

Home nursing in europe : patterns of professionalisation and institutionalisation of home care and family care to elderly people in Denmark, France, the Netherlands and Germany

Citation for published version (APA):

van der Boom, H. C. I. (2008). *Home nursing in europe : patterns of professionalisation and institutionalisation of home care and family care to elderly people in Denmark, France, the Netherlands and Germany*. Universiteit Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20080625hb>

Document status and date:

Published: 01/01/2008

DOI:

[10.26481/dis.20080625hb](https://doi.org/10.26481/dis.20080625hb)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 26 Oct. 2021

Summary

This book describes the patterns of professionalisation and institutionalisation of home nursing in Denmark, France, the Netherlands and Germany. For this, a contextual and comparative perspective is developed on home care and informal care to frail elderly and vulnerable people, taking the specific national socio-cultural and political background into account as well as the differences in the health care systems of these countries.

In *chapter one*, the aim of this book is described, namely to gain insight into international differences in home nursing in Europe, as well as in the background of these differences. A macro sociological and cultural perspective is chosen, because earlier studies have pointed out that differences between countries on the level of health care systems, health and family policies, and social and cultural values regarding long-term care for frail and elderly people are reflected in international differences in micro-level community care practices. In order to find explanations and backgrounds for these differences, these are described within their broader context and related to differences in interprofessional relations, relations between health care sectors, the structures and way of financing of the overall health care system, the role of the family in the provision of care to elderly people, and differences in social, cultural and political norms and values between countries regarding health and illness and more specifically care to the vulnerable.

Then, the four different levels of analysis of the home nursing domain and profession are described, namely the micro level of the domain of home nursing, the intermediate level of the home nursing profession, the meso level of relations between different health professionals and sectors, and the macro level of the institutionalisation of home nursing. To analyse home nursing at these different levels, different theoretical perspectives are combined; a health sciences perspective, a sociological perspective on professions, a neo-institutional perspective on home nursing as a societal sector and cultural studies perspective taking different caring cultures within Europe into account.

Subsequently, reasons are provided for focussing on Denmark, France, the Netherlands and Germany. These countries are geographically close and thus have a number major features in common, but at the same time important societal, political and

cultural differences exist that influence the conditions under which home nursing is provided. As these countries are positioned in the North West, Mid and South of Europe, these should provide more insight into different caring cultures from North to South and the different ways in which countries cope with an ageing population. Their different backgrounds are expected to result in a different constellation of health care arrangements, and consequently, a different position of home nursing in the health care systems of these countries. Finally, the research design is described, as well as the range and kind of sources used for this book. The methods of this book, in the form of use of theory, procedures of data collection, analysis, and writing, characterise this study as a *comparative and institutional analysis of the home nursing domain* and the way it is embedded in particular societies. The theoretical framework that is built in the second chapter functions as a ‘theoretical lens’ or overarching perspective, consisting of topics of interest that guide the data collection and is aimed at attaining a comprehensive view on home nursing.

Chapter two goes into the theoretical perspective of this book. First, several strands in the sociology of the professions are described, such as the trait perspective, that aims at defining characteristic criteria of professions to construct the ideal-type of a profession; the perspective that focuses on professional development, that is supposed to take place in a certain characteristic order of steps that successively raise the degree of professionalism; the hierarchical perspective that defines a successful profession as a gold standard to which other professions are compared in order to determine their degree of professionalism; and the perspective focussing on power relations between professions. Next to that, an influential view, the theoretical perspective of Abbott (1988) on professions, is described. This is taken as starting point for this thesis. Based on the assumptions of this view, a contextual and comparative framework is developed. Abbott argues that professions claim certain jurisdictions over areas of expertise that signify their domain, and advocates to study professions within the network or ‘interacting system of professions’ and to take large scale societal developments into account.

Then, the general characteristic features of the home nursing domain are described that form the core of the contextual theoretical framework that is developed in this chapter. Home nursing is considered as a special working domain and can be characterised as a broad sphere of action, with a large autonomy of home nurses because they are not supervised by professionals with a higher hierarchical status. The second layer of the theoretical framework goes into the system of professions, such as differentiation of tasks and interprofessional cooperation and co-ordination. Also, the training and education are considered important to gain insight in differences between home nursing professionals within the four countries studied, as well as the position of the patient and the impact of bureaucracy. The outer layer of the framework contains concepts that refer to the health care and societal context within which home nursing is

provided, such as the kind of health care system in each country, the policies regarding health care and elderly people, cultural and political views on the role of the family regarding the provision of informal care to elderly people, the impact of the increasing cultural diversity of European societies, and the impact of managerial, instead of professional, perspectives on home nursing.

Chapter three functions as a background chapter for each of the following chapters, providing information on the general differences in home care provision within Europe, the main characteristics of the health care systems, as well as providing an overview of the demographic data and key characteristics of the four countries described. These are summarised in tables and graphs at the end of this chapter.

Chapter four to seven describe the role of home nursing in each country, thereby taking the health care context and the socio-cultural and political background into account. The concepts of the theoretical framework and the specific societal and health care situation are taken as points of departure for the descriptions.

In *chapter four*, the home nursing domain in Denmark is described. Denmark has a national health system (NHSS; National Health Security System) that is characteristic for Scandinavian, social-democratic regimes. Principles of universalism and state dominance prevail, meaning that rights, services and benefits are available for the entire population and are emancipated from tasks that were traditionally provided by family, members and the social network. As individuals are alleviated from family responsibilities, maximum individual independence can be attained. The general opinion in society and politics prevails that the welfare state should guarantee publicly provided health and social care and family members are not formally obliged to care for elderly or chronically ill people. Therefore, informal care plays no major role. Drawback of this system is the high taxes. This contrasts to countries such as France, Germany and the Netherlands where family solidarity is stressed and caregiving to elderly and vulnerable people by family members is encouraged in health policies and professional care is provided by non-governmental organisations. As state provision of professional services is seen as a right for all in Denmark, general accessibility and availability of health care services are main principles. The provision of health care is strongly decentralised; most services are provided and financed at the local level of counties or municipalities. The central government only provides an overall legal framework. The health care system is quite stable because major reforms have remained absent for several decades and only gradual adaptations have been introduced. There is hardly any market competition because this is not considered a desirable principle in health care provision in Scandinavian countries.

Characteristic regarding elderly care in Denmark is the radical change from institution-based care to community-based elderly care. Until the 1970s, municipal obliga-

tions to organise long-term home help and institutionalisation of elderly in nursing homes both had priority. However, in 1987, new legislation was introduced separating the housing and service function to discourage nursing home care. Home care services could now be provided irrespective of where people lived. New nursing homes were not allowed to be built and many existing ones were closed. Since then, Danish health policies adhere to the ideology of ‘ageing in place’, which means that elderly people should be enabled to remain living in their own homes or in independent adapted homes for the elderly as long as possible. Institutionalisation should be prevented when possible and elderly people should be supported in their autonomy and self-help by public services provided at municipal level.

In Denmark, the tradition of home nursing dates back to the end of the nineteenth century. Currently, the home nurse still is a central person in case of illness of an elderly person. A generalist perception of care and continuity of care are important principles in Denmark. No specific nursing grades or levels of expertise are distinguished and the basic education of all caring professions is shared. Denmark is the only country where home nursing, home help and institutional elderly care are fully integrated. This community-based elderly care is financed and provided by the municipalities, where nurses are employed. These provide their care irrespective of where elderly people live: in their own homes, in nursing homes, and in special apartments for the old. Danish home nurses have more decision power and autonomy compared to their colleagues in other countries, where medical professionals (Germany, France) or ‘objective assessment organisations’ (the Netherlands) determine the need for home nursing and the tasks to be performed. The trust in health care professionals and their social status is quite high in Denmark, which can be recognised in the larger degree of professional autonomy and very low interference of managers or bureaucratic procedures. Home nurses and assistant nurses provide home nursing services, but no separate list of tasks is specified for each; both provide simple as well as complex tasks and earn the same salaries. This is an important difference compared to other countries, where differentiation of tasks is an important organisational principle. Almost all nurses are member of the Danish Nurses’ Organisation DSR that exists since 1899.

In *chapter five*, the home nursing domain in France is described. One of the most striking aspects regarding home nursing in France is the uneven availability of home nursing services across the country. Due to the uneven distribution of people over very densely populated areas such as Paris and its surroundings on the one hand, and very scarcely populated areas in the middle and south of France on the other hand, social, economical and health care services are unequally distributed regionally as well. Especially community-based services such as home nursing and home help are not spread evenly across the country and are sometimes even non-existent in remote areas. The tendency of older French people is however ‘to stay where they are’, even when health, housing and social facilities are not corresponding to their needs. This results in many

elderly people living in social isolation and deprived housing circumstances in scarcely populated areas.

Other characteristics of the French health care system are its orientation towards medical and institution-based care. The French have a rather medical, cure-oriented attitude towards matters of health and disease and generally adhere to a biomedical definition of diseases, expecting to be cured by medical interference and drugs. The medical sector, comprising care provided by GPs, medical specialists and hospitals, clearly has priority over the nursing and caring sector in the health care system, which is organised such that medical and hospital care is easily accessible to patients. These are allowed to visit the physician of their choice as often as they wish and are free to consult several physicians about one complaint, and have direct access to private specialists and all types of hospitals. In contrast, ambulatory care services are not directly accessible, as a prescription of a physician or social worker is needed. Also, financial barriers regarding ambulant care exist, due to a very complex and overlapping set of provisions in which all kinds of schemes and levels of governments are involved. The (bio)medical and institution-based character of health care is also reflected in the relatively high number of GPs and specialists, hospital beds per 1 000 population and very high pharmaceutical expenditure compared to other European countries.

A fourth aspect that is characteristic of France is that the state is an important centre of power regarding all aspects of French life, also regarding the health care system and health care professions. Elderly care in France is characterised by a dichotomy between the medical and institutional domain that are managed by the national government, and the social domain that is managed by local governments. This can also be recognised in home care where two kinds of home care exist. *Hospitalisation à Domicile* (HAD) is caring for patients with extremely serious and complex conditions in their homes, which is organised by hospitals, while *Service de Soins Infirmiers à Domicile pour les Personnes Agées* (SSIAD) is comparable to home care provided in other European countries, namely community-based home nursing and home help provided to vulnerable and elderly people in their own homes. A prescription by a physician is needed for reimbursement by health insurers for both kinds of home care.

The geographical scope of home care organisations varies considerably in France, as well as the kind of services provided; sometimes they only offer home nursing, sometimes a whole range of services are provided, including meals-on-wheels, télé-alarm services and/or maternity care. A large problem in France is that many people in need of care do not receive services, so the informal support of the social network (family, friends, people from the neighbourhood) plays a large role. Older women living alone are a vulnerable group; especially when their family members have left the area they are prone to social isolation.

Since the 1960s, policies for elderly people were developed. In most reports, the ideal was described of elderly people growing old in their own environments, supported by the family. Since the 1980s, the home care domain has considerably increased in

size, but the appeal to informal care is still large because the services available do not cover the needs of many elderly people. In most areas, so-called *independent nurses* provide a large amount of care from their private practices. Currently, discussions are going on about the role of the regular home nurses employed by the *SSIAD* services and independent nurses. The latter claim the role of co-ordinator of medical, nursing and social care for individual clients, but research pointed out their apparent lack of knowledge of the local situation and available professionals. A very large amount of home care is provided by nursing auxiliaries and by home helps.

From the literature, the image arose that the domain of home help is socially and culturally more accepted than the home nursing domain. Elderly people and their families generally consider home nurses as strangers intruding into their personal sphere. Due to the stigma associated with professional help, they are reluctant to apply for home nursing care; people are afraid it would indicate that the family is not able to properly care for their elderly relatives. Another difference compared to other countries is that home care professionals display a different attitude regarding clients and appreciate different professional values; personal contact and support of clients is stressed over values such as efficiency, rationality and keeping a professional distance, that are emphasised in professional caregiving in most other European countries.

In *chapter six*, home nursing in the Netherlands is described. The history of home nursing, in the form of non-governmental local and regional Cross Associations, dates back to about 1880, as in Denmark. During the twentieth century, a dense network of home nursing services has developed across the country, ensuring the provision of home nursing in all parts of the Netherlands. Since the beginning of the twentieth century and especially since the 1930s, the cross associations took a leading role in including mother and child care into the responsibilities of home nurses. They therefore developed an all-round expertise regarding all matters of health, disease and prevention to the families living in their neighbourhoods. Home nurses locally had societal authority alongside the *GPs*.

In general, the Dutch attitude towards caring is quite favourable. Many facilities exist for people in need of care and support, such as homes for the elderly, senior apartments with collective facilities for elderly people, nursing homes, and a rather dense network of home nursing and home help services. This is complemented by regulations that favour the provision of informal care by family members, neighbours and friends, such as the Personal Budget (*PGB*) with which elderly people can pay informal caregivers. Also, caring is considered as an independent professional activity with its own specified and circumscribed domain, and not only as supportive of the medical profession. This contrasts with countries such as France and Germany, where caring is more considered as being an extension of medical activities. Nevertheless, several problems in home care do exist in the Netherlands, which has increasingly become the case since the last few decades.

Since the 1970s onwards, many changes have been introduced into the Dutch health care system, also having large impacts on home nursing. Elements of market competition were introduced, as well as structural and budgetary measures. During recent decades, tendencies have become strong in the Netherlands to organise and pre-structure matters in a top down way, also called *managerialism*, and to deal with things in a bureaucratic way by designing and referring to rules and regulations and administrative procedures. Efficiency, rules and principles, universality and impersonality (in the form of neutral professional distance) are key concepts of managerialism. This is also strongly felt in health care and home nursing. Parts of the job that have always belonged to the core of the home nursing profession have been transferred to external bodies and actors, such as the RIOS (regional assessment organs) and later CIZ (centre for care assessment), thereby affecting the character of home nursing activities and the degree of professionalism. Since 1997, these institutions decide on the entitlement to care by patients within the AWBZ framework on the basis of objectified procedures. Formerly, home nurses performed the intake of clients themselves. It is argued that this has resulted in deprofessionalisation of the home nursing profession in the Netherlands. Also, during the last several decades, the leeway for home nurses in daily practice and the freedom to make independent decisions based on professional expertise, skills and experience have become more limited by an increasing use of guidelines for practices and standardised protocols. The current trend of Evidence Based health care practices, that is also becoming stronger in nursing, is criticised because the expertise of professionals that was based on their training and specific, context-bound experiences, has gradually made way for the 'average professional'. These apply standardised knowledge in a correct way and according to the latest insights and procedures, so that clients receive adequate treatment and care, regardless of their specific situation by no matter which professional. Also, organisational changes have made it easier for home care organisations to employ professionals working in shifts who no longer have responsibility over specific individual clients or families in their own neighbourhood. This implies for clients that continuity of care by one or few professionals cannot be guaranteed anymore and that many different professionals provide care to them. In addition, outsiders to the profession, especially managers and policy makers, can now exert more control over their job. These developments now tend to prevail over the professional and personal aspects of caregiving. From the comparison of the four countries in this book, these developments seem to be especially strong in the Netherlands.

In 1997, a new educational system was introduced in nursing, resulting in a division in various levels and different responsibilities. Another major change was the integration of home help and home nursing into integrated home care in the 1990s, provided by home care organisations that more and more increase in size due to subsequent mergers. At the same time, the appeal on informal carers to perform a large amount of care has become larger. The availability of informal carers is now also assessed

during the intake procedure: elderly and vulnerable people with family members or spouses that can provide care are not entitled to home care anymore. Informal care has thus become a duty that is formalised in procedures. Thus, although home nursing in the Netherlands seems to have a rather favourable position in the health care system and provision of care to the vulnerable is guaranteed throughout the country, severe problems do exist in home care. An important conclusion in this chapter is that the character and professional authority of home nurses has fundamentally changed during the last decennia.

In *chapter seven*, home nursing in Germany is described. One of the findings was that elderly are considered as a problematic societal group. For a long time, they have been a somewhat neglected group that were to cope with their health and financial problems themselves and within their families. Compared to many other European countries, Germany was quite late with developing policies targeting on elderly people in the community. Current social and economic policies are largely responsible for a pessimistic view on elderly that refer to them as a burden to society. Doubts whether the national economy is able to provide sufficient resources to cope with the increasing health and social care needs of elderly people is most pronounced in Germany, as the number of elderly and the very old is highest in the EU. For many decades, however, caring and supporting activities that are performed in the ‘periphery’ of the health care system did not have a very high priority in Germany, compared to medical and cure-oriented activities performed in the ‘medical centre’ of health care. The German health care system is quite medically and technically oriented, and traditionally, medical and hospital care have always had priority over other forms of care. Nursing is generally not considered as an independent activity in Germany, but primarily as an extension of medical activities and complement to medical or hospital care. Nursing tasks are more medical-technical in character than in other European countries, for example, home nurses often give injections.

The domain of professional caring activities, such as home nursing, has encountered financial as well as structural barriers for a long time. Physicians largely control procedures determining whether people are entitled to home nursing services: a medical referral is needed to receive reimbursement for nursing care. While medical treatment has already been an insurance-based and legally enforceable right for a long time, this is only the case with nursing care since the introduction of the *Pflegegesetz* in 1995. Within the insurance framework there is a strict hierarchy of service entitlement, ranging from medical treatment, specialised nursing, basic nursing, and home help as a supplement to nursing. The health care system has inherent barriers for the provision of long-term ambulant care, while access to physicians, medical specialists and hospitals is easy.

Next to cure-oriented activities in health care, the reliance on the family to provide care and support is strong. Traditional family values are strong in Germany, and there has been a moral obligation (and until the *Pflegeversicherung* a legal obligation as well) for

family members to provide informal care to older and indigent people. As in many European countries, the emphasis on family responsibilities regarding elderly is reflected in the role of the state in health care. The provision of welfare and social care is governed by the principle of *subsidiarity*. This means that the community should act first, and that the state should only intervene when there is no alternative. No services should be offered by the state when other organisations can perform those tasks satisfactorily on the state's behalf. The state should only function as a safety net. German policies for long-term care of frail elderly people reflect the belief in family solidarity. Public initiatives to support the provision of professional care have developed only slowly, and policies have primarily aimed at reinforcing family care. Thus, mostly, help and support is sought within families.

Since the 1990s, health policies for elderly people gradually but reluctantly developed. Currently, older people's interests are still frequently ignored in the policy-making process in Germany, contrary to e.g. Denmark. Also, the shift from institutional care to community-based care in German elderly policies is fairly recent compared to other European countries. Several types of organisations are providing ambulatory care for the elderly and other categories of clients: the *Ambulante sozialpflegerische Dienste* (organisations for ambulatory social and nursing care). Of these, especially the *Sozialstationen*, established since the 1970s, can be considered as very important in the provision of community care. Also, many organisations that fall under six national umbrella welfare organisations provide social and nursing care. Most of these are religious in character, such as the Protestant *Diakonisches Werk* and the Catholic *Caritas*. In these organisations, a range of different professionals provides help to elderly people. Co-operation between different kinds of professionals and organisations is however hardly taking place because of boundaries between the health and social domain, the influence of physicians who are no proponent of co-operation, and the fragmented way in which home care is provided by many different kinds of organisations and professionals.

In *chapter eight*, the conclusion, the four countries are compared from the theoretical perspective developed in the second chapter. The separate conclusions of home nursing and elderly care, drawn in chapters four to seven, were compared and integrated. On the basis of this, changes of the theoretical framework were proposed. Some aspects appeared to be less important, while some new aspects did appear to be important that had not been included into the framework in the first instance. For example, the period of establishment of home nursing appeared to be important for the development of home nursing and its establishment as a separate domain alongside the medical domain. The contrast between the rather strong position of home nursing in health care and society in Denmark and the Netherlands, where its history dates back to the nineteenth century, is large compared to the relative young establishment of regular home care organisations in France. Also a strong contrast was found between countries where

home nurses are having an independent role and responsibility, such as in Denmark and the Netherlands, and countries where their activities are considered as an extension of or supportive of medical activities, such as in France and Germany.

General trends in Europe are the increasing focus on vulnerable and (very) elderly people as main client population, and the increasing task differentiation and specialisation of nurses at the expense of the all-round profile that is only still prominent in Denmark. The training and education of home nurses is different in the four countries studied. Denmark is the only country where nurses are trained as generalists and where different nursing levels do not exist. The aspects cooperation and co-ordination received rather limited attention in the literature, except from the Netherlands where these concepts are often discussed, apparently to attune the different professionals in case of care chains and care networks.

The domain size and availability of services appeared to be important characterising aspects for home care in each country. Both appeared to be problematic in Germany and especially in France, where home nursing is not available at all in some remote areas. In contrast, the home nursing domain is extensive in size in Denmark and the Netherlands, where the local availability of services is guaranteed. Also large differences were found in the degree and kind of autonomy of home nurses. The rather large autonomy home nurses used to have until recently in the Netherlands has been fundamentally affected by the system of indication and managers of home care organisations. In Denmark, their professional autonomy still is quite large, which is also the case for independent nurses in France who work from their own private practices. The attitude within countries towards (very) elderly people also varies; in Denmark, elderly people are encouraged to participate in social life and to remain living in independent households supported by all kinds of facilities, while German elderly are generally considered as a (financial) burden to society and caring burden for the family. French elderly that are still relatively young are encouraged to fully participate in social, leisure and family activities, such as cinema clubs, walking and luncheon clubs, while the very old are prone to social isolation and deprivation of family care in remote areas because their children have left these areas to work elsewhere. Currently, especially after the recent heat waves (*canicules*) in France, an entirely new network of volunteers is set up by municipalities who regularly check on the health situation of isolated elderly people. The attitude in the Netherlands lies in between that of the other countries. Care is available when people fit the requirements, but the family also plays a large role in providing care and is encouraged by health policies to do so even more.

Managerialism and bureaucracy appeared to be aspects that were especially dominant in the Netherlands, but not so much of a problematic issue in the other three countries. Tight working schedules, administrative tasks such as time-writing to literary account for every minute of care provided, the introduction of many protocols and the lengthy and bureaucratic indication procedure have changed the character of home nursing considerably in the Netherlands during the last ten to twenty years and

affected its professionalism. In Germany and France, the influence of physicians and dominance of medical perspectives in health care are more prominent issues.

Cultural diversity did not seem to be a hotly debated issue in home nursing in each country, but this may be due to the broad perspective chosen in this study, that inhibited to shed light on possible local problems with the diverging cultural backgrounds of clients. However, the views of the central state regarding social relations and the role of the health care system in caring for vulnerable groups appeared to be very important. Both shape the health policies and health care structures that promote or guarantee the provision of home care on the one hand, or form barriers for the development of the home care domain. In some countries, the state transfers responsibilities to the local level, such as in Denmark, but in other countries, the role of the central state is felt in all aspects of health care and social life, such as in France. In the Netherlands, the role of the state is paradoxical, because it entices continuous changes in health care, while at the same time it promotes deregulation and increasing distance of the state and increased market regulation and competition.

Another aspect that emerged is the difference in health-related values between countries. The balance between medical-curative care provided by physicians and hospitals on the one hand, and nursing care and support provided in the domain of home care on the other hand, appeared to be highly influenced by the perspectives on how to deal with matters of health and disease in countries.

Inclusion of all the aspects mentioned above into the theoretical framework has resulted into a revised framework that can be used for further study. Then, the strengths and weaknesses of this study and its theoretical framework were discussed, actually concluding that the strengths are the weaknesses. Finally, conclusions were drawn on the degree of institutionalisation of home nursing in the four countries.

Samenvatting / Dutch summary

In dit boek worden patronen van professionalisering en institutionalisering van de wijkverpleging beschreven in Denemarken, Frankrijk, Nederland en Duitsland. Er is een contextueel en vergelijkend perspectief ontwikkeld om thuiszorg en informele zorg aan kwetsbare en oudere mensen te bestuderen tegen de achtergrond van de specifieke nationale sociaal-culturele en politieke achtergrond en de verschillende stelsels van gezondheidszorg in deze landen.

In *hoofdstuk een* wordt het doel van het boek beschreven; het verkrijgen van inzicht in internationale verschillen in de wijkverpleging in Europa, evenals in de achtergrond van deze verschillen. Er is voor een macro sociologisch en cultureel perspectief gekozen, omdat uit eerdere studies is gebleken dat verschillen tussen landen op het niveau van gezondheidsstelsels, gezondheids- en gezinsbeleid, en sociale en culturele waarden ten aanzien van langdurige zorg voor kwetsbare en oudere mensen weerspiegeld wordt in internationale verschillen op het micro niveau van thuiszorgpraktijken. Om inzicht te krijgen in de achtergrond van deze verschillen en deze te kunnen verklaren worden deze beschreven binnen hun bredere context en gerelateerd aan verschillen in interprofessionele relaties, relaties tussen verschillende sectoren binnen de gezondheidszorg, de structuren en wijze van financiering van het gezondheidsstelsel, de rol van de familie in de verzorging van ouderen, en verschillen tussen landen in sociale, culturele en politieke normen en opvattingen ten aanzien van gezondheid en ziekte en ten aanzien van de zwakkeren in de samenleving in het bijzonder.

Er worden vier niveaus van analyse van het domein en de professie wijkverpleging beschreven; ten eerste het micro niveau van het domein van de wijkverpleging, ten tweede het intermediaire niveau van de professie wijkverpleging, ten derde het meso niveau van de relaties tussen verschillende professies en sectoren binnen de gezondheidszorg, en tenslotte het macro niveau van de institutionalisering van de wijkverpleging. Om de wijkverpleging op deze verschillende niveaus te kunnen analyseren, zijn verschillende theoretische perspectieven gecombineerd: een gezondheidswetenschappelijk perspectief, een professie-sociologisch perspectief, een neo-institutioneel perspectief op wijkverpleging als maatschappelijke sector, en een cultureel-wetenschappelijk perspectief dat verschillende zorgculturen binnen Europa veronderstelt.

Vervolgens wordt de keuze van de landen beargumenteerd; namelijk Denemarken, Frankrijk, Nederland en Duitsland. Deze landen liggen geografisch dicht bij elkaar en delen daardoor een aantal belangrijke kenmerken, maar tegelijkertijd is er sprake van belangrijke maatschappelijke, politieke en culturele verschillen die de omstandigheden beïnvloeden waaronder wijkverpleging wordt verleend. Aangezien deze landen in Noordwest, Midden en Zuid Europa liggen, zouden zij meer inzicht moeten geven in verschillen in zorgculturen binnen Europa en de verschillende wijzen waarop landen omgaan met de verouderende bevolking. De verschillende achtergronden resulteren naar verwachting in verschillende constellaties van zorgarrangementen, en dus in verschillende posities van de wijkverpleging binnen de gezondheidsstelsels van deze landen.

Tenslotte wordt het onderzoeksdesign van deze studie beschreven, evenals de aard van de bronnen die gebruikt zijn en de gevolgde methoden. De wijze van gebruik van theorie, procedures van dataverzameling, analyse en het schrijfproces karakteriseren deze studie tot een vergelijkende, institutionele analyse van het domein wijkverpleging en de wijze waarop dit ingebed is in verschillende maatschappijen. Het theoretisch raamwerk dat in hoofdstuk twee wordt opgebouwd functioneert als een overkoepelend perspectief of 'theoretische lens' die uit een aantal richtinggevende concepten bestaat die de dataverzameling sturen en een generalistisch perspectief op de wijkverpleging mogelijk maakt.

In *hoofdstuk twee* komt het theoretische perspectief van dit boek aan bod. Allereerst worden verschillende tradities in de professiesociologie beschreven, zoals het kenmerkenperspectief, dat er op gericht is om criteria die professies zouden kenmerken te definiëren om het ideaaltypen van een professie te kunnen construeren; ten tweede het professionaliseringsperspectief dat ervan uitgaat dat professionele ontwikkeling volgens een bepaalde volgorde van opeenvolgende stappen zou plaatsvinden, waarbij elke volgende stap tot een hogere graad van professionalisering zou leiden; het hiërarchische perspectief dat een bepaalde succesvolle professie als gouden standaard beschouwt waarmee andere professies vergeleken worden om hun mate van professionalisering te kunnen bepalen; en de machtsbenadering binnen de professiesociologie. Daarnaast wordt een invloedrijke visie op professies, het theoretische perspectief van Abbott (1988), besproken. Dit wordt vervolgens als vertrekpunt genomen voor deze studie. Op basis van de uitgangspunten van deze theorie wordt een contextueel en vergelijkend raamwerk ontwikkeld. Abbott gaat ervan uit dat professies bepaalde vormen van expertise claimen in de vorm van jurisdicties over hun domein, en beargumenteert dat professies bestudeerd moeten worden binnen een interacterend netwerk of 'systeem van professies', daarbij rekening houdend met grootschalige maatschappelijke ontwikkelingen.

Vervolgens worden de algemene kenmerken van het domein wijkverpleging beschreven, die de kern vormen van het theoretisch raamwerk dat in dit hoofdstuk wordt ontwikkeld. De wijkverpleging wordt als een speciaal arbeidsveld beschouwd

waarbij wijkverpleegkundigen breed inzetbaar zijn en een grote autonomie hebben omdat ze niet onder supervisie werken van professionals met een hogere hiërarchische status. De tweede ‘schil’ van het theoretische raamwerk verwijst naar het systeem van professies, zoals taakdifferentiatie, interprofessionele samenwerking en coördinatie. De scholing en opleiding van wijkverpleegkundigen zijn ook van belang om inzicht te krijgen in verschillen tussen wijkverpleegkundigen in de vier landen, evenals de positie van de patiënt en de impact van bureaucratisering. De buitenste schil van het raamwerk bevat concepten die refereren aan de maatschappelijke context en de context van het gezondheidsstelsel waarbinnen wijkverpleging verleend wordt, zoals het type gezondheidsstelsel, beleid ten aanzien van gezondheidszorg en ouderen, de impact van de toenemende culturele diversiteit van Europese samenlevingen en de impact van perspectieven van managers, in plaats van professionele perspectieven, op wijkverpleging.

Hoofdstuk drie vormt een achtergrondhoofdstuk voor elk van de volgende hoofdstukken, en biedt informatie over de algemene verschillen in thuiszorg binnen Europa, de belangrijkste kenmerken van gezondheidsstelsels, en geeft een overzicht van demografische gegevens en de belangrijkste kenmerken van de vier landen. Deze worden samengevat in tabellen en grafieken aan het slot van dit hoofdstuk.

In hoofdstuk vier tot zeven wordt de rol van de wijkverpleging in elk land beschreven, binnen de context van de gezondheidszorg en de sociaal-culturele en politieke achtergrond van elk land. De concepten uit het theoretisch raamwerk en de specifieke maatschappelijke achtergrond en die van de gezondheidszorg worden als uitgangspunt voor de beschrijvingen genomen.

In *hoofdstuk vier* wordt het domein wijkverpleging in Denemarken beschreven. Denemarken heeft een nationaal gezondheidsstelsel (NHSS; National Health Security System), dat kenmerkend is voor Scandinavische sociaal-democratische regimes. Universalistische principes en dominantie van de staat staan op de voorgrond, hetgeen betekent dat rechten, diensten en uitkeringen beschikbaar zijn voor de gehele bevolking en losgeweekt worden van taken die traditioneel door gezinsleden of het sociale netwerk werden vervuld. Doordat individuen ontheven worden van familiale verantwoordelijkheden kan maximale individuele onafhankelijkheid bereikt worden. De algemene opvatting in de maatschappij en in de politiek is dat de welvaartsstaat publiek georganiseerde gezondheidszorg en maatschappelijke zorg moet garanderen, en dat familieleden niet formeel verplicht zijn om zorg te verlenen aan ouderen en chronisch zieken. Daardoor speelt informele zorg geen belangrijke rol. De hoge belastingen vormen de keerzijde van dit systeem. Dit contrasteert sterk met Frankrijk, Duitsland en Nederland, waar familiesolidariteit wordt benadrukt en waar zorgverlening aan ouderen en kwetsbaren middels gezondheidsbeleid wordt aangemoedigd, en waar professionele zorg

door niet-publieke organisaties wordt verleend. In Denemarken wordt professionele zorgverlening vanuit de overheid georganiseerd en als universeel recht beschouwd, waarbij algemene toegankelijkheid en beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen centrale principes zijn. Het aanbod van gezondheidszorg is sterk gedecentraliseerd; de meeste voorzieningen worden op het lokale niveau verleend en gefinancierd. De centrale staat biedt enkel een overkoepelend wettelijk raamwerk. Het gezondheidsstelsel is vrij stabiel omdat er geen belangrijke hervormingen hebben plaatsgevonden in de laatste decennia en er enkel geleidelijke aanpassingen geïntroduceerd zijn. Er is nauwelijks sprake van marktwerking omdat dit niet als nastrevenswaardig principe wordt beschouwd in de Scandinavische gezondheidszorg.

Kenmerkend voor ouderenzorg in Denemarken is de radicale overgang van institutionele zorg naar ambulante ouderenzorg. Tot de jaren zeventig hadden gemeentelijke verplichtingen om zowel langdurige thuiszorg als institutionalisering van ouderen te organiseren prioriteit. In 1987 werd echter nieuwe wetgeving geïntroduceerd om de woonfunctie en de zorgfunctie te scheiden, en verpleeghuiszorg te ontmoedigen. Thuiszorg kon vanaf dan onafhankelijk van waar mensen woonden verleend worden. Nieuwe verpleeghuizen mochten niet meer gebouwd worden en veel bestaande verpleeghuizen werden gesloten. Vanaf die periode is gezondheidsbeleid in Denemarken gebaseerd op de ideologie van 'ouder worden in de eigen omgeving', hetgeen betekent dat ouderen in staat gesteld moeten worden om zo lang mogelijk in hun eigen woning of in zelfstandige aangepaste ouderenwoningen te leven. Institutionalisering zou zoveel mogelijk voorkomen moeten worden en de autonomie en het zelfhulpvermogen van ouderen zouden ondersteund moeten worden door publieke voorzieningen die door gemeenten aangeboden worden.

De traditie van wijkverpleging in Denemarken ligt rond het eind van de negentiende eeuw. De wijkverpleegkundige is tegenwoordig nog steeds een centrale persoon ten tijde van ziekte van een oudere. Een generalistische zorgopvatting en continuïteit van zorg zijn belangrijke principes in Denemarken. Er worden geen specifieke verpleegkundige expertise-niveaus onderscheiden, en alle verzorgende beroepen hebben dezelfde basisopleiding. Denemarken is het enige land waar wijkverpleging, gezinszorg en institutionele ouderenzorg geheel geïntegreerd zijn. Deze ambulante ouderenzorg wordt aangeboden en gefinancierd de lokale gemeenten, waar de verpleegkundigen in dienst zijn. Zij verlenen hun zorg onafhankelijk van waar ouderen wonen; bij hen thuis, in verpleeghuizen, of in speciale ouderenappartementen. Deense wijkverpleegkundigen hebben meer beslissingsmacht en autonomie in vergelijking met hun collega's in andere landen, waar medische professionals (zoals in Duitsland en Frankrijk), of 'objectieve indicatie-organisaties' (zoals in Nederland) de behoefte aan wijkverpleging en de te verlenen zorg bepalen. Het vertrouwen in professionals die in de gezondheidszorg werkzaam zijn en hun sociale status is tamelijk hoog in Denemarken, hetgeen tot uiting komt in de grotere mate van autonomie en zeer geringe bemoeienis van managers of bureaucratische procedures. Zowel wijkverpleegkundigen als

wijkziekenverzorgenden verlenen wijkverpleging, maar er is geen aparte lijst van taken voor ieder gespecificeerd; beide verlenen eenvoudige en complexe taken en verdienen hetzelfde salaris. Dit is een belangrijk verschil ten opzichte van andere landen, waar taakdifferentiatie een belangrijk organisatorisch principe is. Bijna alle verpleegkundigen zijn lid van de Deense Organisatie voor Verpleging DSR die sinds 1899 bestaat.

In *hoofdstuk vijf* wordt het domein wijkverpleging in Frankrijk beschreven. Een van de meest opvallende aspecten ten aanzien van de wijkverpleging in Frankrijk is de onevenwichtige beschikbaarheid van wijkverpleging in het land. Door de onevenwichtige verdeling van mensen over zeer dichtbevolkte gebieden zoals enerzijds Parijs en omgeving, en anderzijds zeer schaars bevolkte gebieden in het midden en zuiden van Frankrijk, zijn sociale, economische en gezondheidszorgvoorzieningen ook ongelijk verdeeld over de regio's. Met name ambulante diensten zoals wijkverpleging en gezinszorg zijn niet evenwichtig verdeeld over het land en zijn in afgelegen gebieden soms zelfs geheel afwezig. De tendens van oudere Fransen is echter om 'te blijven waar ze zijn', zelfs als gezondheids-, woon- en sociale voorzieningen niet overeenkomen met hun behoeften. Hierdoor leven veel ouderen in de schaars bevolkte gebieden met weinig voorzieningen sociaal geïsoleerd en in armoedige leefomstandigheden.

Andere kenmerken van het Franse gezondheidsstelsel zijn de oriëntatie op medische en institutionele zorg. Fransen hebben een vrij medische, curatief georiënteerde houding ten aanzien van zaken die met gezondheid en ziekte te maken hebben en geven over het algemeen blijk van een biomedische definitie van ziektes. Daarbij is de verwachting sterk om genezen te worden door medisch ingrijpen en medicijnen. De medische sector, die zowel huisartsenzorg als medisch specialisten en ziekenhuizen omvat, heeft duidelijk prioriteit ten opzichte van de verplegende en verzorgende sector in het gezondheidsstelsel, dat zo georganiseerd is dat medische zorg en ziekenhuiszorg gemakkelijk toegankelijk zijn voor patiënten. Deze mogen de arts van hun keuze zo vaak consulteren als zij willen en mogen verschillende artsen over een klacht consulteren, en hebben directe toegang tot privéspecialisten en alle typen ziekenhuizen. In tegenstelling daartoe is ambulante zorg niet direct toegankelijk, omdat een verwijzing van een arts of maatschappelijk werker vereist is. Ook bestaan er financiële barrières ten aanzien van ambulante zorg, door een aantal zeer complexe en overlappende voorzieningen waarbij allerlei vergoedingstelsels en overheidsniveaus betrokken zijn. Het (bio)medische en institutionele karakter van de gezondheidszorg wordt ook weerspiegeld in het relatief hoge aantal huisartsen en specialisten, het aantal bedden per 1 000 inwoners en de zeer hoge uitgaven aan medicijnen in vergelijking met andere Europese landen.

Een vierde kenmerkend aspect van Frankrijk is dat de staat een belangrijk machtscentrum is dat merkbaar is in alle aspecten van het leven in Frankrijk, ook ten aanzien van het gezondheidsstelsel en professionals in de gezondheidszorg. Ouderenzorg in Frankrijk wordt gekenmerkt door een dichotomie tussen het medische en institutionele

domein die onder verantwoordelijkheid van de nationale overheid vallen, en het sociale domein dat onder de lokale overheden valt. Dit wordt ook weerspiegeld in de thuiszorg, waar twee vormen van thuiszorg bestaan. Bij *Hospitalisation à Domicile* (HAD), te vertalen als ziekenhuiszorg in de thuissituatie, krijgen patiënten met zeer ernstige en complexe aandoeningen zorg in hun eigen huis. Dit wordt georganiseerd vanuit ziekenhuizen, terwijl *Service de Soins Infirmiers à Domicile pour les Personnes Agées* (SSIAD), te vertalen als de Verpleegkundige thuiszorgdienst voor ouderen, vergelijkbaar is met thuiszorg zoals deze in andere Europese landen wordt verleend, namelijk ambulante wijkverpleging en gezinszorg die verleend wordt aan kwetsbare en oudere mensen in hun eigen huis. Een verwijzing van een arts is noodzakelijk om voor vergoeding van beide typen thuiszorg door de ziektekostenverzekering in aanmerking te komen. De geografische reikwijdte van thuiszorgorganisaties varieert enorm in Frankrijk, evenals het aanbod van diensten; soms verlenen ze enkel wijkverpleging, soms is er sprake van een heel breed aanbod aan diensten, waaronder maaltijdverstrekking, alarmdiensten en/of moeder- en kindzorg. Een groot probleem in Frankrijk is dat veel mensen die zorgbehoefte zijn geen zorg krijgen, zodat informele zorgverlening door het sociale netwerk (familie, vrienden, mensen uit de omgeving) een grote rol speelt. Oudere alleenstaande vrouwen vormen een kwetsbare groep; sociale isolatie is een wezenlijk probleem, vooral als hun familieleden de regio verlaten hebben.

Sinds de jaren zestig van de twintigste eeuw is ouderenbeleid ontwikkeld. In de meeste rapporten werd het ideaal beschreven van oudere mensen die in hun eigen omgeving ouder worden, daarbij ondersteund door hun familie. Sinds de jaren tachtig is het domein thuiszorg enorm in omvang toegenomen, maar het beroep dat op informele zorg wordt gedaan is nog steeds hoog, omdat de beschikbare zorg niet voldoende is om te voorzien in de zorgbehoeften van vele ouderen. In veel gebieden werken zelfstandige verpleegkundigen die een groot aandeel van de zorg op zich nemen vanuit hun privépraktijken. Tegenwoordig worden er discussies gevoerd over de rol van reguliere verpleegkundigen die in dienst zijn van de SSIAD thuiszorgorganisaties en de zelfstandige verpleegkundigen. Deze laatste claimen de rol van coördinator van medische, verpleegkundige en sociale zorg voor individuele cliënten, maar uit onderzoek blijkt dat zij onvoldoende kennis hebben over de lokale situatie en beschikbare professionals. Een zeer groot aandeel van thuiszorg wordt verleend door ziekenverzorgsters en gezinsverzorgsters.

Uit de literatuur ontstond het beeld dat het domein gezinszorg sociaal en cultureel meer geaccepteerd is dan het domein wijkverpleging. Ouderen en hun familieleden beschouwen wijkverpleegkundigen over het algemeen als 'vreemden' die in de persoonlijke levenssfeer binnendringen. Vanwege het stigma dat met professionele hulp verbonden is is men terughoudend om wijkverpleegkundige zorg aan te vragen; mensen zijn bang dat dit erop wijst dat hun familie niet in staat is om goed voor hun oudere familieleden te zorgen. Een ander verschil in vergelijking met andere landen is dat thuiszorgprofessionals een andere houding aannemen ten aanzien van hun cliënten

en andere professionele waarden belangrijk te vinden dan elders; persoonlijk contact en het ondersteunen van cliënten wordt benadrukt boven waarden als efficiëntie, rationaliteit en het bewaren van een professionele afstand, die in veel andere landen voorop staan in professionele zorgverlening.

In *hoofdstuk zes* wordt de wijkverpleging in Nederland beschreven. De geschiedenis van de wijkverpleging, in de vorm van private, niet-gouvernementele, lokale en regionale Kruisorganisaties dateert van ongeveer 1880, net als in Denemarken. Tijdens de twintigste eeuw heeft zich over het hele land een dicht netwerk van wijkverpleegkundige diensten ontwikkeld, waardoor wijkverpleging in alle delen van Nederland gegarandeerd werd. Sinds het begin van de twintigste eeuw, en in het bijzonder sinds de jaren dertig, namen kruisorganisaties een leidende rol op zich in het zich toe-eigenen van moeder- en kindzorg tot de verantwoordelijkheden van wijkverpleegkundigen. Ze ontwikkelden hiermee allround expertise ten aanzien van alle aangelegenheden rond gezondheid, ziekte en preventie aan gezinnen die in hun wijk of werkgebied woonden. Wijkverpleegkundigen golden lokaal als maatschappelijke autoriteit naast de huisartsen.

Over het algemeen is er in Nederland sprake van een gunstige houding ten aanzien van zorg (zorggerichtheid). Er bestaan veel voorzieningen voor mensen die behoefte hebben aan zorg en ondersteuning, zoals verzorgingshuizen, senior appartementen met collectieve voorzieningen voor ouderen, verpleeghuizen, en een vrij dicht netwerk van wijkverpleging en gezinszorg. Dit wordt aangevuld met regelingen die informele zorgverlening door familieleden, burens en vrienden aanmoedigen, zoals het Persoons Gebonden Budget (PGB) waarmee ouderen hun informele zorgverleners kunnen betalen. Daarnaast wordt zorgverlening beschouwd als een zelfstandige professionele activiteit, met een eigen specifiek en omschreven domein, en niet slechts als ondersteunende activiteit van de medische professie. Dit staat in contrast met landen als Frankrijk en Duitsland, waar verpleegkundige zorg meer beschouwd wordt als een verlengstuk van medische activiteiten. Desalniettemin bestaan er verschillende problemen in de thuiszorg in Nederland, in toenemende mate tijdens de laatste decennia.

Vanaf de jaren zeventig zijn er vele veranderingen geïntroduceerd in het Nederlandse gezondheidsstelsel, die ook grote effecten hadden op de wijkverpleging. Zo werden elementen van marktwerking geïntroduceerd en bezuinigingen doorgevoerd. In de laatste decennia is er in de Nederlandse maatschappij een sterke tendens om dingen op een topdown wijze te organiseren en voorstructuren, hetgeen ook wel *managementisme* genoemd wordt, en om op bureaucratische wijze met zaken om te gaan door regels en regelingen en administratieve procedures te ontwerpen en hieraan te verwijzen. De belangrijkste concepten van managementisme omvatten efficiëntie, regels en principes, algemene geldigheid en onpersoonlijkheid (in de vorm van neutrale professionele distantie). Ook in de gezondheidszorg en wijkverpleging is dit duidelijk merkbaar. Delen van het werk die altijd tot de kern van de wijkverpleegkun-

dige professie behoorden zijn overgedragen aan externe instanties en actoren, zoals in eerste instantie de RIO's (regionale indicatie organen) en later het CIZ (centrum indicatiestelling zorg), waardoor het karakter van wijkverpleegkundige activiteiten en de mate van professionaliteit aangetast werd. Sinds 1997 beslisten deze instellingen over het recht op zorg van patiënten binnen de AWBZ op basis van geobjectiveerde procedures. Voorheen verrichten wijkverpleegkundigen de intake van cliënten zelf. Er wordt beargumenteerd dat dit geresulteerd heeft in verminderde professionalisering van de wijkverpleegkunde in Nederland. Ook is de speelruimte voor wijkverpleegkundigen in de dagelijkse praktijk verminderd en is de vrijheid beperkter geworden om zelfstandig beslissingen te nemen op basis van hun professionele expertise, vaardigheden en ervaring, door de toenemende toepassing van richtlijnen voor de praktijk en gestandaardiseerde protocollen. De huidige tendens van Evidence Based gezondheidszorg, die ook steeds sterker wordt in de verpleegkunde, wordt bekritiseerd omdat de professionele expertise, die gebaseerd was op hun opleiding en specifieke, contextgerelateerde ervaringen, geleidelijk plaats heeft gemaakt voor de 'gemiddelde professional'. Deze past gestandaardiseerde kennis op een juiste manier en volgens de meest recente procedures en inzichten toe, zodat cliënten adequate zorg en behandeling krijgen, onafhankelijk van hun specifieke situatie en door om het even welke professional. Organisatorische veranderingen hebben het ook gemakkelijker gemaakt voor thuiszorgorganisaties om professionals volgens dienstroosters in te plannen, zodat zij niet langer verantwoordelijk zijn voor specifieke individuele cliënten of gezinnen in hun eigen werkgebied. Voor cliënten heeft dit tot gevolg dat continuïteit van zorg door een of enkele professionals niet meer gewaarborgd kan worden en zij vaak met veel verschillende professionals te maken hebben. Daarnaast oefenen anderen dan wijkverpleegkundigen zelf, in het bijzonder managers en beleidsmakers, meer controle uit over hun werk. Deze ontwikkelingen lijken nu de overhand te hebben boven de professionele en persoonlijke aspecten van zorgverlening. Uit de vergelijking van de vier landen in dit boek lijken deze ontwikkelingen vooral in Nederland zeer sterk.

In 1997 werd een nieuw opleidingssysteem geïntroduceerd in de verpleging, dat geleid heeft tot een onderverdeling in verschillende niveaus met verschillende verantwoordelijkheden. Een andere belangrijke verandering was de samenvoeging van gezinszorg en wijkverpleging tot geïntegreerde thuiszorg in de jaren negentig, die door thuiszorgorganisaties verleend wordt die meer en meer in omvang toenemen door elkaar opeenvolgende fusies. Tegelijkertijd is het beroep op informele zorgverleners om een groot deel van de zorg op zich te nemen groter geworden. De beschikbaarheid van informele zorgverleners wordt nu geïnventariseerd tijdens de intake procedure: ouderen en kwetsbare mensen die familieleden of partners hebben die zorg kunnen verlenen kunnen niet langer aanspraak maken op zorg. Informele zorg is dus een plicht geworden die in procedures geformaliseerd is. Dus, ondanks dat wijkverpleging in Nederland een vrij gunstige positie inneemt in het gezondheidsstelsel en het aanbod aan zorg aan kwetsbare groepen gegarandeerd wordt in het hele land, is er sprake

van ernstige problemen in de thuiszorg. Een belangrijke conclusie uit dit hoofdstuk is dat het professionele karakter en de autoriteit van wijkverpleegkundigen in de laatste decennia ingrijpend veranderd is.

In *hoofdstuk zeven* wordt de wijkverpleging in Duitsland beschreven. Een van de bevindingen was dat ouderen als een problematische maatschappelijke groep worden beschouwd. Lange tijd zijn ze een min of meer vergeten groep geweest die zich met gezondheids- en financiële problemen zelf en binnen hun familie moesten zien te redden. Vergeleken met veel andere Europese landen was Duitsland vrij laat met het ontwikkelen van beleid gericht op ouderen in de samenleving. Het huidige sociale en economische beleid is voor een groot deel verantwoordelijk voor een pessimistische visie ten aanzien van ouderen aangezien zij als een maatschappelijke last worden beschouwd. Twijfel of de nationale economie voldoende in staat is om te voorzien in de toenemende maatschappelijke en zorgbehoeften van ouderen staat in Duitsland op de voorgrond, vanwege het feit dat het aantal (zeer) ouderen het hoogste is binnen de EU. Gedurende veel decennia hebben zorgverlenende en ondersteunende activiteiten, die in de 'periferie' van het gezondheidsstelsel worden verleend, geen erg hoge prioriteit gehad in Duitsland, vergeleken met de medische en cure georiënteerde activiteiten die centraal staan in het 'medisch centrum' van de gezondheidszorg. Het Duitse gezondheidsstelsel is zeer medisch en technologisch georiënteerd, en medische en ziekenhuiszorg hebben traditioneel altijd prioriteit gehad boven andere vormen van zorg. Verpleging wordt over het algemeen niet als een onafhankelijke activiteit beschouwd in Duitsland, maar voornamelijk als een verlengstuk van medische activiteiten en aanvulling op medische zorg of ziekenhuiszorg. Verpleegkundige taken zijn meer medisch-technisch van karakter dan in andere Europese landen; wijkverpleegkundigen geven bijvoorbeeld ook veel injecties.

Het domein van professionele zorgverlening, zoals wijkverpleging, heeft lange tijd te maken gehad met financiële alsook structurele barrières. Procedures om te bepalen of mensen recht hebben op wijkverpleging zijn voor een groot deel in handen van artsen: een medische verwijzing is vereist om in aanmerking te komen voor vergoeding van verpleegkundige zorg. Terwijl medische behandeling al lange tijd een wettelijk afdwingbaar recht is dat gebaseerd is op verzekeringen, is dat met verpleegkundige zorg slechts het geval sinds de introductie van de *Pflegegesetz* in 1995. Binnen het kader van de verzekeringen is er een strikte hiërarchie van recht op zorgverlening, aflopend van medische behandeling, gespecialiseerde verpleging, basisverpleging, naar gezinszorg dat slechts als aanvulling op verpleging vergoed wordt. In het gezondheidsstelsel is sprake van inherente barrières ten aanzien van langdurige ambulante zorg, terwijl toegang tot artsen, medisch specialisten en ziekenhuizen gemakkelijk is.

Naast cure georiënteerde activiteiten in de gezondheidszorg wordt er in hoge mate gesteund op de familie om zorg en ondersteuning te bieden. Traditionele familiewaarden zijn sterk in Duitsland, en er geldt een morele verplichting (en tot de invoering van

de *Pflegeversicherung* ook een wettelijke verplichting) voor familieleden om mantelzorg te verlenen aan oudere en behoeftige mensen. Zoals in veel Europese landen wordt de nadruk op de verantwoordelijkheden van familieleden weerspiegeld in de rol van de staat in de gezondheidszorg. Het verlenen van welzijns- en maatschappelijke zorg valt onder het subsidiariteitsbeginsel. Dit betekent dat de gemeenschap allereerst actie moet ondernemen, en dat de staat enkel ingrijpt als er geen alternatieven voorhanden zijn. Er zouden geen voorzieningen geboden moeten worden door de staat als andere organisaties die taken naar voldoening kunnen uitvoeren uit naam van de staat. Volgens dit principe moet de staat enkel als vangnet functioneren. Het beleid in Duitsland ten aanzien van langdurige zorg aan kwetsbare ouderen weerspiegelt het geloof in familiale solidariteit. Publieke initiatieven die professionele zorgverlening ondersteunen hebben zich slechts langzaam ontwikkeld, en beleid heeft zich voornamelijk gericht op het versterken van familiezorg. Daarom wordt hulp en steun voornamelijk binnen de familie gezocht.

Sinds de jaren negentig van de twintigste eeuw werd gezondheidsbeleid voor ouderen geleidelijk, maar aarzelend ontwikkeld. Tegenwoordig worden de belangen van ouderen in Duitsland nog steeds vaak genegeerd in het proces van beleidsvorming, in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Denemarken. Ook is de verschuiving van institutionele zorg naar ambulante zorg in het Duitse ouderenbeleid vrij recent vergeleken met andere Europese landen. Verschillende typen organisaties verlenen ambulante zorg aan ouderen en andere patiëntencategorieën: de *Ambulante sozialpflegerische Dienste* (organisaties voor ambulante maatschappelijke en verpleegkundige zorg). Hiervan kunnen met name de *Sozialstationen*, die sinds de jaren zeventig zijn opgericht, als erg belangrijk beschouwd worden voor het verlenen van zorg bij mensen thuis. Ook wordt er veel maatschappelijke en verpleegkundige zorg geboden door organisaties die onder zes nationale koepels van welzijnsorganisaties vallen. De meeste van deze hebben een religieuze signatuur, zoals het Protestantse *Diakonisches Werk* en de Katholieke *Caritas*. Binnen deze organisaties verlenen een groot aantal verschillende professionals hulp aan ouderen. Samenwerking tussen verschillende soorten professionals en organisaties gebeurt echter nauwelijks, vanwege grenzen tussen het maatschappelijke domein en het gezondheidszorgdomein, de invloed van artsen die geen voorstander zijn van samenwerking, en de gefragmenteerde wijze waarop thuiszorg verleend wordt door veel verschillende soorten organisaties en professionals.

In *hoofdstuk acht*, de conclusie, worden de vier landen vergeleken middels het theoretisch perspectief dat in het tweede hoofdstuk ontwikkeld is. De afzonderlijke conclusies ten aanzien van de wijkverpleging en ouderenzorg uit hoofdstuk vier tot en met zeven worden vergeleken en geïntegreerd. Op basis hiervan worden aanpassingen van het theoretische perspectief voorgesteld. Sommige aspecten bleken minder belangrijk te zijn, terwijl enkele nieuwe aspecten die in eerste instantie niet waren opgenomen, wel belangrijk bleken te zijn. De periode waarin de wijkverpleging ontstond bleek bij-

voorbeeld belangrijk te zijn voor de ontwikkeling van de wijkverpleging en de vestiging daarvan als zelfstandig domein naast het medische domein. Het contrast tussen de vrij sterke positie van de wijkverpleging in de gezondheidszorg en maatschappij in Denemarken en Nederland, waar de geschiedenis teruggaat tot de negentiende eeuw, is groot vergeleken met de relatief jonge vestiging van de reguliere thuiszorgorganisaties in Frankrijk. Ook werd er een sterk contrast gevonden tussen landen waar wijkverpleegkundigen een zelfstandige rol en verantwoordelijkheid hebben, zoals in Denemarken en Nederland, en in landen waar hun activiteiten als verlengstuk of ondersteuning van medische activiteiten beschouwd wordt, zoals in Frankrijk en Duitsland.

Algemene ontwikkelingen in Europa zijn de toenemende aandacht voor kwetsbare en (zeer) oudere mensen als belangrijkste cliëntenpopulatie, en de toenemende taakdifferentiatie en specialisatie van verpleegkundigen ten koste van het allround profiel, dat enkel nog prominent is in Denemarken. De opleiding en scholing van wijkverpleegkundigen zijn in elk land verschillend. Denemarken is het enige land waar verpleegkundigen als generalisten worden opgeleid en waar geen verschillende verpleegkundige niveaus bestaan. De aspecten samenwerking en coördinatie kregen relatief weinig aandacht in de literatuur, behalve in Nederland waar deze vaak bediscussieerd worden, om afstemming te bewerkstelligen tussen de verschillende professionals in het geval van zorgketens of zorgnetwerken.

De omvang van het domein en de beschikbaarheid van zorg bleken belangrijke kenmerkende aspecten te zijn voor de thuiszorg in elk land. Beide zijn problematisch in Duitsland en met name Frankrijk, waar wijkverpleging in sommige afgelegen gebieden helemaal niet beschikbaar is. In tegenstelling hiermee is het wijkverpleegkundige domein omvangrijk in Denemarken en Nederland, waar de lokale beschikbaarheid van diensten gegarandeerd wordt. Ook werden er grote verschillen gevonden in de mate van en het type autonomie van wijkverpleegkundigen. De vrij grote autonomie die wijkverpleegkundigen tot voor kort in Nederland hadden is fundamenteel aangetast door het indicatiestelsel en managers van thuiszorgorganisaties. In Denemarken is hun professionele autonomie nog steeds vrij groot, hetgeen ook het geval is bij zelfstandige verpleegkundigen in Frankrijk die vanuit hun eigen privépraktijk werken. De houding ten aanzien van (zeer) oudere mensen varieert ook per land: in Denemarken worden ouderen aangemoedigd om in het maatschappelijke leven te participeren en in zelfstandige huishoudens te blijven wonen, daarbij ondersteund door allerlei soorten gemeentelijke faciliteiten, terwijl Duitse ouderen over het algemeen als (financiële) last beschouwd worden voor de maatschappij en zorglast voor de familie. Franse ouderen die nog relatief jong zijn worden aangemoedigd om volledig in het maatschappelijke leven, in activiteiten in de vrije tijd en in het familieleven te participeren, zoals filmclubs, wandel- en lunchclubs. De zeer oude mensen in afgelegen gebieden zijn daarentegen kwetsbaar voor sociale isolatie en beschikken niet over familiezorg, omdat hun kinderen deze regio's verlaten hebben op zoek naar werk elders. Tegenwoordig, met name sinds de recente hittegolven (*canicules*) in Frankrijk, wordt een geheel nieuw

netwerk van vrijwilligers opgezet door gemeenten die regelmatig de gezondheidssituatie van geïsoleerde ouderen controleert. De houding in Nederland ligt hier tussenin. Zorg is beschikbaar als mensen aan de vereisten doen, maar de familie speelt ook een grote rol in de zorgverlening en wordt door gezondheidsbeleid en indicatieregelingen aangemoedigd om dit nog meer te doen.

Managementisme en bureaucratie bleken aspecten te zijn die met name in Nederland dominant zijn, maar niet zozeer een problematische kwestie vormen in de andere drie landen. Krappe tijdsschema's, administratieve taken zoals tijdschrijven om letterlijk elke minuut zorg die verleend is te verantwoorden, de introductie van veel protocollen en de langdurige en bureaucratische indicatie-procedure hebben het karakter van de wijkverpleging behoorlijk veranderd in Nederland tijdens de laatste tien tot twintig jaar en de professionaliteit aangetast. In Duitsland en Frankrijk zijn de invloed van artsen en de dominantie van medische perspectieven in de gezondheidszorg meer prominente kwesties.

Culturele diversiteit leek niet zo'n sterk bediscussieerde kwestie te zijn in de wijkverpleging in elk land, maar dit zou kunnen komen door het brede perspectief van deze studie, waardoor geen inzicht verkregen is in potentiële lokale problemen ten aanzien van de verschillende culturele achtergrond van cliënten. Echter, de visie van de centrale overheid ten aanzien van sociale relaties en de rol van het gezondheidszorgstelsel in de verzorging van kwetsbare groepen bleek zeer belangrijk te zijn. Beide geven vorm aan gezondheidsbeleid en structuren van gezondheidszorg die enerzijds het aanbod van thuiszorg garanderen of aanmoedigen, of anderzijds barrières vormen voor de ontwikkeling van het thuiszorgdomein. In sommige landen hevelt de staat verantwoordelijkheden over naar het lokale niveau, zoals in Denemarken, terwijl in andere landen de rol van de centrale overheid gevoeld wordt in alle aspecten van de gezondheidszorg en het maatschappelijk leven, zoals in Frankrijk. In Nederland is de rol van de overheid paradoxaal, omdat het continue veranderingen in de gezondheidszorg in gang zet, terwijl het tegelijkertijd deregulering promoot, evenals een toenemende afstand van de overheid en toenemende marktregulering en -competitie.

Een ander aspect dat naar voren kwam is het verschil in gezondheidsgerelateerde waarden tussen landen. De balans tussen medisch-curatieve zorg die door artsen en ziekenhuizen verleend wordt aan de ene kant, en verpleegkundige thuiszorg aan de andere kant, bleek in hoge mate beïnvloed te zijn door de perspectieven die men inneemt ten aanzien van het omgaan met ziekte en gezondheid.

Het opnemen van al deze bovengenoemde aspecten in het theoretisch perspectief heeft geresulteerd in een herzien raamwerk dat voor verder onderzoek gebruikt kan worden. Daarna zijn de sterke en zwakke kanten van deze studie en het theoretisch perspectief aan bod gekomen, daarbij concluderend dat de sterke kanten de keerzijden van de zwakke kanten vormen. Tenslotte zijn er conclusies getrokken ten aanzien van de mate van institutionalisering van de wijkverpleging in de vier landen.