

Vergaderjaar 2009–2010

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 114

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 november 2009

Hierbij informeer ik u, mede namens de minister van Wonen, Wijken en Integratie (WWI) over de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de motie-Hamer¹ en de ontwikkelingen op het gebied van de functie verpleging binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Hoewel de thuiszorg en het werk van de verpleegkundige een formele eerste verantwoordelijkheid van VWS is, hecht ik eraan om aan te geven dat WWI en VWS samen inhoud aan het beleid geven waar het gaat om versterking van de positie van de verpleegkundige in de aandachtswijken.

1. Visie

Kwaliteit van leven is voor iedereen belangrijk. Met name voor de kwetsbare cliënt als deze afhankelijk is van zorg. Ik ben van mening dat goede zorg het sterkst ervaren wordt als de relatie tussen de cliënt en de professional goed is en gebaseerd is op vertrouwen. Daarom geef ik de professional de ruimte om vanuit zijn/haar kennis en kunde goede zorg te bieden. De wijkverpleegkundige is hiervoor bij uitstek geschikt, doordat zij dichtbij de cliënt staat, herkenbaar is voor cliënt en overige professionals en zorg op maat kan inschatten en regelen voor de cliënt.

De wijkverpleegkundige gaat in op behoeften van thuiswonende zorgbehoevende mensen en voert zonedig de regie over het geheel aan zorgaanbod en draagt daardoor bij aan de kwaliteit van het bestaan van cliënten. Samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders, zorgverleners, mantelzorgers en vaak ook vrijwilligers is van groot belang. Onlangs zond ik u mijn brief «Naast en met elkaar» waarin de relatie tussen informele en formele zorg is uitgewerkt. De wijkverpleegkundige is in dit alles de meest in het oog springende professional omdat zij² traditioneel de enige is, die met regelmaat achter de voordeur van cliënten met (complexe) gezondheidsproblemen komt. Eigen aan verpleegkundigen is het feit dat zij in staat zijn patiënten in hun context te begrijpen en verbanden te leggen. Vanuit die competenties kan de verpleegkundige op

¹ TK 2008–2009 31 700, nr. 15.

² Waar zij staat, kan ook hij gelezen worden.

verschillende aspecten meerwaarde hebben, bijvoorbeeld door voorkomen van problemen bij ouderen (preventie), door het contacten leggen met welzijnsinstellingen of tijdig de huisarts te betrekken, overleg te voeren met mantelzorgers/vrijwilligers, enz.

Naast de wens van de cliënt om vanuit een integraal beeld en vanuit een integrale vraag zorg te krijgen, ligt ook de wens om de positie van de verpleegkundige steviger te verankeren mede ten grondslag aan de opkomst van de wijkverpleegkundige. Ik constateer een groeiende wens om onderscheidend te zijn ten opzichte van andere zorgverleners en een toename in specialisatie. In diverse eerdere brieven (zoals die over de bekostiging van ziekenhuisverplaatste zorg met ingang van 2010) heb ik reeds aangegeven dat ik mij bewust ben van dit vraagstuk. In genoemde brief heb ik aangegeven dat juist verpleging een voornaam samenbindend element is tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn en ziekenhuiszorg. Het inhoud geven aan juist dit samenbindende element, over de stelsels heen, is een belangrijke opgave.

In deze brief ga ik in op de stand van zaken rond het uitvoering geven aan de motie-Hamer. Vervolgens ga ik nader in op de bredere positie van de verpleegkundige.

2. Stand van zaken motie-Hamer

Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen in september 2008 is in uw Kamer de motie-Hamer aangenomen. Intentie van de motie-Hamer is dat de wijkverpleegkundige terug in de wijk komt, te beginnen in de 40 aandachtswijken. Op deze manier kan de samenhang in het (zorg)aanbod op wijkniveau versterkt worden.

Minister van der Laan en ik hebben de uitvoering van de motie-Hamer vorm gegeven via het ZonMw- programma, *Zichtbare Schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt*.¹

Met dit programma willen wij ervaringen op het lokale niveau om tot een wijkgericht zorgaanbod te komen benutten en bredere toepassing stimuleren. Concreet moet het programma leiden tot extra wijkverpleegkundigen. Hierbij ligt de nadruk vooral op inzet in de aandachtswijken.

2.1 Inhoud programma

Omdat ik grote waarde hecht aan het verbeteren van samenhangende zorg vanuit het perspectief van de cliënt en de wezenlijke rol van de wijkverpleegkundige hierbij, wordt het aantal wijkverpleegkundigen vergroot. Ik wil met de inzet van meer wijkverpleegkundigen een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn in de buurt stimuleren.

Sommige cliënten – met soms complexe (gezondheids)problemen – hebben moeite om zelf hun weg te vinden in zorg en ondersteuning en sommigen hebben een extra stimulans nodig om de juiste hulp te vragen. De wijkverpleegkundige krijgt naast geïndiceerde zorgtaken, ook een coördinerende, regisserende en signalerende taak. De gedachte hierachter is dat door de wijkverpleegkundige problemen van mensen, die voortkomen uit hun (chronisch) ziek zijn, eerder in beeld komen, worden opgelost of minder snel zullen escaleren.

Daarbij gaat er ook aandacht naar het preventief signaleren en tijdig ingrijpen waar zich mogelijke toekomstige (gezondheids)problemen kunnen voordoen. De wijkverpleegkundige kan waar nodig adviseren aan buurtbewoners (bijvoorbeeld rond valpreventie), maar ook de huisarts inschakelen als de situatie daarom vraagt, of welzijnsorganisaties

¹ TK 2008–2009, 23 235, nr. 86.

betrekken. Juist doordat buurtbewoners (geleidelijk, door reguliere sociale contacten) weten dat er een wijkverpleegkundige is, kan ze ook een signalerende rol vervullen. Door tijdig op de hoogte te raken van vraagstukken van mensen, kan zij bovendien een preventieve rol spelen door tijdig te interveniëren bij opkomende probleemsituaties. Dat zullen zij onder meer doen door buurtbewoners te verwijzen naar de juiste instanties.

Voor de buurtbewoner betekent dit dat er sprake is van een betere afstemming in de zorgverlening, een duidelijk aanspreekpunt waar de (zorg-)vraag gesteld kan worden, de doorverwijzing naar de juiste instanties direct geregeld is en de toegankelijkheid om hulp te vragen laagdrempelig wordt. Ik wil uiteindelijk bereiken dat de aspecten woon, zorg- en dienstverlening in de wijk niet los staan van elkaar, maar aansluiten bij de behoefte van de kwetsbare burger. Hiermee wordt de eigen regie van de buurtbewoner ondersteund en ontvangt deze hierdoor zorg die goed is afgestemd op de individuele zorgvraag.

Allereerst is dus belangrijk om samenwerking te creëren tussen de eerste lijn, welzijn en gemeente, waarbij het essentieel is dat de wijkverpleegkundige meer regie en ruimte heeft om als spil op te treden en de contactpersoon/coördinator als de cliënt dat nodig heeft.

2.2 Stand van zaken ZonMw: Zichtbare Schakel

Op 3 juni jl. is de oproep voor het indienen van subsidieaanvragen voor het programma *Zichtbare Schakel* geplaatst. De inschrijftermijn sloot op 4 augustus 2009. Eind juni heb ik de officiële lancering van het programma verzorgd. In totaal zijn er tot op heden 42 projecten gehonoreerd, waarvan 26 projecten in de aandachtswijken. Deze 26 projecten bestrijken 37 van de 40 aandachtswijken. De andere 16 projecten zijn in niet-aandachtswijken, maar hier is wel sprake van achterstandsproblematiek. ZonMw heeft uitgerekend, dat er voor het hele programma 160 fte wijkverpleegkundigen in elk jaar van de looptijd van het programma ingezet kan worden. Hierbij is uitgegaan van een jaarsalaris voor een wijkverpleegkundige tussen de € 60 000 en € 65 000. Over het gehele programma is bij benadering € 37 miljoen beschikbaar voor de inzet van wijkverpleegkundigen. Circa € 3 miljoen is beschikbaar voor ondersteuning, onderzoek en evaluatie.

De nu geaccordeerde projecten leiden tot 110 fte wijkverpleegkundigen extra. Voor alle duidelijkheid, meerdere mensen «vullen» één fte, zodat er meer dan 110 wijkverpleegkundigen aan de slag zullen gaan (naar verwachting zal het hier om ca. 200 verpleegkundigen gaan). ZonMw zal begin 2010 een nieuwe ronde starten voor het indienen van subsidieaanvragen. De verwachting is dat met de rest van het budget nog zeker 50 fte wijkverpleegkundigen (dat is ca. 80 wijkverpleegkundigen) kunnen worden aangetrokken. Dit betekent dat er met het programma 160 fte, dat is ca. 280 wijkverpleegkundigen extra, aan het werk zijn in de buurten. Voor de looptijd van de projecten tot en met 2012, wordt een budget toegekend van circa € 19 miljoen voor de aandachtswijken en circa € 5,5 miljoen voor de niet-aandachtswijken.

3. Overige initiatieven

Naast het programma de Zichtbare Schakel, versterk ik de positie van de wijkverpleegkundige ook nog op andere manieren.

Via het transitieprogramma Langdurige Zorg stimuleer ik innovatieve ideeën die de positie van de professional versterken en die bijdragen aan een duurzame langdurige zorg. Goede voorbeelden daarvan zijn de werkwijzen van organisaties zoals Buurtzorg Nederland en de Omring. In het programma wordt gekeken naar de effecten van deze manier van werken

(maatschappelijke businesscase) en wordt bekeken hoe goede voorbeelden verder verspreid kunnen worden.

Ik zie daarnaast ook nog andere goede ontwikkelingen die uit de sector zelf komen. Om er een paar te noemen: thuiszorgorganisatie Thebe, die een start heeft gemaakt met een vernieuwend concept van thuiszorg, in de pilot «buurteams» rond de begrippen autonomie, ondernemerschap en kleinschaligheid voor de medewerker. Thuiszorg Rondom Enschede, die met behulp van een goed ondernemingsplan, zich richt op specifieke zorg, waarbij de teams kleinschalig gehouden worden. Zuwe Zorg, die de filosofie hanteert, zo dicht mogelijk dienstverlening bij mensen thuis te leveren. Kruiswerk West-Brabant waarbij de positie van de wijkverpleegkundigen vorm wordt gegeven vanuit cliëntenperspectief en de cliëntenbeweging.

Mede via het programma In Voor Zorg wil ik meer zorgaanbieders prikkelen hun zorgorganisaties cliëntgericht in te richten en in mijn ogen leidt dat ook een andere rol voor de zorgprofessional.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) heeft samen met een aantal thuiszorgorganisaties en de beroepsorganisatie Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland een eigen initiatief opgezet, om de wijkverpleegkundige als waardevolle schakel in te zetten voor cliënten die met verschillende zorgverleners te maken hebben. Ik volg dit initiatief met warme belangstelling.

Ten derde wijs ik op de ontwikkelingen in de indicatiestelling. Ik verwijs hierbij naar de brief «Toekomstvisie indicatiestelling AWBZ en ClZ», die uw kamer een dezer dagen ontvangt. In toenemende mate wil ik professionals een deel van het indicatietraject laten verrichten. Concreet betekent dit voor een wijkverpleegkundige dat zij een zogenaamd pre-indicatieadvies op kan stellen. De wijkverpleegkundige krijgt daarmee een actieve rol in het proces van indicatiestelling voor de AWBZ. Zij komt bij de cliënt thuis, kent deze goed en kan een goede inschatting maken van de benodigde zorgbehoefte. Het pre-indicatieadvies is op die kennis over de cliënt en zijn situatie gebaseerd. Het ClZ zal na een (steekproefsgewijze) toetsing het advies omzetten in een indicatiebesluit. Zo kan voorkomen worden dat bij de cliënt meerdere keren gegevens moeten worden uitgevraagd, kunnen de doorlooptijden van een aanvraag worden teruggebracht, weet de klant sneller waar hij aan toe is, kan de zorg sneller worden ingezet en daarmee ook de bekostiging van de zorgaanbieder sneller gerealiseerd worden en wordt de administratieve belasting van de professional beperkt^{1, 2}. Daarbij kunnen direct andere organisaties geïntegreerd en betrokken worden als de vraag breder is dan alleen het ontvangen van lichamelijke verzorging.

4. Positionering verpleegkundige

Het is in mijn overtuiging van belang het samenbindende karakter van de verpleegkundige-functie te benutten om verbindingen over de systemen heen te leggen. Hierna ga ik in op de verschillende elementen waaruit deze opgave bestaat, daarna komt aan de orde op welke wijze ik hiervoor oplossingen zie.

Analyse: achtergrond van de signalen

4.1 Verzorging – verpleging: signalen van verpleegkundigen

Met het programma *Zichtbare Schakel* wil ik de inhoudelijke functie van de wijkverpleegkundige uitbreiden met coördinerende, regisserende en signalerende taken. Deze uitbreiding van extra taken wordt nu niet bekostigd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en raakt het

¹ TK 2007/08, 26 631/30 597, nr. 268.

² TK 2008/09, 29 515, nr. 295.

vraagstuk van de bekostiging van verpleging vanuit verschillende bekostigingssystemen.

Uit het veld komen diverse signalen dat de reguliere bekostiging van de functie van de verpleegkundige verbreekt is waardoor men de functie verpleging niet goed inhoud kan geven. Ook de Kamer heeft hiervoor specifiek aandacht gevraagd. Als een van de oorzaken wijst men op de verschuiving van activiteiten van de functie verpleging naar de functie persoonlijke verzorging (en daarmee ook op de verminderde financiële vergoeding). Daarnaast is verpleging zowel qua aanspraken als qua bekostiging ondergebracht in verschillende stelsels. Dezelfde verpleegkundige handelingen kunnen plaatsvinden in een verpleeghuis, bij mensen thuis door de thuiszorgorganisatie, maar ook in het ziekenhuis of zelfs door de praktijkondersteuner van de huisarts, en vallen dan in verschillende stelsels/bekostigingssystemen.

4.2 Verschuiving tussen AWBZ-aanspraken persoonlijke verzorging en verpleging

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft, op basis van eerdere uitspraken in beroepszaken, in 2006 de aanspraak persoonlijke verzorging benoemd als «zelfzorg». Persoonlijke verzorging omvat daarmee alle zorg die een verzekerde gewoonlijk zelf uitvoert, ook als die zorg nodig is in verband met een gezondheidsprobleem (sondevoeding, stoma verzorging e.d.). Dit leidde ertoe dat ook in de beleidsregels indicatiestelling 2007 een vijftal activiteiten verschoven van verpleging naar persoonlijke verzorging. In niet-risicovolle situaties kunnen deze activiteiten door een gekwalificeerde verzorgende uitgevoerd worden. Het beroep van de verpleegkundige loopt hierdoor steeds minder 1 op 1 met de AWBZ-functie verpleging.

4.3 Bekostiging AWBZ-aanspraken persoonlijke verzorging en verpleging

Binnen de AWBZ is de bekostiging voor persoonlijke verzorging lager dan voor verpleging. Voor AWBZ-zorginstellingen is er geen financiële prikkel om in meer risicovolle situaties voor activiteiten die onder persoonlijke verzorging vallen een verpleegkundige in te zetten. Instellingen kunnen daarbij ook wijzen op de toegenomen taakdifferentiatie die maakt dat het onderscheid wat verpleegkundigen en verzorgenden elk tot hun domein rekenen, vervaagt.

Voor die taken die vanaf 2006 tot persoonlijke verzorging zijn gaan behoren, is het verpleging plus tarief in het leven geroepen. Hiermee is het mogelijk voor zorgkantoren om persoonlijke verzorging tegen een hoger tarief in te kopen en voor instellingen om bijvoorbeeld verpleegkundigen deze handelingen te laten verrichten. De tariefskorting van 3,5% op persoonlijke verzorging die in 2008 noodzakelijk is geweest, heeft er toe geleid dat het tarief van persoonlijke verzorging-plus, achterblijft bij dat van verpleging-basis. Met ingang van 2010 wil ik deze verkeerde prikkel wegnemen (zie onder oplossingen § 4.6).

4.4 Ziekenhuisverplaatste zorg/verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg

Met invoering van de Zvw is duidelijk geworden dat de aanspraak voor ziekenhuisverplaatste zorg/medisch specialistische verpleging thuis onderdeel uitmaakt van de Zvw en niet van de AWBZ. Omdat destijds over het hoofd is gezien dat dan ook in de Zvw bekostiging voor deze verpleegkundige zorg mogelijk gemaakt moest worden, is hiervoor een tussenoplossing gevonden voor 2009. Voor 2010 is een definitieve oplossing voor de

bekostiging gekomen welke aan uw Kamer is gerapporteerd bij brief¹ d.d. 30 juni 2009.

4.5 Advies CVZ over «verpleging in de eigen omgeving»

Het CVZ heeft eind augustus 2009 het rapport «*Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ*» uitgebracht (zie bijlage).² Het CVZ analyseert daarin dat de inhoud en omvang van de verpleegkundige zorg sterk kan variëren, afhankelijk van de leefsituatie, zorgbehoefte en mogelijke beperkingen van de cliënt. Formeel kan verpleegkundige zorg zowel onder de Zvw, als onder de AWBZ plaatsvinden. Gezien deze variëteit aan mogelijkheden is het niet verwonderlijk dat er afbakeningsproblemen zijn. Sinds de invoering van de Zvw zijn de problemen echter manifester geworden. Onder de Ziekenfondswet was namelijk de AWBZ de wettelijk voorliggende voorziening, nu is dit de Zvw. Het Besluit zorgverzekering introduceerde daarnaast een artikel dat expliciet de verpleging zonder verblijf regelt in verband met medisch-specialistische zorg (artikel 2.11). Hierdoor moest zorg die eerder via de AWBZ was geïndiceerd, via de Zvw geïndiceerd en bekostigd gaan worden. De afbakeningsproblemen, in combinatie met het eerder genoemde bekostigingsprobleem van de zogenoemde ziekenhuisverplaatste zorg kunnen de daadwerkelijke inzet van zorg frustreren, wat tot zorgproblemen bij de patiënt leidt.

Het CVZ meent dat het goed is de afbakeningsproblemen niet meer via ad hoc-oplossingen tegemoet te treden, maar de regelgeving rond de «verpleging in de eigen omgeving» in AWBZ en Zvw in haar volle omvang te bezien en uit te leggen. Het CVZ meent dat met een wijziging van artikel 2.11 Besluit Zorgverzekeringen «verpleging in de eigen omgeving» een coherente plek kan krijgen binnen de Zvw die tegelijkertijd een aantal wenselijke ontwikkelingen binnen deze zorg mogelijk maakt (bijvoorbeeld de ontwikkeling van de «wijkverpleegkundige functie»). Alvorens hierover een definitieve uitspraak te doen, wil het CVZ een onderzoek uitvoeren dat dieper ingaat op de consequenties van de wijziging.

Voor een definitief advies is bijvoorbeeld nog inzicht in een aantal aspecten nodig, zoals samenstelling en omvang van de doelgroepen, adequate bekostiging, consequenties voor specifieke doelgroepen waarvoor nu uitzonderingssituaties in het leven zijn geroepen, consequenties voor regelgeving van de AWBZ, waaronder ook het instrument persoonsgebonden budget. Met het CVZ vindt overleg plaats omtrent het vervolg op dit rapport. Hierover hierna meer.

4.6 Oplossingen

Terwijl het belang van een goede positie van de verpleegkundige niet ter discussie staat, vergt het komen tot adequate en toekomstbestendige oplossingsrichtingen een grote mate van zorgvuldigheid. Lering trekkend uit onder meer het dossier van de ziekenhuisverplaatste zorg, moet voorkomen worden dat opnieuw (soms heel belangrijke) aspecten over het hoofd worden gezien. Het betreft een vraagstuk dat zowel de Wmo, de AWBZ als de Zvw raakt; bovendien gaat het over beroepsinhoud en de relatie van verschillende groepen patiënten. Juist vanwege de zorgvuldigheid sta ik daarom zowel een korte als een lange termijn aanpak voor.

Korte termijn

Er wordt een communicatieplan gemaakt, waarbij de professionals duidelijk geïnformeerd worden hoe mijn departement de signalen van verpleegkundigen en zorgaanbieders wil benutten om de verpleegkundige zorg in de buurt te versterken en te komen tot meer kwaliteit en samenhang in de zorg voor cliënten. In dit communicatieplan zal ook aandacht worden

¹ TK 2008–2009, 31 322, nr. 96.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

besteed aan de duiding van de AWBZ-aanspraak persoonlijke verzorging in termen van zelfzorg.

In § 4.3 heb ik aangegeven dat de bekostiging voor persoonlijke verzorging lager is dan voor verpleging, waardoor er weinig financiële prikkel is om in meer risicovolle situaties voor activiteiten die onder persoonlijke verzorging vallen een verpleegkundige in te zetten. Ik realiseer me dat het hiermee moeilijker wordt in die situaties waarin dat nodig is een verpleegkundige in te zetten. Dat is voor mij aanleiding om vanaf 2010 het tarief voor persoonlijke verzorging-plus weer tot de oude hoogte te herstellen. Met de aanpassing van het hiermee samenhangende tarief is een bedrag van € 5 miljoen per jaar gemoeid.

De werkgroep ziekenhuisverplaatste zorg heeft een eerste stap gezet door met een regeling te komen die aangeeft hoe de bekostiging van verpleging noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg wordt vormgegeven. Met ingang van 2010 zal daarmee «de witte vlek» tussen de Zvw en de AWBZ zijn weggenomen.

Hiervoor ben ik reeds ingegaan op het CVZ rapport Verpleging in de eigen omgeving. Het rapport biedt enerzijds een waardevolle analyse en nieuwe inzichten, terwijl het anderzijds zichtbaar maakt dat nog op vele vragen een antwoord dient te komen. Op dit moment vindt overleg met het CVZ plaats over de follow up van het rapport. Samen met de minister van VWS zal ik binnenkort op dit rapport reageren. Een en ander zal bij het navolgende worden betrokken.

Middenlange termijn

De uitkomsten uit het programma Zichtbare Schakel zullen inzichten bieden in wat een wijkverpleegkundige kan en hoe die competenties het beste ingezet kunnen worden in de wijken. Hierbij wordt ook gekeken naar de mogelijkheid om de financiering (deels) via de Zvw of AWBZ te laten verlopen. In het programma is daarom halverwege (2011) in een tussen-evaluatie voorzien.

Lange termijn

Het is van belang de verpleging opnieuw tegen het licht te houden, hoe is deze functie binnen de verschillende systemen zo te verankeren dat de schakelpositie ten op zichte van de cliënt geborgd is. Input voor deze discussie is onder meer het rapport van het CVZ (en het voor 2010 aangekondigde advies). Ik heb de werkgroep ziekenhuisverplaatste zorg (bestaande uit ActiZ, NVZ, ZN, V&VN, NFU, NZa, CIZ, CVZ en VWS) gevraagd om hieraan te werken, mede op basis van het reeds genoemde CVZ rapport.

Mijn departement streeft naar eenduidigheid in de bekostiging. Er wordt een programma ontwikkeld waarin wordt gewerkt aan het zo veel mogelijk éénduidig laten functioneren van aanspraken en bekostiging over de financiële schotten heen. Ook zonder complexe overhevelingen tussen systemen is het mogelijk de systemen beter te laten samenwerken; door sterke «interfaces» tussen de systemen te ontwikkelen. Er wordt hierin samengewerkt met onder meer het project chronisch zieken/functionele bekostiging.

5. Tot Slot

Hiervoor ben ik ingegaan op de belangrijke vraag naar een toekomstbestendige positie voor de verpleegkundige. In het kader van de uitvoering van de motie-Hamer wordt de positie van de wijkverpleegkundige verstrekt. Samen met de minister van WWI werk ik aan de positie van de

wijkverpleegkundige om de leefbaarheid van buurten en wijken te vergroten en de kwaliteit van leven van buurtbewoners te versterken. Het bredere vraagstuk rond de positie van de verpleegkundige heb ik toegelicht, tevens heb ik zowel een korte als een (midden)lange aanpak geschetst om hieraan het hoofd te bieden. Ik realiseer mij dat de discussie over verpleging nog veel facetten in zich heeft, maar ik ben er ook van overtuigd dat er met de geschetste maatregelen er een stevig fundament ligt.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker