

Standpunt sociaal verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten tuberculose m.b.t. de

BORGING VAN VERPLEEGKUNDIGE ZORG IN DE TUBERCULOSEBESTRIJDING 2017-2022

Dit is een pleidooi voor een landelijk, regionaal en lokaal effectief georganiseerd tuberculosebestrijdingsapparaat. Het is opgesteld door de V&VN Vakgroep Tuberculose, namens sociaal verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten werkzaam in de tuberculosebestrijding. Door de afnemende incidentie van tuberculose en de te verwachten screening, preventieve behandeling en begeleiding van latente tuberculose-infectie (LTBI) van asielzoekers en immigranten uit risicolanden zijn veranderingen in het werkveld van de tuberculosebestrijding onvermijdbaar. Regionalisatie en reorganisatie van zorg zijn in gang gezet om het werkveld toekomstbestendig te maken. Het doel van dit pleidooi is om de standpunten van de beroepsgroep met betrekking tot deze ontwikkelingen kenbaar te maken.

Tuberculosebestrijding in Nederland

In mei 2014 nam de World Health Assembly een nieuwe strategie aan om tuberculose verregaand terug te brengen: The End TB Strategy.¹ Nederland is één van de landen met een lage tuberculose-incidentie en conformeert zich in het NPT 2016-2020² aan de wereldwijde ambities en streeft er naar om in 2035 uit te komen op het pre-eliminatie niveau (minder dan 1 geval per 100.000).¹ In Nederland wordt de tuberculosebestrijding in het kader van de Wet Publieke Gezondheid uitgevoerd door lokale GGD-en in opdracht van gemeenten.³ Het belangrijkste doel van de tuberculosebestrijding in Nederland is om transmissie zoveel mogelijk te beperken door infecties op te sporen en een preventieve behandeling aan te bieden aan personen met een hoog risico op infectie en ziekte. Het accent in de tuberculosescreeening voor risicogroepen verschuift van screenen op ziekte, naar screenen op een infectie. Met name de behandeling en begeleiding van buitenlandse patiënten is zeer intensief en vraagt om nieuwe tools en middelen om deze groep op de juiste manier te informeren en te begeleiden.

Rol sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding

In 2015 waren er circa 60 sociaal verpleegkundigen (SV) en 3 verpleegkundig specialisten (VS) werkzaam in de tuberculosebestrijding (zie bijlage 1). De SV/VS heeft in Nederland een centrale rol in de tuberculosebestrijding. Zij is verantwoordelijk voor het coördineren van zorg en begeleiden van patiënten tijdens de behandeling van tuberculose.² Andere belangrijke werkzaamheden zijn surveillance, aangifte en registratie van tuberculose, beleidsontwikkeling en advies, preventie (o.a. ondersteunen therapietrouw, voorlichting geven), bron- en contactonderzoek, contacten met lokaal, regionaal en landelijk netwerk, uitbraakmanagement en epidemiologisch/wetenschappelijk onderzoek.⁴

Recente ontwikkelingen

De afnemende incidentie van tuberculose en de daarmee gepaard gaande noodzakelijke regionalisatie hebben de afgelopen jaren binnen de tuberculosebestrijding geleid tot verschillende ontwikkelingen, die effect hebben op het verpleegkundig handelen van de SV/VS.

Dit zijn:

- Vorming van vier regionale expertisecentra (REC) die hun regionale taken verschillend uitvoeren en waartussen weinig afstemming is
- (Aanstaand) vertrek van ervaren SV door pensionering (zie bijlage 1)
- Personele veranderingen, met als gevolg het ontstaan van kwetsbare (kleine) tbc-teams en het niet altijd kunnen en/of mogen bijdragen aan regionale en landelijke ontwikkelingen
- Verschillende taakherschikkingsinitiatieven tussen arts/SV en arts/VS door verschuiving van screening op ziekte naar screening op infectie en afname FTE voor artsen
- Initiatieven om zorgtaken van de tuberculosearts over te hevelen naar lokale longartsen of algemene infectieziekteartsen
- Verschil in inzicht en beleid met betrekking tot de inzet van de VS
- Lokaal besluit tot het inperken van outreachend werken (verpleegkundige huisbezoeken)
- Lokaal besluit tot het minimaliseren van LTBI-begeleiding door de SV

Om het pre-eliminatie niveau te bereiken is een goed georganiseerd tuberculosebestrijdingsapparaat nodig, met uniforme uitvoering van taken conform landelijke richtlijnen. Een bestrijdingsapparaat dat meebeweegt met een dalende incidentie van tuberculose en is afgestemd op een screening die verschuift van screening op actieve tuberculose naar screening op latente tuberculose-infectie (LTBI). De in gang gezette regionalisatie en reorganisatie vragen om duidelijkheid over noodzakelijke verpleegkundige deskundigheid, een opleidingsmodel voor gekwalificeerd verpleegkundig personeel en capaciteitsbeheersing.

Doel

Het doel is om 1) de standpunten van de beroepsgroep met betrekking tot de huidige ontwikkelingen in het werkveld van de tuberculosebestrijding kenbaar te maken en 2) om randvoorwaarden te schetsen die vanuit verpleegkundig perspectief nodig zijn voor het verder terugdringen van het aantal tuberculosepatiënten en voor het behoud van een goed georganiseerd bestrijdingsapparaat tegenover zo min mogelijk kosten (Triple Aim)⁵.

Standpunten

1. Organiseer grotere GGD-werkgebieden tuberculosebestrijding binnen REC

Creëer lokale tbc-bestrijdingsteams van verschillende GGD-en om te komen tot een GGD tbc-team met minimaal 3-4 SV/VS, zodat de SV/VS kan blijven voldoen aan de veldnorm⁶ en flexibele inzet mogelijk is bij bijvoorbeeld outbreak, verlof of ziekte. Deze GGD-en zullen een groter gebied gaan bestrijken met een groter team waardoor onder andere de volgende zaken gegarandeerd zijn: het geven van klinische lessen, in stand houden van regionaal netwerk, implementatie van nieuw beleid, patiëntbesprekingen, vervanging bij vakantie, deelname aan regionale en landelijke werkgroepen, mentorschap voor nieuwe SV.

2. Uitbreiding formatie SV/VS

De voorlopige resultaten van het TB-ENDPoint project laten een uitbreiding en verschuiving van werkzaamheden voor de SV/VS zien. Het management van lokale GGD-en moet hiervan op de hoogte zijn zodat zij tijdig kunnen anticiperen door FTE aan te passen. Daarnaast loopt momenteel het onderzoek "Improving patient support interventions", naar de effectiviteit van verpleegkundige interventies ter bevordering van de therapietrouw. De resultaten, die eind 2017 worden verwacht, zouden invloed kunnen hebben op de benodigde verpleegkundige formatie.

3. Taakherschikking heeft meerwaarde

Taakherschikking die momenteel plaatsvindt betreft o.a. overname van LTBI-spreekuren van de arts door VS-en (incl. anamnese afnemen, medicatie voorschrijven) en gedeeltelijk overname van LTBI-spreekuren door SV-en. Overheveling van taken van de tuberculosearts naar de SV/VS kan de personele krimp van tuberculoseartsen en de verwachte stijging van LTBI-screenings (deels) opvangen. De mate en inhoud van de overheveling van taken van artsen naar SV/VS verschilt per GGD, van minimaal tot substantieel.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de VS een belangrijke meerwaarde kan hebben om de zorg doelmatiger te organiseren en toegankelijkheid, kwaliteit en kostenreductie te waarborgen.⁷ Wij pleiten ervoor om op korte termijn te onderzoeken welke vormen van taakherschikking effectief zijn volgens de verschillende betrokken beroepsgroepen (artsen, MTM-ers, SV/VS, management), welke competenties nodig zijn bij SV/VS, waar kansen liggen en wat belemmeringen zijn. De uitkomsten van zo'n onderzoek kunnen tbc-teams inzicht geven in de benodigdheden voor en mogelijkheden van taakherschikking. Daarnaast vinden wij het belangrijk om taakherschikking op te nemen in het formatieplan en het scholingsplan.

4. Investeren in preventie loont

Investeren in de preventie van tuberculose is één van de pijlers van de WHO strategie om de tuberculose epidemie te stoppen.¹ De opbrengst van preventie is niet altijd direct zichtbaar, maar preventie is essentieel om tot eliminatie te komen.⁸ Preventie omvat goede curatie van cliënten met actieve tuberculose en het actief opsporen en behandelen van LTBI-clieënten. Voor goede curatie zijn het stimuleren en monitoren van therapietrouw en medicatiebegeleiding van groot belang. Goede medicatiebegeleiding verkleint de kans op secundaire resistentie door foutieve inname. Bij cliënten die behandeld zijn voor een latente infectie is de kans op ontwikkelen van de ziekte drastisch verminderd. Het actief opsporen en behandelen van LTBI leidt daardoor tot verminderde ziektelast en tevens tot een lagere kans op overdracht van de ziekte.

Eén van de risicogroepen voor zowel actieve tuberculose als LTBI betreft immigranten en asielzoekers. Deze groep, waarvan de toekomstige omvang onvoorspelbaar is, betreft een complexe doelgroep. Een andere gezondheidsbeleving en behandelinzicht, geringe gezondheidsvaardigheden, geringe beheersing van de Nederlandse taal en analfabetisme komen in deze groep veelvuldig voor. Deze groep vergt daarom veel zorg en een grote mate van deskundigheid van de SV/VS. Om tot reductie van ziekte te komen zijn voldoende inzet van mensen en middelen nodig, waaronder de mogelijkheid tot inzet van verpleegkundige interventies zoals huisbezoeken, GGD-consulten, verstrekking van medicijndozen en het ontwikkelen van nieuw (visueel) voorlichtingsmateriaal.

5. Opstellen bijscholingsnorm en mentoraat voor borging van deskundigheid

De parate en specifieke kennis waarover een SV/VS beschikt zijn essentieel voor adequate preventie en curatie. De komende 5 jaar gaat naar verwachting tenminste 11% van de sociaal verpleegkundigen met pensioen (zie bijlage 1) en zullen veel onervaren sociaal verpleegkundigen hun intrede doen. Gezien de dalende incidentie van tuberculose, uitstroom van ervaren personeel en instroom van onervaren sociaal verpleegkundigen is er naast de bestaande veldnorm⁶ behoefte aan een scholingsplan dat aansluit bij de huidige ontwikkelingen en (toekomstige) benodigde competenties van SV/VS. Om nieuwe

sociaal verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten een goede basis mee te geven, pleiten wij voor het opstellen van een bij- en nascholingsnorm, het instellen van een 1 à 2 jaar durend mentoraat onder een senior verpleegkundige en deelname aan het kwaliteitsregister. De beroepsgroep is momenteel bezig met het opstellen van een functieprofiel en het updaten van het ontwikkelingsplan voor SV/VS in de tuberculosebestrijding. Daarnaast ondersteunt de beroepsgroep de onderwijsnotitie van V&VN en het te ontwikkelen scholingsplan verpleegkundige Maatschappij en Gezondheid.

6. Exploratie en formulering van minimale eisen voor lokale en regionale samenwerking

De vorming en de output van de vier REC laten grote verschillen zien. Wij pleiten voor het gezamenlijk exploreren en formuleren van minimale eisen voor lokale en regionale samenwerking, voor nu en in de toekomst.

Exploratie en formulering van minimale eisen m.b.t.:

- Creëren van landelijke uniformiteit in werkwijze SV/VS en gebruik van richtlijnen.
- Inzet intervisie en intercollegiale toetsing met regionale patiëntbesprekingen om uniformiteit in handelen te bevorderen en kennisoverdracht en –behoud te borgen.
- Inrichting samenwerking op het gebied van preventie. Bijvoorbeeld d.m.v. pilots om samenwerking met infectieziekten verder uit te bouwen, gebruikmakend van reeds ontwikkelde ervaringen op dit gebied. Hierbij dient er aandacht te zijn voor de veldnorm⁶ en de langdurige en intensieve begeleidingsrelatie en contactonderzoeken die SV/VS tuberculose in takenpakket heeft.
- Behoud en versterking van een goede samenwerking van SV/VS met huisartsen, specialisten, tbc-coördinatoren in de ziekenhuizen en overige zorgverleners om de toegang tot zorg laagdrempelig te houden.
- Instellen van een landelijke/regionale pool van tbc-artsen die uniform werken conform landelijke richtlijnen. Zij kunnen tijd en plaats onafhankelijk worden ingezet voor consultatie, het beoordelen van longfoto's, adviseren collega specialisten en integrale zorg.
- Opleiden van meer verpleegkundig specialisten, die o.a. kunnen worden ingezet op ter bevordering van de kwaliteit en continuïteit van zorg (integratie cure en care).

7. Behoud outreachend werken

Huisbezoeken zijn essentieel voor goede zorgverlening zowel bij open, gesloten en indien nodig ook bij latente vormen van tuberculose om de therapietrouw te bevorderen. Niet alleen bij aanvang, maar ook gedurende het behandeltraject dient het persoonlijke en laagdrempelige contact tussen SV en cliënt gewaarborgd te blijven. Gezien de kwetsbare groep, de lange behandelduur en het risico op resistentievorming is intensieve begeleiding (bemoeizorg) noodzakelijk. Outreachend werken is daarom een essentieel onderdeel voor de uitvoering van sociaal verpleegkundige zorg om de publieke gezondheidszorgtaak inhoud en vorm te kunnen geven.

8. Innovatie is de toekomst

SV/VS leveren een bijdrage aan zorgvernieuwing zoals het gebruik van e-Health, skype en social media en het ontwikkelen van het vakgebied. Verpleegkundige ontwikkelingen en verpleegkundig onderzoek moeten landelijk geborgd worden (KNCV/RIVM). Het ontwikkelen van nieuwe tools (zoals VOT, ontwikkelen van visuele en actuele informatie, etc.) voor complexe groepen en verpleegkundig onderzoek moet landelijk gecoördineerd worden en kan zo nodig per regio uitgevoerd worden. Het is wenselijk dat hiervoor

minimale uren beschikbaar komen en dat er een meerjarenplan geschreven wordt voor verpleegkundige ontwikkeling en onderzoek.

Referenties

1. Implementing the end TB strategy: the essentials. World Health Organization, 2015.
2. Nationaal Plan Tuberculosebestrijding 2016-2020, Op weg naar eliminatie (2016). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
3. Handboek Tuberculose 2017. KNCV Tuberculosefonds.
4. Ontwikkelingsplan sociaal verpleegkundigen tuberculosebestrijding. V&VN Vakgroep tuberculose, 2007.
5. Triple Aim, zie: <http://www.triple-aim.nl/zorginnovatie/wat-is-triple-aim.html>.
6. Veldnorm voor sociaal verpleegkundigen werkzaam in de tbc-bestrijding. V&VN Vakgroep tuberculose, 2013.
7. Brief VWS, Onderzoeksrapport Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk, E. Schippers, oktober 2016.
8. Brief aan de informateur vanuit V&VN afdeling Maatschappij en Gezondheid, G. Wallinga, 28 maart 2017. <http://deformatiewijzer.nl/2017/04/10/brief-informateur-vvn/>

Bijlage 1. Samenvatting van inventarisatie formatie tbc-bestrijding Nederland

Bron: Caroline Moree, april 2017, GGD Amsterdam

	2009	2014	2015	2016
Locaties	37	35		33
FTE-Arts	27	22,6		19,1
FTE-SVK	47,3	47,3		44,0
FTE-MTM	101,8	95,3		90,6
Patiënten	1.160	823	861	888
LTBI	1.179	965		
Röntgenfoto's - Totaal	147.877	101.201	108.928	83.138
Röntgenfoto's - COA 1e screening	11.313	27.215	44.534	17.582
Röntgenfoto's - DJI	39.072	15.583	14.355	12.474
Röntgenfoto's - GGD	97.492	58.403	50.039	53.082
THT's	42.720	23.655	25.471	22.848
IGRA's	2.343	3.644	4.561	7.068
BCG	13.908	13.169	12.254	12.020

Bijlage 1 (vervolg)

Verwachte pensionering personeel tuberculosebestrijding komende 5 jaar

Van de 222 medewerkers in de tuberculosebestrijding gaan er vermoedelijk 31 medewerkers binnen 5 jaar met pensioen:

- 5 van de 25 artsen (**20%**)
- 7 van de 62 verpleegkundigen (**11%**)
- 19 van de 135 MTM-ers/MRU medewerkers (**14%**)

