

Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: waar staan we in Nederland?

Maaïke Olivier, Aafke Arts, Art van Schaaijk, Ronald Batenburg en Kim de Groot

Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (H&A-wijkverpleging) helpt cliënten, naasten en verwijzende zorgprofessionals sneller de weg te vinden naar passende wijkverpleging. Dit bevordert zo het tijdig oppakken van zorgvragen (box 1). Een meerderheid van de zorgprofessionals (65,3%) geeft aan dat hun organisatie hulpmiddelen of werkwijzen inzet om de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid (H&A) van wijkverpleging te verbeteren. Daarnaast geeft ongeveer driekwart van de zorgprofessionals (75,7%) aan dat er binnen hun organisatie afspraken zijn gemaakt over de bereikbaarheid van de wijkverpleging voor bijvoorbeeld huisartsenposten en spoedeisende hulp (SEH) buiten kantooruren. Ook hebben veel organisaties samenwerkingsafspraken met andere aanbieders van wijkverpleging (79%) en met huisartsen (71%). Tegelijkertijd ervaren zorgprofessionals nog verschillende knelpunten. Een grote meerderheid (80,2%) noemt volle cliëntroutes als belangrijke belemmering bij het oppakken van nieuwe zorgvragen. Dit blijkt uit vragenlijstonderzoek in 2026 van het Nivel onder 284 verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten die in de wijkverpleging werkzaam zijn.

Box 1 definities H&A wijkverpleging

- **Herkenbaar:** aanbieders van wijkverpleging zijn makkelijk vindbaar door cliënten en verwijzende professionals.
- **Aanspreekbaar:** er is een duidelijk aanspreekpunt voor cliënten en verwijzende professionals voor het aanvragen van wijkverpleging.

De druk op de wijkverpleging neemt toe. Tussen 2020 en 2024 steeg het aantal cliënten dat jaarlijks wijkverpleging ontving van 576.000 naar 593.000 (Vektis, 2025). In 2024 ontving gemiddeld 3,3% van de Nederlandse bevolking wijkverpleging, waarbij dit aandeel per regio varieerde van 1,8% tot 6,4% (Vektis, 2025). Volgens prognoses zal het aantal benodigde uren wijkverpleging (zorg en overige tijd voor onder andere administratie en overleg) tussen 2025 en 2032 toenemen (Gupta Strategists, 2023). Het aantal cliënten dat zorg thuis ontvangt, neemt naar verwachting toe, terwijl de zorgvraag zich steeds meer over verschillende zorgvormen en financieringswetten verspreidt (Gupta Strategists, 2023; Vektis, 2025). Deze toenemende zorgvraag heeft ook gevolgen voor de benodigde personeelscapaciteit. Het prognosemodel zorg & welzijn laat zien dat om in 2035 aan de verwachte zorgvraag naar wijkverpleging te kunnen voldoen, naar schatting 37.500 extra zorgprofessionals nodig zijn, bovenop de ongeveer 182.500 zorgprofessionals die momenteel in de wijkverpleging werkzaam zijn (ABF Research, 2025). Door de veranderende zorgvraag, vergrijzing en verwachte tekorten in de wijkverpleging zal samenwerking steeds belangrijker worden. Tegelijkertijd kunnen veranderingen in de taakverdeling, het gebruik van digitale hulpmiddelen en verbeterde

indicatiestelling naar verwachting bijdragen aan een vermindering van het aantal benodigde uren wijkverpleging (Gupta Strategists, 2023).

Tegen deze achtergrond is het relevant om in kaart te brengen wat zorgverleners al doen op het gebied van H&A-wijkverpleging. Juist bij toenemende tekorten aan zorgprofessionals in de wijkverpleging blijft het essentieel dat particulieren en zorgprofessionals, zoals huisartsen en ziekenhuismedewerkers, de weg naar de wijkverpleging goed weten te vinden (Asmoredjo et al., 2024). Een goede toegankelijkheid van wijkverpleging is immers van groot belang om mensen langer en gezonder in hun eigen leefomgeving te laten wonen. De H&A van wijkverpleging vormt hiervoor een belangrijke randvoorwaarde.

In 2020 publiceerde het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), in samenwerking met ActiZ, ZN, ZorgthuisNL, V&VN, VNG en Patiëntfederatie Nederland, een leidraad waarin de noodzaak van het bevorderen van H&A-wijkverpleging onder de aandacht werd gebracht (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Het RIVM onderzocht in de periode van 2021-2023, door middel van vragenlijstonderzoek en verdiepende interviews binnen de wijkverpleging, vervolgens hoe de H&A van de wijkverpleging ervoor stond (Asmoredjo et al., 2024). Uit dit onderzoek van het RIVM kwamen positieve ontwikkelingen naar voren. Zo verbeterde de herkenbaarheid door onder andere meer samenwerkingsverbanden tussen organisaties.

Toch blijven er ook knelpunten bestaan in de samenwerking. Deze hebben onder meer betrekking op beperkte digitale gegevensuitwisseling, onderling vertrouwen, verschillen in werkwijzen tussen organisaties en de verbinding tussen bestuurlijke en uitvoerende niveaus. Daarnaast verschillen organisaties nog aanzienlijk in de wijze waarop zij werken aan H&A-wijkverpleging en zijn nog niet alle organisaties hiermee gestart. Uit verdiepende interviews blijkt bovendien dat professionals in de wijkverpleging behoefte hebben aan betere samenwerking met onder andere het sociale domein (Asmoredjo et al., 2024).

Na het RIVM-onderzoek uit 2021–2023, dat geen volledig landelijk beeld geeft, heeft het ministerie van VWS behoefte aan een actueel landelijk beeld van de mate van de H&A in de wijkverpleging. In februari 2026 is namelijk, in samenwerking met ActiZ, ZorgthuisNL en ZN, een nieuwe notitie *Uitgangspunten H&A-wijkverpleging* gepubliceerd. Deze notitie heeft als doel partijen te ondersteunen bij de implementatie van H&A-wijkverpleging, wanneer deze nog niet of nog niet volledig van de grond is gekomen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2026). Om de verdere ontwikkeling van H&A-wijkverpleging te kunnen monitoren en ondersteunen, is actuele informatie nodig over hoe zorgprofessionals de H&A van wijkverpleging op dit moment ervaren. Om deze reden onderzocht het Nivel in 2026 onder zorgprofessionals werkzaam in de wijkverpleging in hoeverre zij in hun werkgebied H&A-wijkverpleging ervaren. Hierbij stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

Onderzoeksvraag 1: In hoeverre ervaren zorgprofessionals (verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten) in de wijkverpleging dat er in hun werkgebied herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is (Box 1)?

Deelvragen daarbij zijn:

1a. Zijn er volgens deze professionals **afspraken en/of overleggen** met andere aanbieders van wijkverpleging om te komen tot herkenbare en/of aanspreekbare wijkverpleging? Welke **hulpmiddelen** worden daarvoor gebruikt?

- 1b.** In hoeverre ervaren deze professionals dat **aanvragen** voor wijkverpleging van cliënten, familie/mantelzorgers of verwijzende professionals **worden opgepakt**?
- 1c.** Wat zijn volgens deze professionals de **oorzaken dat aanvragen voor wijkverpleging niet altijd worden opgepakt**?

Onderzoeksvraag 2: Welke samenhang is er tussen de contextfactoren (regio, verstedelijking en organisatieomvang) en de ervaringen van zorgprofessionals met de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van wijkverpleging?

Box 2. Belangrijkste bevindingen

Onderzoeksvraag 1 – ervaren H&A

- Bijna alle respondenten (96,6%) hebben in hun organisatie of team afspraken over de **bereikbaarheid voor cliënten of mantelzorgers buiten kantooruren**.
- Driekwart (75,7%) heeft ook afspraken over de **bereikbaarheid** van de wijkverpleging voor **huisartsenposten en SEH, buiten kantooruren**.
- Teams of organisaties waarbinnen de zorgprofessionals werken hebben bestaande **samenwerkingsafspraken** tussen zorgprofessionals en andere aanbieders van wijkverpleging (79,1%), huisartsen (71,1%) en ziekenhuizen (70,6%).
- 65,3% van de zorgprofessionals geeft aan dat er **hulpmiddelen of werkwijzen** aanwezig zijn binnen de organisatie of het team ter bevordering van de H&A van wijkverpleging.
- De helft van de zorgprofessionals (52,6%) geeft aan **zorgvragen zelfstandig op te kunnen pakken** binnen het team.
- 55,3% van de zorgprofessionals geeft aan dat hun organisatie nooit of zelden een **zorgverzekeraar** inschakelt wanneer de zorgvraag door de eigen organisatie niet opgepakt kan worden.
- Acht op de tien (80,2%) zorgprofessionals noemt het al vol zijn van cliëntroutes als **de belangrijkste reden voor het niet kunnen oppakken van zorgvragen**.

Onderzoeksvraag 2 - contextfactoren

- Het aantal **bestaande samenwerkingsafspraken** verschilt significant per regio. Het aantal organisaties waar zorgprofessionals werken dat aangeeft bestaande samenwerkingsafspraken te hebben komt het vaakst voor in Zuid-Nederland (90,5%) en het minst vaak in Oost-Nederland (60,3%).
- **Grote organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn hebben vaker samenwerkingsafspraken** met ziekenhuizen en revalidatiecentra dan kleinere organisaties (respectievelijk 78,2% vs. 50% en 40,3% vs. 10%).

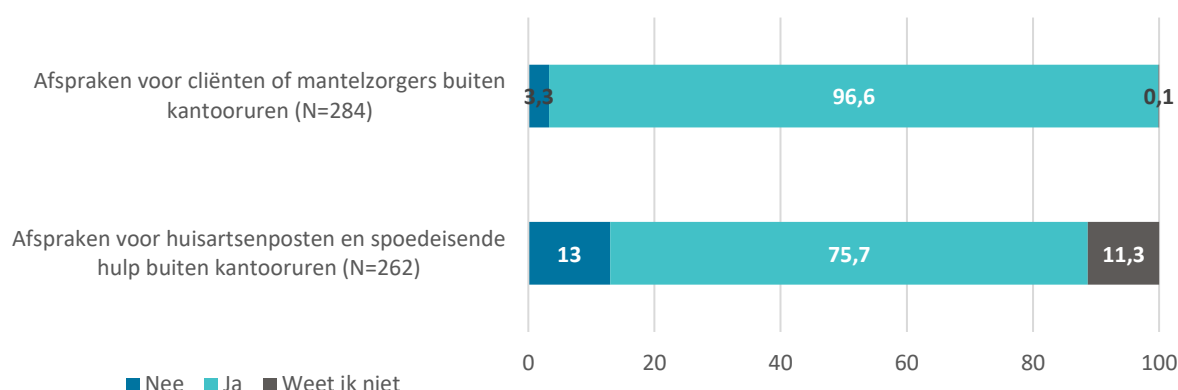
Samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders en naasten

Aanwezigheid van H&A-wijkverpleging, afspraken over bereikbaarheid

Bijna alle zorgprofessionals in de wijkverpleging (96,6%) hebben bestaande afspraken binnen hun organisatie of team over de bereikbaarheid voor *cliënten of mantelzorgers* buiten kantooruren.

Het percentage dat afspraken heeft voor huisartsenposten en de SEH buiten kantooruren ligt lager; 75,7% geeft aan dat dergelijke afspraken bestaan (Figuur 1).

Figuur 1 Aantal zorgprofessionals waarvan de organisatie of team afspraken heeft gemaakt over de bereikbaarheid van de wijkverpleging buiten kantooruren (Gewogen%, n=262-284)



Vaste samenwerkingsafspraken binnen en buiten de organisatie

Het merendeel van de zorgprofessionals geeft aan dat er binnen hun team of organisatie vaste samenwerkingsafspraken bestaan voor verwijzing naar elkaar. Slechts 7,5% geeft aan dat deze afspraken ontbreken en 31% weet niet of deze afspraken bestaan. Ook met externe zorgprofessionals en zorgaanbieders zijn vaak samenwerkingsafspraken gemaakt. Zo geeft 79,1% van de zorgprofessionals aan dat de organisatie of het team samenwerkingsafspraken heeft met andere aanbieders van wijkverpleging. Daarnaast geeft zeven op de tien zorgprofessionals aan dat de organisatie of het team samenwerkingsafspraken heeft met huisartsen (71,1%) en ziekenhuizen (70,6%). Voor de overige zorgaanbieders die in Tabel 1 zijn weergegeven, geeft minder dan de helft van de zorgprofessionals aan dat dergelijke samenwerkingsafspraken bestaan. Samenwerkingsafspraken met gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) en andere gemeentelijke diensten en organisaties, vaak in het kader van de Wmo, komen het minst vaak voor (8,0%).

In de open tekstvelden konden zorgprofessionals aanvullende partners noemen waarmee zij samenwerkingsafspraken hebben. Hierbij werden onder andere fysio- en ergotherapeuten en welzijnsorganisaties, zoals buurtteams, genoemd.

Tabel 1 Andere zorgprofessionals of aanbieders waarmee de wijkverpleging vaste samenwerkingsafspraken heeft gemaakt (ongewogen%, n=187; meerdere antwoorden mogelijk)

Zorgprofessionals of aanbieders	%
Andere aanbieders van wijkverpleging	79,1*
Huisartsen	71,1
Ziekenhuizen	70,6**
Verpleeghuizen	36,9
Hospices	34,2
Revalidatiecentra	33,2**
Huisartsenposten	32,6
Paramedici	22,5

Welzijnsorganisaties, namelijk...	20,3
GGZ-organisaties	15,5
Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD)	8,0
Andere gemeentelijke diensten of organisaties, namelijk...	8,0
Anders, namelijk...	4,8

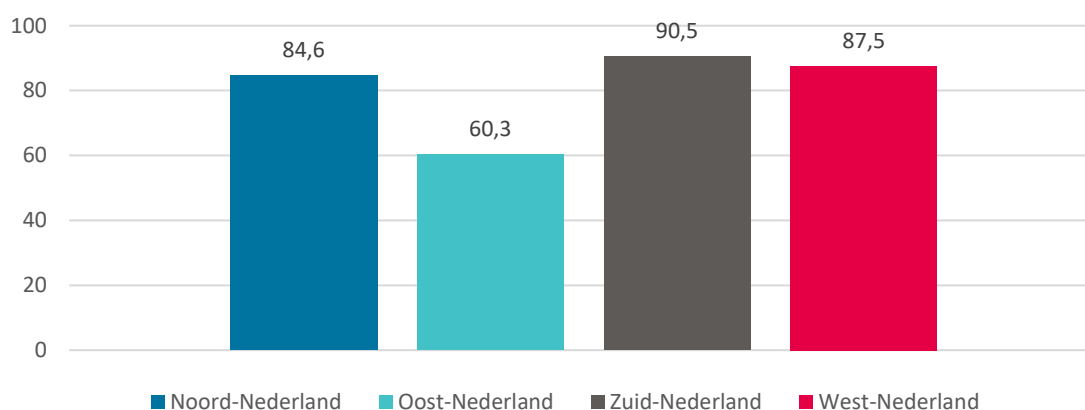
* Verschilt significant tussen bepaalde regio's (χ^2 , $p < 0.01$).

** Verschilt significant naar omvang van de zorgorganisatie waarvoor de respondent werkt (χ^2 , $p < 0.01$).

Samenwerkingsafspraken naar regio, stedelijkheid en omvang van de organisatie

De aanwezigheid van bestaande samenwerkingsafspraken verschilt significant naar regio en organisatieomvang. In Oost-Nederland (60,3%) zijn er minder vaak samenwerkingsafspraken dan in Zuid- en West-Nederland (90,5%;87,5%) (Figuur 2).

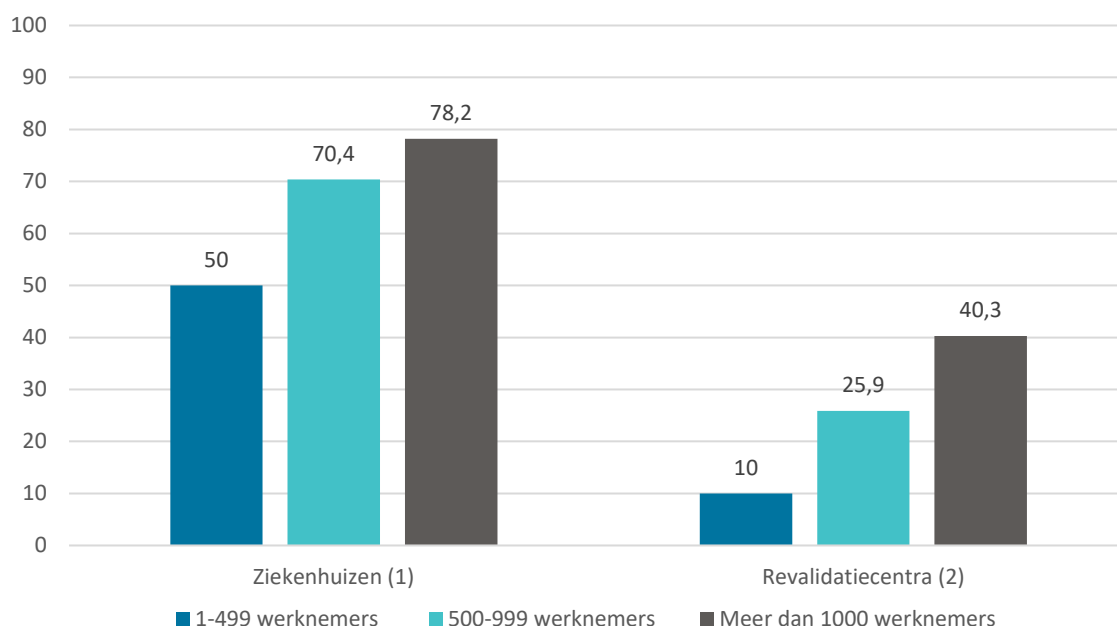
Figuur 2 Aanwezigheid van vaste samenwerkingsafspraken met andere aanbieders van wijkverpleging per regio in Nederland (Ongewogen %, $n=185$)¹



Regio Oost verschilt significant van regio Zuid en West $\chi^2(3) = 19,2$, $p < 0.01$; post-hoc paarsgewijze vergelijkingen met Bonferroni correctie.

Het aantal zorgprofessionals dat aangeeft bestaande samenwerkingsafspraken te hebben met ziekenhuizen en revalidatiecentra verschilt significant naar de omvang van de organisatie waarin zij werken (Figuur 3). Zorgprofessionals die werkzaam zijn bij organisaties met meer dan 1.000 medewerkers geven significant vaker aan dat dergelijke samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen en revalidatiecentra bestaan ten opzichte van zorgprofessionals werkzaam in organisaties tot 500 medewerkers. Bij ziekenhuizen gaat het om 78,2% van de zorgprofessionals in organisaties met meer dan 1.000 medewerkers, tegenover 50% van de zorgprofessionals werkzaam in organisaties tot 500 medewerkers. Voor revalidatiecentra betreft dit respectievelijk 40,3% en 10%.

Figuur 3 Aanwezigheid van samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen en revalidatiecentra naar omvang van de wijkverplegingsorganisatie (ongewogen %, n=176)^{1,2}



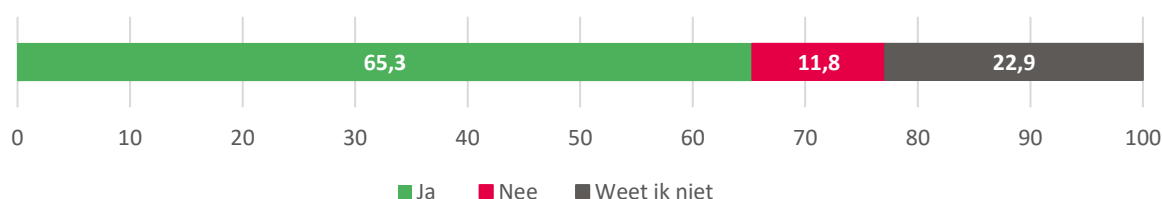
¹ Ziekenhuizen: significant verschil naar organisatieomvang tussen organisaties met 1–499 medewerkers en organisaties met meer dan 1.000 medewerkers ($\chi^2 (2) = 9,5$, $p < 0.01$); post-hoc paarsgewijze vergelijkingen met Bonferroni correctie.

² Revalidatiecentra: significant verschil naar organisatieomvang tussen organisaties met 1–499 medewerkers en organisaties met meer dan 1.000 medewerkers ($\chi^2 (2) = 10,7$, $p < 0.01$); post-hoc paarsgewijze vergelijkingen met Bonferroni correctie.

Hulpmiddelen ter bevordering van de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid

In 2026 geeft een ruime meerderheid van de zorgprofessionals (65,3%) aan dat er hulpmiddelen binnen hun organisatie of het team aanwezig zijn om de H&A van de wijkverpleging te bevorderen. Ook hier is weer een groep van 22,9% die niet weet of deze hulpmiddelen aanwezig zijn (Figuur 4). Er zijn geen significante verschillen gevonden voor stedelijkheid, organisatieomvang of regio.

Figuur 4 Aanwezigheid van hulpmiddelen en werkwijzen voor het bevorderen van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van wijkverpleging (Gewogen %, n=275)



Zorgprofessionals noemen het vaakst (77,1%) als hulpmiddel dat er in hun team of organisatie een digitale omgeving is om informatie over cliënten met andere aanbieders van wijkverpleging uit te wisselen (bijvoorbeeld POINT of ZorgDomein). Andere hulpmiddelen die door ongeveer een derde van de zorgprofessionals benoemd worden zijn een warme overdracht (37,1%) en een gezamenlijk aanmeldportaal van meerdere aanbieders van wijkverpleging (33,1%). Zorgprofessionals rapporteerden het minst vaak als hulpmiddel een niet-volledig overzicht van één of enkele aanbieders van wijkverpleging in het werkgebied (15,4%) en een app of digitaal programma waarop

je kunt zien welke aanbieders nog ruimte hebben (21,1%; Tabel 2). Voorbeelden van andere hulpmiddelen of werkwijzen (9,7%) die in de open antwoorden zijn gegeven zijn: wijkoverleggen, appgroepen, schakelteamoverleggen, brochures met zorgmogelijkheden, bijeenkomsten over wijkgericht werken, actieve aanwezigheid in de wijk (bijvoorbeeld meelopen met loopactiviteiten en aanwezigheid op markten) en aanvragen via casemanagers.

Tabel 2 Aanwezigheid van hulpmiddelen of werkwijzen die de herkenbaarheid en/of aanspreekbaarheid van de wijkverpleging bevorderen (Ongewogen%, n=175; meerdere antwoorden mogelijk)

Hulpmiddel of werkwijzen	%
Een digitale omgeving om informatie over cliënten met andere aanbieders van wijkverpleging uit te kunnen wisselen (bijvoorbeeld POINT of ZorgDomein)	77,1
Een 'warme overdracht' waarbij de wijkverpleging cliënten voor ontslag in het ziekenhuis bezoekt om de zorg thuis te regelen	37,1
Een (online) gezamenlijk aanmeldportaal van meerdere aanbieders van wijkverpleging, waar een zorgvraag aangemeld kan worden	33,1
Een volledig overzicht van alle aanbieders van wijkverpleging in mijn werkgebied	29,7
Een gezamenlijk onlineoverleg van aanbieders van wijkverpleging waarbinnen aanvragen voor wijkverpleging verdeeld worden over aanbieders	25,1
Een app of digitaal programma, zoals een 'stoplichtapp', waarop je kunt zien welke aanbieders nog ruimte hebben voor aanvragen voor wijkverpleging van nieuwe cliënten	21,1*
Een niet-volledig overzicht van één of enkele aanbieders van wijkverpleging in mijn werkgebied	15,4
Andere hulpmiddelen of werkwijzen, namelijk...	9,7

* Significante verschillen naar regio (Kruskal-Wallis with ties, $p < 0.01$)

Verschilt de beschikbaarheid van hulpmiddelen naar regio, stedelijkheid en omvang van de organisatie?

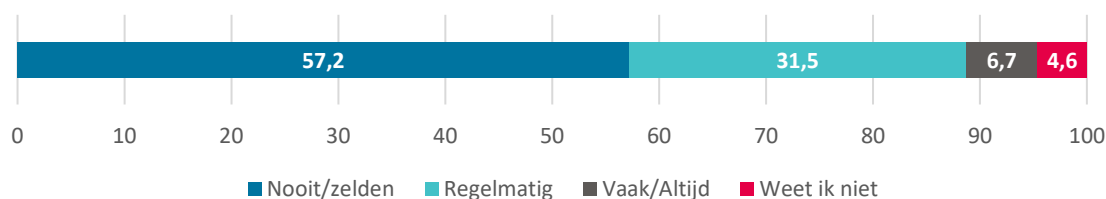
Van alle mogelijke uitgevraagde beschikbare hulpmiddelen zijn er geen significante verschillen gevonden naar regio, stedelijkheid en omvang van de organisatie.

Capaciteit voor het oppakken van zorgvragen

Zelfstandig oppakken *binnen het team* van aanvragen voor wijkverpleging en samenwerking met anderen

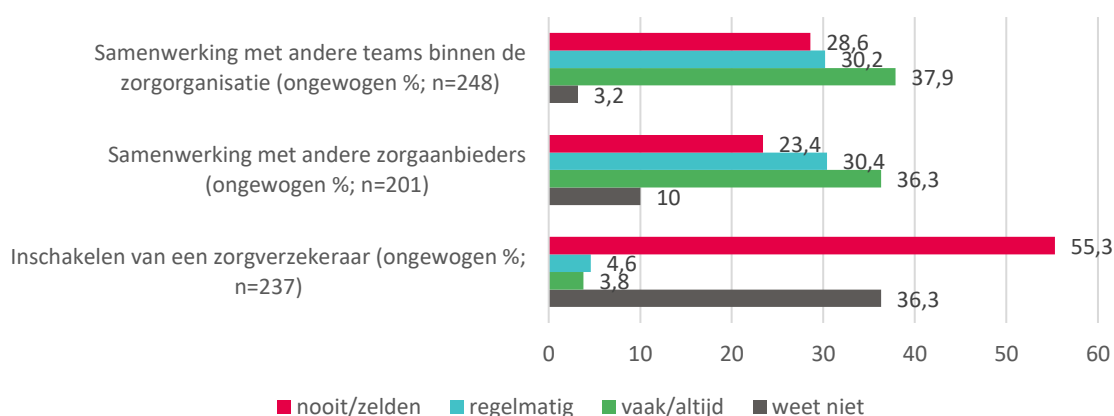
Bijna zes op de tien zorgprofessionals (57,2%) geven aan dat zij met het team aanmeldingen voor wijkverpleging zelden tot nooit niet zelfstandig kunnen oppakken. Voor 31,5% van de zorgprofessionals geldt dat hun wijkteam regelmatig aanmeldingen voor wijkverpleging niet zelf kunnen oppakken. Bij 6,7% komt dit vaak tot altijd voor (Figuur 5).

Figuur 5 Mate waarin wijkteams aanmeldingen voor wijkverpleging niet zelf kunnen oppakken (Gewogen %, n=275)



Om zorgvragen op te pakken werkt 37,9% van de teams waarin de zorgprofessional werkt vaak tot altijd samen met andere teams binnen hun zorgorganisatie. 28,6% doet dit zelden tot nooit. Daarnaast werken 36,6% van de organisaties waarin de zorgprofessional werkt vaak tot altijd samen met andere zorgaanbieders om zorgvragen gezamenlijk op te pakken, terwijl een kwart (23,4%) dit nooit of zelden doet. De helft van de zorgprofessionals (55,3%) geeft aan dat hun organisatie zelden of nooit de zorgverzekeraar inschakelt wanneer zij een aanvraag niet zelf kunnen oppakken. Opvallend is dat 36,3% niet weet of de zorgverzekeraar op dit moment wordt ingeschakeld (Figuur 6).

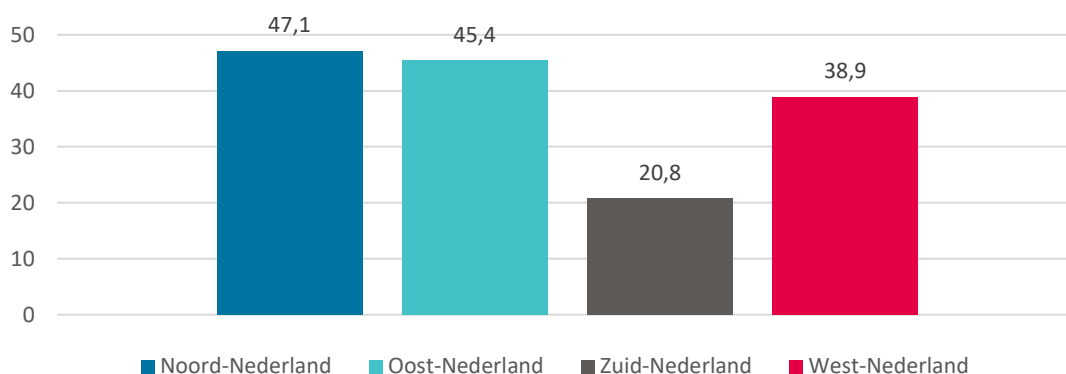
Figuur 6 Mate waarin wijkteams/organisaties samenwerken met andere organisaties en/of zorgprofessionals wanneer zij een aanvraag niet zelf kunnen oppakken (ongewogen %; n=201-248)



Verschilt de samenwerking met andere organisaties en zorgprofessionals naar regio, stedelijkheid en omvang van de organisatie?

Het aantal zorgprofessionals dat regelmatig tot vaak samenwerkt met andere teams binnen de zorgorganisatie wanneer zij een zorgvraag niet kunnen oppakken verschilt significant per regio (Figuur 7). In Oost-Nederland (45,4%) en West-Nederland (38,9%) werken zorgprofessionals significant vaker samen met andere teams dan in Zuid-Nederland (20,8%). Zorgprofessionals in Noord-Nederland geven het vaakst aan al samen te werken met andere teams. Dit verschil is echter niet significant ten opzichte van de andere regio's, mogelijk vanwege het relatief kleine aantal zorgprofessionals in deze groep (n=17). Er zijn geen significante verschillen gevonden naar organisatieomvang of stedelijkheid.

Figuur 7 Aantal zorgprofessionals dat samenwerkt met andere teams binnen de zorgorganisatie per regio (ongewogen %; n=246)¹



¹ Zuid-Nederland verschilt Significant van Oost- en West-Nederland (Kruskal-Wallis with ties $\chi^2(3) = 14,6$, $p < 0.01$); Mann Whitney U post-hoc test

Knelpunten bij het oppakken van aanvragen voor wijkverpleging

Tabel 3 laat zien welke redenen zorgprofessionals het vaakst noemen voor het niet kunnen oppakken van een zorgvraag. De meest genoemde reden is dat cliëntroutes al vol zijn; 80,2% noemt dit als belangrijkste reden. Enkele zorgprofessionals lichten toe dat routes niet altijd volledig vol zijn, maar dat nieuwe aanvragen regelmatig te omvangrijk zijn voor de resterende plek binnen een route. Ook onvoldoende personeel speelt een belangrijke rol: bijna de helft van de zorgprofessionals (45,6%) noemt dit als belangrijkste reden. Daarnaast noemt ongeveer één op de zeven een te complexe zorgvraag (16,9%) of het feit dat de cliënt buiten het werkgebied woont (16,5%). Bij de antwoordoptie 'Andere reden(en), namelijk...' worden nog psychische problematiek, een doelgroep die niet aansluit bij het zorgaanbod en financiële belemmeringen, zoals het ontbreken van een contract met de zorgverzekeraar, als belangrijkste redenen benoemd. De belangrijkste redenen waarom aanvragen soms niet worden opgepakt, verschillen niet significant naar stedelijkheid, organisatieomvang of regio.

Tabel 3 Belangrijkste redenen dat aanvragen voor wijkverpleging volgens zorgprofessionals door wijkteams soms niet worden opgepakt (ongewogen%; n=248; meerdere antwoorden mogelijk)

Belangrijkste redenen	%
Cliëntroutes zijn al vol	80,2
Onvoldoende personeel	45,6
Zorgvraag is te complex	16,9
Cliënt woont buiten werkgebied	16,5
Andere reden(en), namelijk...	8,1

Discussie en conclusie

H&A-wijkverpleging wordt steeds belangrijker gezien de stijgende zorgvraag en het groeiende personeelstekort. Terugkomend op onderzoeksvraag (1a) laat deze factsheet zien dat zorgprofessionals in 2026 ervaren dat zij aan H&A-wijkverpleging werken, onder andere door de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken, zowel binnen als buiten de eigen organisatie. Dergelijke afspraken maken duidelijker waar zorg beschikbaar is en welke zorg geleverd kan worden en dragen daarmee bij aan de herkenbaarheid van de wijkverpleging (Asmoredjo et al., 2024). Er is nog winst te behalen in het aantal samenwerkingsafspraken voor huisartsenposten en de SEH buiten kantooruren. Verder is de beperkte samenwerking met GGD'en en gemeentelijke diensten opvallend, omdat uit eerder onderzoek van het Nivel (Veer et al., 2022) blijkt dat respectievelijk 76,5% en 57% van de zorgprofessionals samenwerking met deze organisaties belangrijk vindt voor het realiseren van H&A-wijkverpleging. Uit verdiepende interviews bleek eerder al dat wijkverpleegkundigen in de toekomst graag meer regionale samenwerking met het sociale domein zien. Dit bevordert namelijk tijdige toegang tot wijkverplegingszorg. Experts in het vak ervaren vooral nog een grote afstand en een andere visie waardoor de samenwerkingsafspraken met het sociale domein volgens hen nog beperkt zijn (Asmoredjo et al., 2024).

Daartegenover lijkt de samenwerking tussen organisaties die wijkverpleging bieden zich positief te ontwikkelen. Waar in 2021 34% van de zorgprofessionals aangaf dat de organisatie samenwerkingsafspraken had met andere wijkverplegingsorganisaties, was dit in 2023 gestegen naar 54% en is dit nu 79,1% (Asmoredjo et al., 2024). De resultaten wijzen daarmee op een ontwikkeling richting meer onderlinge samenwerking binnen de wijkverpleging.

Naast het verbeteren van de samenwerking zetten zorgprofessionals het vaakst een digitale omgeving voor het uitwisselen van cliëntinformatie in als hulpmiddel om de H&A van de wijkverpleging te bevorderen. Het belang hiervan sluit aan bij eerder onderzoek, waarin zorgprofessionals in de wijkverpleging het ontbreken van een gezamenlijke digitale omgeving en de daarmee samenhangende beperkte gegevensuitwisseling als belangrijk knelpunt benoemden (Veer, A. Et al., 2022; Asmoredjo et al., 2024; RIVM, 2023). Het feit dat digitale systemen vaak als hulpmiddel worden ingezet en dat systemen nog niet altijd goed op elkaar afgestemd zijn, benadrukt het potentieel van verdere digitalisering en betere gegevensuitwisseling tussen organisaties en domeinen. Het verbeteren van de digitale gegevensuitwisseling sluit bovendien aan bij de ambities van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), waarin dit wordt benoemd als middel om samenwerking te ondersteunen (Rijksoverheid, 2022; Rijksoverheid, 2025). Ook andere hulpmiddelen, zoals een volledig overzicht van aanbieders van wijkverpleging in het werkgebied en digitale hulpmiddelen zoals de stoplichtapp, worden in 2026 vaker ingezet dan in 2021 (respectievelijk 12,4–29,7% en 10,6–21,1%) (Veer, A. Et al., 2022).

Met betrekking tot de onderzoeksvraag (1b en 1c) over (de redenen van) het wel of niet kunnen oppakken van zorgvragen lijken wijkteams redelijk goed in staat om nieuwe zorgaanvragen zelfstandig op te pakken. Wanneer een aanvraag niet kan worden opgepakt, zijn volle routes en onvoldoende personeel de belangrijkste knelpunten. Echter, gezien de verwachte verdere stijging van de zorgvraag en het personeelstekort is het aannemelijk dat het oplossen en voorkomen van deze knelpunten in de toekomst complexer wordt. Gezien de knelpunten lijkt de eerdergenoemde samenwerking belangrijk te zijn bij het oppakken van zorgvragen (Asmoredjo et al., 2024). Om toch aan de zorgvraag te kunnen voldoen, werkt ruim zes op de tien zorgprofessionals samen met andere teams en externe zorgaanbieders. Hiermee wordt gezamenlijk verantwoordelijkheid genomen voor het organiseren van passende zorg, wat volgens de leidraad 'herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' bijdraagt aan meer aanspreekbare wijkverpleging (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Het betrekken van zorgverzekeraars door wijkverplegingsorganisaties lijkt nog beperkt. In 2021 gaf 7% van de organisaties aan een zorgverzekeraar te betrekken wanneer een aanvraag voor wijkverpleging niet kon worden opgepakt (Veer et al., 2022). In 2026 was dit 8,4%. Aanvullend onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de huidige samenwerking met zorgverzekeraars en of deze verder gestimuleerd kan worden. Zorgverzekeraars kunnen namelijk bijdragen aan H&A-wijkverpleging door regionale samenwerking te faciliteren, partijen met elkaar te verbinden en inzicht te bieden in regionale knelpunten. De potentie van deze rol vraagt, gezien de huidige beperkte betrokkenheid, om verder onderzoek (Asmoredjo et al., 2024).

De bevindingen met betrekking tot de onderzoeksvraag (2) wijzen erop dat het aantal organisaties met samenwerkingsafspraken significant verschilt tussen regio's en organisatieomvang. Ook het voorkomen van vaste samenwerkingsafspraken met andere aanbieders verschilt per regio. Uit interviews met verschillende regio's bleek eerder al dat samenwerkingen voor de invulling van de H&A verschillen per regio en afhangen van regiokenmerken, zoals het aantal organisaties per regio en de wijze waarop in het verleden is samengewerkt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2026). Het uitgangspunt is dat zorgverleners samen met zorgverzekeraars verantwoordelijkheid nemen voor het maken van samenwerkingsafspraken met verwijzers, zoals ziekenhuizen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2026). Uit dit onderzoek is gebleken dat grotere organisaties significant vaker samenwerkingsafspraken hebben met ziekenhuizen en revalidatiecentra dan kleine organisaties. Het is daarom van belang inzicht te krijgen in wat organisaties die verschillen in omvang nodig hebben om samenwerkingsafspraken met verwijzers vanaf het begin te bevorderen.

Over het algemeen hebben zorgprofessionals en hun organisaties in 2026 stappen gezet richting meer H&A-wijkverpleging. Dit is zichtbaar in bestaande samenwerkingsafspraken, de samenwerking tussen wijkverplegingsorganisaties, het gezamenlijk oppakken van zorgvragen en het gebruik van ondersteunende hulpmiddelen. Tegelijkertijd blijven er aandachtspunten, met name in de samenwerking met gemeentelijke organisaties en zorgverzekeraars, waar er verschillen zijn naar regio en organisatieomvang. Daarom kan verdiepend onderzoek inzicht geven in de factoren die deze samenwerking belemmeren. De significante verschillen kunnen aanleiding geven om regio's met elkaar te vergelijken op het gebied van belemmerende en bevorderende factoren voor het versterken van H&A. Ook kan voor kleinere organisaties onderzocht worden wat er nodig is om de H&A te bevorderen. Daarnaast geeft deze factsheet uitsluitend inzicht in het perspectief van zorgprofessionals. Hoe cliënten en zorgorganisaties de H&A van de wijkverpleging ervaren, blijft daarmee onbekend. Vervolgonderzoek naar deze perspectieven is daarom wenselijk om de H&A van wijkverpleging beter in kaart te brengen.

Het onderzoek

Deze factsheet is gebaseerd op een online vragenlijst over herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, die in april 2026 is verspreid onder 674 leden werkzaam in de wijkverpleging van het landelijke Nivel Panel Verpleging & Verzorging en via een open link op sociale media. In totaal hebben 284 zorgprofessionals de vragenlijst ingevuld, waaronder 240 panelleden (respons: 35,6%) en 44 zorgprofessionals via de open link. De respondenten bestaan uit verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten werkzaam in de wijkverpleging (Tabel A.1). Beschrijvende analyses zijn uitgevoerd met STATA versie 16.1. Verschillen tussen werkgebieden, mate van stedelijkheid en organisatiegrootte zijn in eerste instantie getoetst met een chi-kwadraattoets, Kruskal-Wallis-toets of Fisher's exact test. Voor alle analyses is een significantieniveau van $p < 0,01$ gehanteerd. Bij een statistisch significant resultaat is een post-hocanalyse uitgevoerd om vast te stellen tussen welke groepen significante verschillen bestonden. Hiervoor zijn paarsgewijze vergelijkingen met een Bonferroni-correctie of Mann-Whitney U-toetsen toegepast, afhankelijk van de gebruikte hoofdanalyse. Een uitgebreid overzicht van open antwoorden is op te vragen bij de auteurs.

Daarnaast zijn de resultaten van de vragen die door alle respondenten ingevuld konden worden statistisch gewogen om een representatief beeld van de populatie te verkrijgen. De toegepaste weegfactoren (zie Tabel A.2) zijn gebaseerd op populatiecijfers uit het Prognosemodel Zorg en Welzijn (eind 2025; www.azwinfo.nl). De vragenlijst is opvraagbaar bij de auteurs.

Tabel A.1 Algemene kenmerken van de respondenten (N=284)

Achtergrondkenmerken	Totale groep respondenten (N=284) (%)	Respondenten Panel V&V (N=240) (%)	Respondenten open link (N=44) (%)
Geslacht (N=284)			
Man	6,0	6,7	2,3
Vrouw	93,7	92,9	97,7
Anders	0,4	0,4	0
Leeftijd (N=284)			
35 jaar en jonger	19,0	13,8	47,7
36-45 jaar	16,6	16,7	15,9
46-55 jaar	26,4	27,1	22,7
56+ jaar	38,0	42,5	13,6
Leeftijd (gem. (SD))	48,9 (12,1)	50,5 (11,4)	40,3 (12,1)
Opleidingsniveau (N=284)			
Mbo-opleiding verzorgende	14,1	16,7	0
Mbo-opleiding verpleegkundige	23,2	26,7	4,6
Hbo-opleiding verpleegkundige	57,0	52,9	79,6
Hbo-masteropleiding verpleegkundig specialist	3,5	2,1	11,4
WO-masteropleiding gezondheidswetenschappen of verplegingswetenschap	1,8	1,7	2,3
Afgerond promotieonderzoek op het terrein van de zorg	0,4	0	2,3
Functie (N=284)			
Verzorgende	14,1	16,7	0
Verpleegkundige in de wijk	23,2	26,7	4,6

Wijkverpleegkundige	59,2	54,6	84,1
Verpleegkundig specialist	3,5	2,1	11,4
Omvang zorgorganisatie (aantal medewerkers) (N=281, 3 missing)			
Meer dan 1000	61,2	59,5	70,5
500-999	17,1	18,1	11,4
50-499	12,5	13,1	9,1
10-49	3,6	3,8	2,3
Minder dan 10	0,7	0,8	0
Niet van toepassing, ik werk als zelfstandige	0,4	0,4	0
Weet ik niet	4,6	4,2	6,8
Woonomgeving (N=281, 3 missing)			
Voornameelijk verstedelijkt	37,0	40,8	16,3
Voornameelijk platteland	18,2	17,2	23,3
Deels verstedelijkt, deels platteland	44,8	42,0	60,5
Provincie (N=282, 2 missing)			
Groningen	1,1	1,3	0
Friesland	2,8	3,3	0
Drenthe	3,6	3,8	2,4
Overijssel	20,2	22,9	4,8
Flevoland	8,5	2,1	45,2
Gelderland	7,5	7,9	4,6
Utrecht	2,8	3,3	0
Noord-Holland	12,8	12,9	11,9
Zuid-Holland	4,3	3,8	7,1
Zeeland	16,0	16,7	11,9
Noord-Brabant	6,4	7,1	2,4
Limburg	14,2	15,0	9,5

*Tabel A.2 Landelijke populatiecijfers aantal zorgprofessionals per opleidingsniveau werkzaam in de wijkverpleging**

Opleidingsniveau zorgprofessionals in de wijkverpleging	Populatie	Weegfactor
Hbo-verpleegkunde	13.500	0,32
Mbo-verpleegkunde	21.900	1,31
Mbo-verzorgende	34.000	3,36
Verpleegkundig specialist	Onbekend	1

*Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn voor 2025: [Stories Dashboard - Thuiszorg \(TZ\) - Nederland](#)

Nivel Panel Verpleging & Verzorging

Het landelijke Nivel Panel Verpleging & Verzorging bestaat uit enkele duizenden verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners, allen werkzaam in uiteenlopende sectoren (wijkverpleging, ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg, intramurale ouderenzorg of huisartsenzorg). Zij werken allen in de directe zorg aan cliënten en zijn bereid regelmatig vragen te beantwoorden over hun werk. Het Nivel Panel Verpleging & Verzorging ontvangt subsidie van het Ministerie van VWS.

Meedoen aan het Panel Verpleging & Verzorging?

Wil je als verpleegkundige, verzorgende, verpleegkundig specialist, begeleider of POH ook je ervaringen delen? Kijk dan op www.nivel.nl/panelenv voor meer informatie en om je aan te melden.

Meer weten over het Nivel

Het Nivel levert de kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kenniss voor betere zorg' is onze missie. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar. U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt: Olivier, M.R.J., Arts, A., Schaaik, A. van, Groot, K. de. Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: waar staan we in Nederland? Utrecht: Nivel, 2026.

Literatuur

ABF Research (2025). *Prognosemodel Zorg en Welzijn: Stories dashboard: Zorg en Welzijn (smal)*. Geraadpleegd op 09-08-2026, van <https://prognosemodelzw.nl/dashboard/stories-dashboard/zorg-en-welzijn--smal->

Asmoredjo, J., de Bekker, A., Reckman, P., van der Heide, J. (2024). Eindrapport Herkenbare en Aanspreekbare wijkverpleging: Ontwikkelingen en lessen 2021-2023. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Geraadpleegd op 25-07-2026, van <https://rivm.openrepository.com/server/api/core/bitstreams/b841c91b-1454-4e51-bc7f-38c286c50862/content>

Gupta Strategists (2023). *Advies wijkverpleging in het kader van passende zorg*. Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 13-08-2026, van <https://gupta-strategists.nl/storage/files/Passende-wijkverpleging-Gupta-Strategists.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020). *Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging*. Geraadpleegd op 10-08-2026, van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-6089e837-e56f-458d-9899-8084f094a976/pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2026). *Uitgangspunten herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging*. Geraadpleegd op 13-08-2026, van <https://www.zorgakkoorden.nl/documenten/publicaties/2026/vws-uitgangspunten-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging-2026.pdf>

Rijksoverheid (2025). *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (onderhandelaarsakkoord)*. Geraadpleegd op 07-08-2026, van <https://open.overheid.nl/documenten/52fcdec1-71d5-4695-87bf-e4c46c73d730/file>

Rijksoverheid (2022). *Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. Geraadpleegd op 25-07-2026, van <https://www.rijksoverheid.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf>

RIVM (2023). *Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: Update van de ontwikkelingen rondom samenwerking in 2023*. Geraadpleegd op 09-08-2026, van https://www.rivm.nl/sites/default/files/2024-01/Factsheet_Wijkverpleging_2023_TG-PDFA%20JR.pdf

Veer, A. de, Groot, K. de (2022) *Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: ervaringen en wensen van professionals in de wijkverpleging en van verwijzers*. Utrecht: Nivel, 2022. 40 p.

Vektis (2025). *Factsheet wijkverpleging*. Geraadpleegd op 08-08-2026, van <https://www.vektis.nl/zorgprisma/wijkverpleging/factsheet-wijkverpleging>