Instituut

Hans Mak Instituut  
Koningin Wilhelminalaan 29 b  
1411 EL Naarden  
Tel. 035-6783000  
Fax. 035-6783002  
[www.hansmakinstituut.nl](http://www.hansmakinstituut.nl)



Deze uitgave is gerealiseerd met financiële steun van Baxter. B.V.

Baxter B.V.  
Kobaltweg 49  
3542 CE Utrecht  
Tel. 030-2488781  
Fax. 030-2488784  
E-mail: [utrecht.renal@baxter.com](mailto:utrecht.renal@baxter.com)

**Baxter**