



> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± < **KENNISSYNTHESE**

> ± {G} ± < ***De wijkverpleegkundige
van vandaag en morgen***

*Rollen, samenwerking en deskundigheid
van wijkverpleegkundigen*

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <



> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± **KENNISSYNTHESE**

> ± ***De wijkverpleegkundige
van vandaag en morgen***

> ± *Rollen, samenwerking en deskundigheid
van wijkverpleegkundigen*

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

FEBRUARI 2014

Iris D. de Putter

> ± {G} ± <

Anneke L. Francke

Anke J.E. de Veer

> ± {G} ± <

Jany J.D.J.M. Rademakers

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

> ± {G} ± <

KENNISSYNTHESE

DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE VAN VANDAAG EN MORGEN

ISBN 978-94-6122-0004

www.nivel.nl

nivel@nivel.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2014 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk maart 2014

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Beleidsamenvatting	7
1 Historische schets en kennissynthesevragen	10
1.1 <i>De wijkverpleegkundige vroeger en nu</i>	10
1.2 <i>Wie zijn wijkverpleegkundige?</i>	12
1.3 <i>Wat voor zorg verlenen ze en aan wie?</i>	13
1.4 <i>Focus en vragen van deze kennissynthese</i>	14
2 Beleid en visies van stakeholders	16
2.1 <i>Overheidsbeleid</i>	16
2.2 <i>Visie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep</i>	20
2.3 <i>Visie van andere partijen in de zorg</i>	22
2.4 <i>Beleid en visie van Vereniging Nederlandse Gemeenten</i>	23
2.5 <i>Kernpunten over beleid en visie van stakeholders</i>	24
3 Rollen en taken op papier en in de praktijk	25
3.1 <i>Rollen 'op papier'</i>	25
3.2 <i>Preventie en zelfmanagementbevordering: zien wijkverpleegkundigen het als hun taak?</i>	27
3.3 <i>Wat doen wijkverpleegkundigen aan zelfmanagementbevordering en is het effectief?</i>	28
3.4 <i>Wat doen wijkverpleegkundigen aan preventie en is het effectief?</i>	30
3.5 <i>Kernpunten over de rollen en taken van de wijkverpleegkundige</i>	33
4 De wijkverpleegkundige als samenwerker	34
4.1 <i>De samenwerking 'op papier'</i>	34
4.2 <i>Samenwerkingspartners op het terrein van verpleging en verzorging</i>	36
4.3 <i>Samenwerking en taakverschuiving tussen wijkverpleegkundige en huisarts</i>	42
4.4 <i>Samenwerkingspartners op het terrein van wonen en welzijn</i>	46
4.5 <i>Kernpunten over de wijkverpleegkundige als samenwerkingspartner</i>	48

5	De randvoorwaarden	49
5.1	Voorwaarden voor aantrekkelijk(er) werk	49
5.2	Autonomie en regelruimte	50
5.3	Werken met vakbekwame collega's	53
5.4	Duidelijke aanspreekpunten voor wijkverpleegkundige en huisarts	54
5.5	Opleidings- en ontplooiingsmogelijkheden	54
5.6	Voldoende personeel	55
5.7	Support en waardering van leidinggevendenden	55
5.8	Financiële randvoorwaarden: de huidige en toekomstige bekostiging	56
5.9	Visie van stakeholders op financiële randvoorwaarden	57
5.10	Kernpunten	58
6	Opgeleid voor vandaag en morgen?	59
6.1	Opleiding tot wijkverpleegkundige	59
6.2	Aansluiting op de praktijk	60
6.3	Toekomstbestendige profielen	63
6.4	Kernpunten	65
7	Conclusies en aanbevelingen	66
7.1	Conclusies	66
7.2	Aanbevelingen voor beleid en praktijk	68
7.3	Aanbevelingen voor nader onderzoek	70
	Referenties	72
BIJLAGE I		
	<i>Werkwijze bij de kennissynthese</i>	77
BIJLAGE II		
	<i>Deelnemers aan de individuele interviews</i>	79
BIJLAGE III		
	<i>De online focusgroepen: deelnemers en discussievragen</i>	80

Voorwoord

Door de enorme groei van het aantal informatiebronnen groeit bij beleidsmakers, praktijkmensen en onderzoekers de behoefte aan syntheses van bestaande informatie. Het NIVEL brengt daarom regelmatig kennissyntheses en overzichtstudies uit (zie www.nivel.nl/dossier/nivel-overzichtstudies-en-kennisvragen). Daarbij gaat het steeds over actuele onderwerpen die hoog op de beleidsagenda van de overheid staan. In overleg met het Ministerie van vws is 'de wijkverpleegkundige' als thema voor deze kennissynthese gekozen. De kennissynthese is in de tweede helft van 2013 uitgevoerd. Centraal staan de taken, rollen en competenties van wijkverpleegkundigen binnen de huidige en toekomstige gezondheidszorg, waar kwaliteit van zorg en kostenbeheersing samen moeten gaan.

Voor de kennissynthese zijn niet alleen bestaande onderzoeksgegevens en beleidsdocumenten geanalyseerd, maar zijn ook vertegenwoordigers van de overheid en veldpartijen geïnterviewd (zie *bijlage II*). Tevens zijn online groepsdiscussies met stakeholders gehouden (zie *bijlage III*). Wij ervoeren een grote deelnamebereidheid, vanwege het belang dat de deelnemers hechten aan het werk van wijkverpleegkundigen. Wij willen alle deelnemers heel hartelijk danken voor hun bijdrage.

Deze kennissynthese maakt onderdeel uit van een serie van overzichtstudies en kennissyntheses die de hervormingen in de langdurige zorg betreffen. Naast deze kennissynthese over de wijkverpleegkundige verschijnen binnenkort de volgende publicaties:

Monitoren van veranderingen in de Langdurige Zorg. Inventarisatie van indicatoren, instrumenten en 'witte vlekken' (J. Peeters en J. Rademakers, NIVEL, 2014). Hierin wordt behandeld welke bestaande indicatoren en instrumenten voorhanden zijn en welke nog ontwikkeld moeten worden om de hervorming van de langdurige zorg te monitoren.

Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg (KD Doekhie, AJE de Veer, JJDJM Rademakers, FG Schellevis, AL Francke, NIVEL, 2014). In deze overzichtstudie staan de wensen ouderen centraal ten aanzien van eigen regie en zelfredzaamheid binnen wonen, welzijn en zorg.

Iris de Putter, Anneke Francke, Anke de Veer, Jany Rademakers
Utrecht, februari 2014

Beleidssamenvatting

- **Achtergrond**

De wijkverpleegkundige is actueler dan ooit. De overheid wil dat wijkverpleegkundigen hun centrale positie in de zorg voor thuiswonende mensen terugkrijgen. Deze positie verloren zij in de laatste decennia van de vorige eeuw, waarin veel zorgtaken en de indicatiestelling voor zorg door andere professionals werden overgenomen.

Door kwalitatief goede zorg dichtbij huis te bieden, moeten huidige en toekomstige wijkverpleegkundigen bevorderen dat ouderen en mensen met een chronische ziekte langer thuis kunnen wonen. Op die manier kunnen zij bijdragen aan het betaalbaar houden van langdurige zorg. Deze kennissynthese laat zien dat een grote rol voor de wijkverpleegkundige in de zorg voor thuiswonende mensen bij veel partijen draagvlak heeft.

- **De wijkverpleegkundige wil spil zijn in de zorg in de buurt**

In aansluiting bij het overheidsbeleid, vinden wijkverpleegkundigen zelf en ook vertegenwoordigers van cliënten, beroeps- en brancheorganisaties en zorgverzekeraars dat de wijkverpleegkundige weer een spil in de zorg in buurten moet worden. De wijkverpleegkundige moet, in samenwerking met de huisarts, de eerste toegang tot professionele zorg worden en de verbindende schakel zijn tussen zorgvragers en aanbieders binnen de domeinen van zorg, wonen en welzijn. In de laatste vijf jaar zijn er diverse initiatieven – bijvoorbeeld vanuit het landelijke innovatieprogramma Zichtbare schakel – om de spilfunctie van de wijkverpleegkundige vorm te geven en ook de nauwe samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige in ere te herstellen.

Behalve met de huisarts, heeft een wijkverpleegkundige te maken met collega's uit haar eigen team, praktijkverpleegkundigen, casemanagers dementie en gespecialiseerde eerstelijnsverpleegkundigen. De taken van casemanagers en gespecialiseerde verpleegkundigen overlappen deels met die van wijkverpleegkundigen, waardoor soms onduidelijkheid bestaat over wederzijdse verantwoordelijkheden.

Wijkverpleegkundigen zijn ook samenwerkingspartners van professionals op de terreinen van wonen en welzijn, onder meer binnen zogenaamde sociale wijkteams. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de sociale wijkteams. Wijkverpleegkundigen moeten binnen de sociale wijkteams voor een verbinding zorgen tussen het medische en sociale domein. Uit deze kennissynthese blijkt de noodzaak om wijkverpleegkundigen meer duidelijkheid te geven over de invulling van hun rol binnen de sociale wijkteams.

- ***Zorgvragers veranderen, de wijkverpleging ook***
De aantallen ouderen en chronisch zieken nemen toe, en de groeiende kosten van langdurige zorg moeten afgeremd worden. Preventie en zelfmanagementbevordering door wijkverpleegkundigen worden daarom steeds belangrijker. De kennissynthese laat zien dat wijkverpleegkundigen dit zelf ook tot hun takenpakket vinden behoren. Over het belang van eHealth en andere nieuwe technologie, die bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden bij zelfmanagementbevordering, heeft een deel van de wijkverpleegkundigen nog reserves. Mede omdat nieuwe technologie door de overheid, beroeps- en cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars gezien wordt als een middel om zelfmanagement en zelfredzaamheid van cliënten te versterken en zorgkosten te beheersen, is het van belang om ‘goede voorbeelden’ van nieuwe technologie onder de aandacht van wijkverpleegkundigen te brengen.
- ***De wijkverpleegkundige heeft regelruimte nodig***
De overheid wil wijkverpleegkundigen meer regelruimte geven; zij moeten ruimte krijgen om te bepalen welke en hoeveel zorg een cliënt nodig heeft. Vanaf 2015 wordt de zorg door wijkverpleegkundigen gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dan zullen wijkverpleegkundigen zelf weer de indicatiestelling voor zorg uitvoeren. Uit deze kennissynthese blijkt dat er bij wijkverpleegkundigen nog onduidelijkheid bestaat over hoe breed en integraal zij in de toekomst mogen indiceren. Vooral bij cliënten die zowel zorg als welzijnsdiensten (bijvoorbeeld dagopvang) nodig hebben, vinden wijkverpleegkundigen een brede en integrale indicatiestelling van belang.
- ***Huidige opleidingen passen niet meer bij veranderende praktijk***
Deze kennissynthese laat ook zien dat wijkverpleegkundigen in hun opleiding vaak onvoldoende toegerust zijn voor algemene taken, zoals het samenwerken met andere disciplines of voor preventieve activiteiten en zelfmanagementondersteuning. Het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde ontwikkelt momenteel een nieuw opleidingsprofiel voor de HBO-v's, gebaseerd op het nieuwe beroepsprofiel van verpleegkundigen, waarin meer aandacht is voor dit soort activiteiten die in de toekomst steeds belangrijker zullen worden.

Aanbevelingen voor beleid en praktijk

In de laatste fase van de kennissynthese hebben stakeholders in online focusgroepen gediscussieerd over de uitkomsten van de vorige fasen. Deze discussies leverden input voor de volgende aanbevelingen.

- ▶ Vanaf 2016 zullen wijkverpleegkundigen opgeleid worden volgens het nieuwe HBO-v opleidingsprofiel. Het is echter ook van belang om de

huidige generatie wijkverpleegkundigen bij te scholen, bijvoorbeeld in bijscholingen over samenwerken, preventieve activiteiten, het bevorderen van zelfmanagement en het gebruik van eHealth.

- ▶ Daarnaast is van belang om bijvoorbeeld in vaktijdschriften of digitale nieuwsberichten goede voorbeelden van het gebruik van eHealth en andere nieuwe technologie onder de aandacht van wijkverpleegkundigen te brengen.
- ▶ De taakverdeling tussen wijkverpleegkundigen en specialistische zorgprofessionals verdient eveneens aandacht. Als de wijkverpleegkundige zich blijft richten op generalistische zorg en 'specialisten' ingezet worden voor specialistische zorg en consultverlening, is de taakverdeling helder en zullen taken minder overlappen.
- ▶ Het is van belang dat vertegenwoordigers van gemeenten meer helderheid geven over de invulling van de rol van wijkverpleegkundigen binnen sociale wijkteams. Ook wijkverpleegkundigen zelf dienen te verduidelijken welke rol zij binnen die teams willen en kunnen spelen.
- ▶ Het is tevens van belang dat de overheid en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en gemeenten meer duidelijkheid geven over hoe integraal en hoe breed de toekomstige indicatiestelling van wijkverpleegkundigen kan zijn.

Aanbevelingen voor onderzoek

- ▶ Een beperking van deze kennissynthese is dat we slechts zijdelings zijn ingaan op zorginhoudelijke aspecten en uitkomsten van wijkverpleegkundige interventies. We bevelen aan dat vervolgonderzoek daar aandacht aan besteedt.
- ▶ Toekomstig onderzoek is ook nodig om meer inzicht te krijgen in bij welke cliënten en in welke situaties de zorg nog generalistisch kan zijn en wanneer ook inzet van specialistische zorgverleners – zoals case-managers dementie of gespecialiseerde eerstelijnsverpleegkundigen – wenselijk is.
- ▶ Om de wijkverpleegkundige weer tot een centrale figuur in de zorg in buurten te maken, zijn meer wijkverpleegkundigen nodig. De overheid heeft daarvoor 200 miljoen gereserveerd. Hoeveel extra wijkverpleegkundigen precies nodig zijn, is nog niet duidelijk. Daarvoor is meer inzicht nodig in maatschappelijke, demografische en andere ontwikkelingen die de vraag naar en 'aanbod' van wijkverpleegkundigen bepalen.

1 Historische schets en kennissynthesevragen

In deze kennissynthese staat de wijkverpleegkundige centraal. Daarbij ligt de focus op het heden en toekomst. Toch begint dit eerste hoofdstuk met een terugblik. Wie de geschiedenis kent, zal beter begrijpen dat actuele thema's, zoals de wijkverpleegkundige als 'spil in de buurt' en als 'generalist', tot ver in de twintigste eeuw gangbare praktijk waren. Dat wil niet zeggen dat de wijkverpleging terug bij af is, maar belangrijke waarden en principes uit het verleden komen in hedendaagse varianten terug. Ook presenteren we in dit hoofdstuk de centrale vragen van de kennissynthese en geven we een introductie op het overheidsbeleid, voor zover het gaat over de positionering van wijkverpleegkundigen als belangrijke actoren binnen de zorg voor mensen 'dicht bij huis'.

1.1 De wijkverpleegkundige vroeger en nu

De wijkverpleging is eind 19e eeuw ontstaan, in een tijd waarin ziekten vooral door familieleden werden verzorgd en waarin tuberculose, roodvonk, tyfus en andere besmettelijke ziektes nog levensbedreigend waren (van der Boom e.a., 2004; van der Boom, 2009). Wie geen thuis had, kon in het plaatselijke 'gasthuis' terecht, waar voornamelijk ongeschoolde krachten de zieken verpleegden. Dit veranderde met de komst van de kruisverenigingen die, geïnspireerd door het werk van Florence Nightingale, functioneerden als een 'Rode Kruis in vrede'. In 1875 werd in Noord-Holland de eerste kruisvereniging opgericht, net voordat de eerste officiële verpleegstersopleiding in Nederland van start ging (in 1878). In de eerste helft van de twintigste eeuw ontstonden ook elders in Nederland kruisverenigingen: het neutrale Groene Kruis, het rooms-katholieke Wit- Gele Kruis en het protestants-christelijke Oranje-Groene Kruis. De kruisverenigingen hadden wijkverpleegkundigen in dienst, naast onder meer consultatiebureau-artsen. Het werk van de wijkverpleegkundige bestond uit twee hoofdonderdelen: de verpleegkundige zorg voor zieken in hun eigen huis en de preventieve zorg voor kinderen en hun ouders. De wijkverpleegkundigen zagen preventie als een belangrijke taak: voorlichting over hygiëne en het voorkomen van besmettelijke ziektes was een belangrijk onderdeel van het werk. De wijkverpleegkundige was binnen buurten een persoon die aanzien en respect genoot. Zij¹ had veel autonomie in haar werk en had frequent overleg met de huisarts. De wijkverpleegkundige was een bron van informatie voor de huisarts. Zij kwam bij de zieken thuis en wist wat er leefde binnen gezinnen en in de buurt (van der Boom e.a., 2004; de

¹ Voor de leesbaarheid wordt de wijkverpleegkundige alleen met het vrouwelijk persoonlijk voornaamwoord aangeduid. Waar 'zij' staat kan 'hij/zij' gelezen worden.

Bont e.a., 2012). In de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw kreeg de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen en andere eerstelijnsdisciplines een extra impuls door de opkomst van gezondheidscentra² en hometeams³.

In de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw leidden een nadruk op doelmatigheid en schaalvergroting tot veel veranderingen in de wijkverpleging en daarmee ook tot veranderingen in de samenwerkingsrelaties van wijkverpleegkundigen. De kruisverenigingen 'ontzuilden' en gingen op in grote gefuseerde thuiszorgorganisaties waarin wijkverpleging en gezinszorg werden geïntegreerd. Deze ontwikkeling bracht een herziening van het takenpakket van de wijkverpleegkundige met zich mee. De wijkverpleegkundige werd vanaf dan vooral ingezet voor risicovolle en voorbehouden handelingen⁴, terwijl voor persoonlijke verzorging (wassen, aankleden e.d.) en relatief eenvoudige verpleegkundige handelingen lager opgeleide zorgverleners werden ingezet.

Ook verloren wijkverpleegkundigen in de jaren '90 hun terrein bij de indicatiestelling voor zorg. Tot die tijd hadden wijkverpleegkundigen zelf, in overleg met de zorgvrager, bepaald wat voor zorg en hoeveel zorg iemand kreeg. Na de komst van de Regionale IndicatieOrganen (RIO's) in de jaren '90, die later overgegaan zijn in het Centrum Indicatie Zorg (CIZ), werd de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg losgekoppeld van de zorgaanbieders. Deze zogenaamde onafhankelijke indicatiestelling moest tot uniforme indicatieprocedures en een vraaggestuurde indicatiestelling leiden, maar stond vanaf het begin ter discussie, zeker onder de wijkverpleegkundige beroepsgroep.

Wijkverpleegkundigen vonden dat hun autonomie was afgenomen, doordat ze nu niet meer zelf samen met de cliënt⁵ konden vaststellen welke zorg nodig was.

Daarnaast had de schaalvergroting van thuiszorgorganisaties invloed op de samenwerking van wijkverpleegkundigen met huisartsen, die meer en meer uit elkaar groeiden. De nadruk van de thuiszorgorganisaties op doelmatigheid ging gepaard met veel registraties en stopwatchzorg⁶ en vergaande taakdifferentiatie tussen wijkverpleegkundigen en lager opgeleide zorgverleners. Het gevolg was dat het historische profiel van de wijkverpleegkundige (een allround verpleegkundige met een hoge mate van autonomie die samen met de huisarts een centrale figuur in buurten en wijken was) onder druk kwam te staan. De aantrekkelijkheid van het beroep veranderde daardoor ook. Veel wijkverpleegkundigen verlieten de zorg, omdat een deel van hun taken overgenomen waren door lager opgeleide zorgverleners en er daardoor minder wijkverpleegkundigen nodig waren, maar ook doordat zijzelf een uitholling van hun beroep ervoeren (de Bont e.a., 2012).

Sinds ongeveer vijf jaar is er sprake van een kentering; wijkverpleegkundigen worden opnieuw gezien als een centrale zorgverlener in de zorg in wijken. Vanuit de overheid is er een groeiend besef dat om dure opna-

2 In 1974 waren er 21 gezondheidscentra in Nederland en dit aantal steeg tot ongeveer 150 centra in 1990. Daarna stagneerde de groei en in 2010 waren er ongeveer 200 gezondheidscentra (Batenburg en Kalf, 2010). In gezondheidscentra streven eerstelijnsprofessionals naar integrale eerstelijnszorg. Doordat zij onder één dak zijn gevestigd wordt samenwerking en afstemming bevorderd.

3 Binnen hometeams is er regelmatig overleg tussen samenwerkende wijkverpleegkundigen, huisartsen en andere eerstelijnsdisciplines, maar deze professionals zijn niet onder één dak gevestigd. Hometeams kwamen op in de jaren '80 van de vorige eeuw. Eind jaren '80 waren er circa 650 hometeams actief, waarna de groei stagneerde (Hessels, 1989).

4 Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) (www.rijksoverheid.nl).

5 Voor cliënt kan overal ook patiënt of zorgvrager gelezen worden.

6 Stopwatchzorg betekent dat op de minuut bijgehouden moet worden hoeveel tijd een handeling kost.

mes in ziekenhuizen of verpleeg- of verzorgingshuizen te verminderen, kwalitatief goede zorg dicht bij huis geleverd moet worden. Ook de beroepsgroep zelf investeert veel in het profileren en positioneren van de hedendaagse wijkverpleegkundige. De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn) startte, in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), in 2009 het project 'Versterken verpleging thuis: naar een basisvoorziening wijkverpleging', waarbij de focus lag op kwetsbare ouderen en waar de wijkverpleegkundigen na overleg met de zorgkantoren, de gelegenheid kregen om zelf weer de benodigde zorg te indiceren (de Bont e.a., 2011).

De opkomst van Buurtzorgteams betekende eveneens veel voor de herpositionering van de wijkverpleegkundige. Buurtzorg Nederland introduceerde in 2006 een vernieuwend concept waarbij wijkverpleegkundigen (HBO-niveau 5), verpleegkundigen in de wijk (MBO-niveau 4) en wijkziekenverzorgenden (MBO-niveau 3 IG) in zelfsturende kleinschalige teams, in nauwe samenwerking met huisartsen, zorg aan huis leveren (www.buurtzorgnederland.com). Over het hele land verspreid zijn er inmiddels Buurtzorgteams. Het concept van Buurtzorg heeft ook invloed gehad op veel andere thuiszorgorganisaties die elementen van Buurtzorg, zoals zelfsturing en kleinschaligheid, vertalen naar hun eigen organisatie.

Belangrijk voor de profilering van de hedendaagse en toekomstige wijkverpleegkundige is ook dat v&vn in 2012 de competenties van wijkverpleegkundigen nader heeft gespecificeerd. Het Expertisegebied Wijkverpleegkundige beschrijft de wijkverpleegkundige als een HBO-opgeleide generalist met een hoge mate van autonomie, die zorgverlening bij mensen thuis en in de wijk als haar primaire taak heeft. Alle rollen en de benodigde competenties zijn direct gerelateerd aan de zorgtaken van de wijkverpleegkundige (de Bont e.a., 2012).

1.2 *Wie zijn wijkverpleegkundige?*

Wijkverpleegkundige is geen beschermde titel. Het kwaliteitsregister van v&vn (www.kwaliteitsregistervnv.nl) en het competentieprofiel Expertisegebied Wijkverpleegkundige (de Bont e.a., 2012) noemen wel enkele voorwaarden waar de wijkverpleegkundige aan moet voldoen. Zij moet minimaal beschikken over een afgeronde HBO-v opleiding (niveau 5) met uitstroomprofiel Maatschappelijke Gezondheidszorg, of een vergelijkbare opleiding. Daarnaast moet zij daadwerkelijk werken in de thuiszorg. In 2011 waren in Nederland ongeveer 15.000 verpleegkundigen van niveau 5 werkzaam in de thuiszorg. Samen vormden zij ruim 6.000 fte (AZW-info, 2013). Overal in Nederland zijn wijkverpleegkundigen werkzaam; vanuit thuiszorgorganisaties of vanuit Buurtzorgteams.

De grote meerderheid is vrouw en de gemiddelde leeftijd is rond de 45 jaar (UWV, 2013).

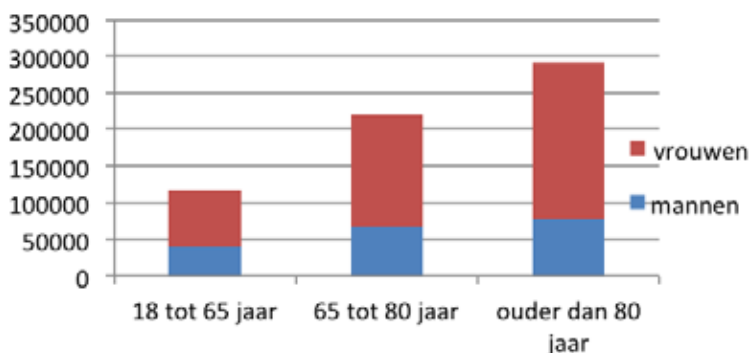
1.3 Wat voor zorg verlenen ze en aan wie?

Belangrijke cliëntgroepen van de hedendaagse wijkverpleegkundige zijn chronisch zieken, mensen met een beperking, ouderen en mensen die tijdelijk behoefte aan wijkverpleegkundige zorg hebben. Over hoeveel mensen per jaar zorg van een wijkverpleegkundige ontvangen zijn geen precieze cijfers. Wel is bekend uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat in ons land in 2010 ruim 629 duizend mensen boven de 18 jaar zorg thuis ontvingen⁷. Onder de mensen die in 2010 zorg thuis hebben ontvangen, bevinden zich veel vrouwen van boven de 80 jaar (213.760, zie ook figuur 1.1).

⁷ Het ging daarbij om zorg waarvoor een eigen bijdrage is betaald, zonder dat men in een instelling verbleef en waarvan de kosten voor rekening van de Algemene Wet voor Bijzondere Zorgkosten (AWBZ) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) kwamen.

Figuur 1.1

Leeftijdsopbouw en geslacht van mensen die zorg thuis hebben ontvangen in 2010



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline, 2013

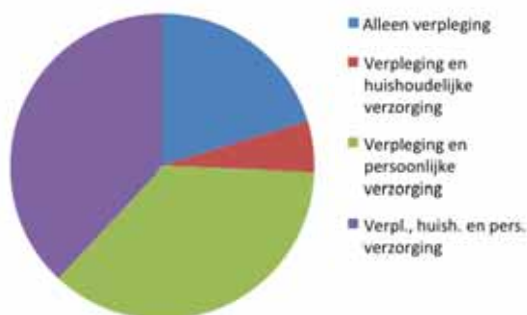
Bij de zorg thuis maakt het CBS een onderverdeling die aansluit bij drie functies zoals het CIZ die onderscheidt, namelijk

- verpleging (zoals verpleegtechnische handelingen, toedienen medicijnen e.d.),
- persoonlijke verzorging (zoals hulp bij wassen, aankleden e.d.),
- huishoudelijke verzorging (zoals schoonmaken en klaarmaken van de maaltijd).

Van de mensen die in 2010 verpleging thuis nodig hadden, had 20% uitsluitend verpleging nodig, 36% verpleging en persoonlijke verzorging en 38% verpleging, huishoudelijke en persoonlijke verzorging (zie figuur 1.2).

Figuur 1.2

Onderverdeling van benodigde soorten zorg voor mensen die in 2010 verpleegkundige zorg thuis kregen



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline, 2013

De wijkverpleegkundige is niet de enige professional die zorg in de thuissituatie biedt. Zij werkt vaak in een team met verpleegkundigen in de wijk (MBO niveau 4), verzorgenden (MBO niveau 3) en helpenden (MBO niveau 2). Of een wijkverpleegkundige dan wel een lager opgeleide zorgprofessional wordt ingezet ligt onder meer aan de complexiteit van de zorg. Meer over de samenwerkingspartners is te lezen in hoofdstuk 4.

1.4 Focus en vragen van deze kennissynthese

Het thema 'wijkverpleegkundige' staat hoog op de beleidsagenda. Het kabinet wil dat de wijkverpleegkundige weer een centrale zorgverlener in wijken en buurten wordt (Staatssecretaris van Rijn, 2013a en 2013b). De wijkverpleegkundige moet daarbij nauw samenwerken met de huisarts en andere professionals in de eerste lijn, zodat langdurige zorg zo veel mogelijk thuis gegeven wordt en de groei van dure verpleeg- en verzorgingshuiszorg afneemt.

Deze kennissynthese laat zien of de wijkverpleegkundige klaar is voor haar spilfunctie in de zorg in de buurt en of er in beleid en praktijk draagvlak voor is. We geven inzicht in de visie van de overheid, maar ook in de perspectieven van de beroepsgroep zelf, cliëntvertegenwoordigers en andere stakeholders op de rollen en taken, de deskundigheid en samenwerkingsrelaties van wijkverpleegkundigen. We hebben daarvoor verschillende partijen geraadpleegd en een breed scala aan relevante beleidsdocumenten en onderzoeksrapporten bestudeerd.

Vertrekpunt daarbij waren de volgende vragen, die in overleg met het Ministerie van vws zijn geformuleerd:

- 1 Wat zijn de feitelijke en gewenste rollen en taken van wijkverpleegkundigen? (zie hoofdstuk 3)
- 2 Hoe verhoudt het werk van wijkverpleegkundigen zich tot het werk van huisartsen en andere professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg⁸? Vindt er taaksubstitutie plaats? (zie hoofdstuk 4)
- 3 Wat zijn de feitelijke en gewenste organisatorische, intercollegiale en financiële randvoorwaarden voor een adequate beroepsuitoefening van wijkverpleegkundigen? (zie hoofdstuk 5)
- 4 Wat zijn de feitelijke en gewenste deskundigheid en opleiding van wijkverpleegkundigen? (zie hoofdstuk 6)

8 De eerstelijnsgezondheidszorg omvat alle niet-gespecialiseerde, vrij toegankelijke voorzieningen in de gezondheidszorg en de hulp- en dienstverlening.

Subvragen die betrekking hebben op alle bovengenoemde vragen zijn:

- 5 Wat zijn de beleidspunten en visies van de overheid, de wijkverpleegkundige beroepsgroep en andere stakeholders met betrekking tot de onderwerpen die in de voornoemde vraagstellingen zijn genoemd?
- 6 Wat zijn nieuwe ontwikkelingen in de beroepsuitoefening of opleiding van wijkverpleegkundigen?

Bijlage I geeft de methoden van deze kennissynthese weer. We starten in het nu volgende hoofdstuk (2) met de bespreking op hoofdpunten van de standpunten van de overheid, de wijkverpleegkundige beroepsgroep en andere stakeholders.

2 **Beleid en visies van stakeholders**

Belanghebbende partijen rondom de wijkverpleegkundige zijn de landelijke overheid, de beroepsgroep zelf, vertegenwoordigers van cliënten, huisartsen, branche- en zorgorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten. In aansluiting bij het overheidsbeleid, zien alle veldpartijen de wijkverpleegkundige als spil in de zorg in de buurt en als schakel tussen zorg, wonen en welzijn. Daarbij zijn ze het er over eens dat de wijkverpleegkundige regelruimte nodig heeft en de manier van financieren anders moet. De meeste veldpartijen zien de wijkverpleegkundige in de eerste plaats als zorgverlener en zij vinden dat het werk van de wijkverpleegkundige daarom onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) moet gaan vallen. Vertegenwoordigers van gemeenten vinden daarentegen dat de wijkverpleegkundige het meest in het sociale domein actief is en zijn daarom van mening dat haar werk in de toekomst vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gefinancierd zou moeten worden.

2.1 **Overheidsbeleid**

Vanuit de landelijke overheid is er sinds ongeveer vijf jaar veel aandacht voor de mogelijkheden van wijkverpleegkundigen om kwalitatief goede extramurale zorg en preventie bij vooral kwetsbare groepen te leveren. Eind 2008 verzocht de Tweede Kamer in de 'Motie Hamer' geld beschikbaar te stellen voor uitbreiding van het aantal wijkverpleegkundigen. Naar aanleiding van die motie werden door de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties/Wonen Wijken en Integratie middelen vrijgemaakt voor het innovatieprogramma 'Zichtbare schakel' (ZonMw, 2009).

Kader 2.1

Het programma Zichtbare schakel

Doel van het programma 'Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' (looptijd 2009-eind 2012) was meer samenhangende zorg in zogenaamde krachtwijken, waar veel mensen met een lage sociaal-economische status wonen. Het Zichtbare schakel programma werd gecoördineerd door ZonMw.

Thuiszorgorganisaties, zorginstellingen, gezondheidscentra, GGD'en en formele samenwerkingsverbanden konden bij ZonMw subsidie aanvragen voor lokale verbeterprojecten die pasten bij de doelstelling van het programma. In 2012 waren er 96 projecten van start gegaan, verspreid over het land, inclusief alle veertig krachtwijken. Binnen de projecten

werden extra wijkverpleegkundigen ingezet, om preventie en zorg, wonen en welzijn op wijkniveau met elkaar te verbinden. Naast hun zorgtaken, hielden de wijkverpleegkundigen zich bezig met coördinatie en regie, advisering en doorverwijzing, signalering en preventie op wijkniveau, waarbij zij een grote mate van autonomie en regelruimte kregen.

Het vvd-pvdA kabinet zet de ingeslagen weg voort. De wijkverpleegkundige krijgt door dit kabinet een grote rol toebedeeld bij de realisering van de hervorming van de langdurige zorg. Doel van die hervorming is de groei van dure verpleeg- en verzorgingshuiszorg, die vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt gefinancierd, terug te dringen en langdurige zorg zo veel mogelijk dicht bij huis in de eigen buurt van de cliënt te geven. Alleen voor zeer zorgbehoeftige ouderen of gehandicapten blijft er een mogelijkheid voor intramurale verpleging en verzorging, die vanuit een 'kern AWBZ'⁹ zal worden gefinancierd. Het kabinet heeft het voornemen om de zorg door wijkverpleegkundigen vanaf 2015 niet meer te financieren vanuit de AWBZ, maar vanuit de Zvw.

⁹ Het kabinet werkt nog aan de vormgeving van die 'kern AWBZ' die waarschijnlijk de Wet langdurige zorg (Wlz) gaat heten (Staatssecretaris van Rijn, 2013d).

Kader 2.2

Samenvatting voorgenomen maatregelen voor de hervorming van de langdurige zorg per 2015, voor zover het de Zvw of Wmo betreft (bron: www.rijksoverheid.nl)

In de Zorgverzekeringswet (Zvw):

- komt een nieuwe aanspraak voor 'verpleging in de wijk';
- wordt de rol van de wijkverpleegkundige versterkt: zij moet een spil in de zorg in de buurt worden en het medische en sociale domein verbinden. Hiertoe krijgt de wijkverpleegkundige regelruimte om de totale zorgvraag in kaart te brengen en de indicatie vast te stellen;
- wordt de op behandeling en begeleiding gerichte intramurale geestelijke gezondheidszorg ondergebracht.

In de Wmo:

- wordt bevorderd dat meer mensen dan nu met ondersteuning en zorg thuis blijven wonen;
- zijn gemeenten verantwoordelijk voor ondersteuning van burgers op het gebied van begeleiding en participatie;
- moeten gemeenten huishoudelijke ondersteuning organiseren;
- komt een recht op het persoonsgebonden budget, onder stringente voorwaarden en fraudebestendig;

- wordt er €50 miljoen uitgetrokken om sociale wijkteams in te richten;
- blijft cliëntondersteuning bestaan, zodat een cliënt zich kan laten bijstaan bij een aanvraag;
- is er een vangnet waarmee gemeenten steun kunnen bieden aan mensen met een behoefte aan ondersteuning, ofwel via Wmo-voorzieningen ofwel inkomenssteun via de bijzondere bijstand.

Globaal worden vanuit vws drie motieven aangevoerd voor de hervorming van de langdurige zorg. Ten eerste dat mensen steeds ouder worden en belang hechten aan zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Een tweede motief is van financiële aard. De uitgaven aan de AWBZ zijn de afgelopen decennia enorm gegroeid van € 275 miljoen bij aanvang (in 1968) naar ruim € 25 miljard in 2011 (Staatssecretaris van Rijn, 2013b). Het kabinet is gericht op het afvlakken van deze groeiende uitgaven, mede door uit te gaan van wat mensen (nog) wel kunnen, in plaats van wat ze niet kunnen. Een derde motief betreft het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving. Binnen de zorgverlening thuis of in een instelling moet gericht gekeken worden welke zorg door familie of andere mensen vanuit het netwerk van de cliënt gegeven kan worden (Staatssecretaris van Rijn, 2013b).

Voor de hervorming van de langdurende zorg, krijgt de wijkverpleegkundige, in samenwerking met de huisarts en andere eerstelijns professionals, een cruciale rol toebedeeld. In het volgende kader staan de kabinetsstandpunten over het werk en de benodigde deskundigheid van wijkverpleegkundigen (Staatssecretaris van Rijn, 2013a, 2013b en 2013d; Minister Schippers & Staatssecretaris van Rijn, 2013).

Kader 2.3

Kabinetsstandpunten over de wijkverpleegkundige

- De wijkverpleegkundige is de spil in de zorg in de buurt
- De wijkverpleegkundige is de schakel tussen zorg, wonen en welzijn
- De wijkverpleegkundige moet mogelijkheden hebben tot het bevorderen van zelfmanagement en zelfredzaamheid en de inzet van het sociale netwerk van cliënten
- Innovaties in de beroepen en opleidingsstructuur moeten de taken en verantwoordelijkheden van de wijkverpleegkundige met betrekking tot het bevorderen van zelfmanagement, zelfredzaamheid en de inzet van het sociale netwerk faciliteren
- De wijkverpleegkundige heeft regelruimte nodig om zich te kunnen concentreren op de totale zorgvraag van de cliënt

Het kabinet heeft toegezegd € 200 miljoen te gaan investeren in het opleiden, bijscholen en het aanstellen van extra wijkverpleegkundigen. Deze investering moet er toe leiden dat wijkverpleegkundigen door heel Nederland als *spil in de zorg in buurten* worden ingezet. De wijkverpleegkundige moet, samen met de huisarts, een eerste toegang tot professionele zorg vormen. Door passende zorg dichtbij huis te bieden, moeten wijkverpleegkundigen bevorderen dat mensen langer thuis kunnen wonen en dat duurdere, intramurale zorg wordt gereduceerd. Vanuit haar spilfunctie moet de wijkverpleegkundige zorgdragen voor goede afstemming van zorg van de verschillende zorgverleners in de buurt.

‘Als er meer hulpverleners nodig zijn kunt u (de wijkverpleegkundige) ervoor zorgen dat zij van elkaar weten wat zij doen. Zodat er geen overlap meer is. Zodat er ook geen gaten vallen in de zorg. Zodat de zorg meer is afgestemd op de zorgvraag. Belangrijk hierin is de samenwerking met andere professionals die werken in de wijk. Ik denk daarbij als eerste aan de verbinding met de eerstelijnszorg. Samen met de huisartsenzorg moet de wijkverpleegkundige zorg erop gericht zijn om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Ook is hierin de verbinding met het sociale domein essentieel. Mantelzorg, vrijwilligerswerk, contact met huisartsen, contact met andere specialismen; de wijkverpleegkundige wordt een grote spil in de wijk.’

(uit toespraak van staatssecretaris Van Rijn, 2013a)

De wijkverpleegkundige wordt daarbij gepositioneerd als belangrijke *schakel op de terreinen van zorg, wonen en welzijn in buurten*. Ook sociale wijkteams krijgen een rol bij de verbinding van die domeinen. Het kabinet stelt € 50 miljoen beschikbaar aan gemeenten (via de Wmo) voor de oprichting van sociale wijkteams. In deze teams moeten wijkverpleegkundigen, naast andere relevante disciplines, participeren om voor mensen in de wijk, die dat nodig hebben, goed afgestemde diensten op de terreinen van zorg, wonen en welzijn te leveren (Staatssecretaris van Rijn, 2013a en 2013b).

Daarnaast gaat het kabinet er vanuit dat *wijkverpleegkundigen mogelijkheden moeten hebben tot het bevorderen van zelfmanagement, zelfredzaamheid en de inzet van het sociale netwerk van cliënten*. Uitgangspunt is dat indien mensen door ziekte zorg nodig hebben, eerst naar een oplossing in de eigen sociale omgeving gezocht wordt. Ook moeten zelfredzaamheid en zelfmanagement (het op een effectieve manier omgaan met de eigen ziekte en de gevolgen daarvan in het dagelijks leven) gestimuleerd worden.

Innovaties in de beroepen en opleidingsstructuur moeten deze taken en verantwoordelijkheden faciliteren. Professionalisering van het beroep wijkverpleegkundige dient daarbij voorop te staan (Staatssecretaris van Rijn, 2013b).

Het kabinet is tevens van mening dat *wijkverpleegkundigen regelruimte*

moeten krijgen om zich te kunnen concentreren op de totale zorgvraag van de cliënt (Minister Schippers & Staatssecretaris van Rijn, 2013; Staatssecretaris van Rijn, 2013a; Staatssecretaris van Rijn 2013b). Door de huidige wijze van bekostiging en de verantwoording die nodig is bij AWBZ-gefinancierde zorg is de wijkverpleegkundige steeds verder van de zorgvraag van de cliënt komen te staan. Wanneer vanaf 2015 de inzet van wijkverpleegkundigen wordt gefinancierd vanuit de nieuwe aanspraak ‘verpleging in de wijk’ binnen de Zvw, zal de wijkverpleegkundige niet meer te maken hebben met indicatiebesluiten van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De behoefte aan zorg zal dan door de wijkverpleegkundige zelf geïndiceerd worden, bij die cliënten waar een ziekte/aandoening/beperking is vastgesteld door een huisarts of medisch specialist. Omdat wijkverpleegkundigen ook zorg verlenen aan mensen zonder medische diagnose, wordt over dit laatste punt eind 2013 nog gediscussieerd met de beroepsgroep. We komen daar in de volgende paragraaf op terug.

2.2 Visie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep

Ook de beroepsgroep zelf ziet de wijkverpleegkundige als spil in de buurt en als schakel tussen de terreinen van zorg, wonen en welzijn. Zoals in het door de beroepsorganisatie v&vn ontwikkelde Expertisegebied Wijkverpleegkundige staat, zien wijkverpleegkundigen hun rol als zorgverlener als hun ‘kernrol’ (de Bont e.a., 2012). Vanuit deze rol komt zij bij mensen aan huis en kan zij de cliënt en zijn mantelzorger(s) ondersteunen en begeleiden, in samenwerking met collega’s van eigen en andere disciplines. Een citaat uit het Expertisegebied Wijkverpleegkundige:

‘De verpleegkundige handelt vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines, en met leidinggevenden. Zij deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten. Dat vergt permanente onderlinge afstemming, om te voorkomen dat de zorg gefragmenteerd raakt. Zij geeft in samenwerking vorm aan het ontwikkelen van beleid met betrekking tot de individuele patiëntenzorg over de grenzen van de individuele zorgorganisatie. Zij doet dit vanuit het perspectief van de continuïteit van de zorg voor het individu. De verpleegkundige werkt daarnaast over de grenzen van gezondheidszorgorganisaties heen, met onder meer woningbouwverenigingen, politie, ouderensoos, wijkcentra, kerken en moskeeën, buurtregisseurs, scholen, kinderdagverblijven en kunstenaars. Via deze samenwerking spoort zij ook zorgmijders op en mensen met (dreigende) gezondheidsproblemen. De verpleegkundige in de wijk/buurt bereikt iedereen die zorg behoeft, niet alleen op indicatie.’

(de Bont e.a., 2012)

Doordat de wijkverpleegkundige de sociale context van zowel de cliënten als de relevante spelers in de wijk kent, is zij in staat om zorg te organiseren die afgestemd is op de behoefte van de cliënt en de mogelijkheden in de wijk. v&vN stelt hierbij, net als het kabinet, dat het belangrijk is dat de wijkverpleegkundige regelruimte heeft en zelf de indicatie voor de benodigde zorg kan stellen. De werkzaamheden van een wijkverpleegkundige kunnen soms zowel verpleging als verzorging omvatten. Bijvoorbeeld bij cliënten met een complexe thuissituatie of met co morbiditeit, valt verzorging (bijvoorbeeld wassen en aankleden) ook binnen haar werkzaamheden. Door integrale zorg te leveren, heeft de wijkverpleegkundige veel mogelijkheden voor signalering van problemen en om de zelfredzaamheid van cliënten te versterken. v&vN heeft daarom positief gereageerd op de Kamerbrief van staatssecretaris Van Rijn (november 2013) waarin staat dat de eerder beoogde splitsing van verpleging (die naar de Zvw overgaat) en verzorging (die onder de Wmo zou komen te vallen) van de baan is. Verzorging en verpleging voor mensen met een lichamelijke aandoening zal in één financieringskader vallen, namelijk de Zvw. v&vN is echter tegen het voornemen van vws om de vergoeding voor wijkverpleging te beperken tot ‘zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg’. De bezwaren van v&vN hangen samen met de laatste bijzin waarin gesproken wordt over een verband met een behoefte aan geneeskundige zorg. Het feit is dat bijvoorbeeld vroegsignalering en preventie belangrijke taken zijn van wijkverpleegkundigen die vaak al worden uitgevoerd voordat er behoefte is aan geneeskundige zorg.

Vooruitblikkend op de overgang naar de Zvw, geeft v&vN een voorkeur aan voor een populatiegebonden deel binnen de bekostiging (zie ook hoofdstuk 5). De beroepsvereniging is daarbij van mening dat de wijkpopulatie het uitgangspunt moet zijn bij bekostiging, niet de populatie verzekerden van een specifieke verzekeraar (v&vN, 2013a). Deze vorm van bekostiging zou de beste kansen bieden om integrale wijkverpleegkundige zorg in de volle breedte in te zetten.

v&vN is het met het kabinet eens dat innovaties in de opleidingsstructuur doorgevoerd moeten worden. De beroepsvereniging beperkt zich daarbij echter niet tot uitspraken over de noodzaak om in opleidingen meer aandacht te hebben voor het bevorderen van zelfmanagement, zelfredzaamheid en de inzet van het sociale netwerk. Zij is van mening dat de opleiding tot wijkverpleegkundige aan hogescholen op meer vlakken onvoldoende aansluit op de praktijk. De beroepsvereniging haakt hierbij aan op de resultaten van een online enquête onder wijkverpleegkundigen over de aansluiting tussen de opleiding en de praktijk (van Moorsel & Rosendal, 2012; zie ook paragraaf 6.2). v&vN pleit voor een herziening van het curriculum, die aansluit bij de hervormingen in de langdurige zorg. Daarnaast wijst v&vN erop dat de uitstroom van

hogescholen naar de praktijk niet voldoende is om wijkverpleegkundigen door het hele land in te kunnen zetten. v&vN pleit daarom voor een goede doorstroom van MBO opgeleide verpleegkundigen naar hogescholen om daar opgeleid te worden tot wijkverpleegkundige. Zij heeft hierbij wel behoefte aan meer helderheid over het gewenste aantal wijkverpleegkundigen en het gewenste deskundigheidsniveau. Ook vraagt de beroepsvereniging aandacht voor de kwaliteit van de stages voor de aankomende wijkverpleegkundigen (Hollander, 2013).

‘Op dit moment is er een chronisch gebrek aan goede stageplaatsen. Soms laten de organisaties stagiaires meelopen met verzorgenden. Dat vind ik geen goede ontwikkeling. Als je een beroep wilt leren, dan is je rolmodel iemand die dat beroep uitoefent. Stagiaires moeten het beroep wijkverpleegkundige in de volle breedte meekrijgen. Verzorgenden voeren natuurlijk wel een aantal taken uit die je als wijkverpleegkundige ook moet verrichten, maar ze zijn geen rolmodel voor de stagiaire.’

(uit interview met een vertegenwoordiger van v&vN)

2.3 Visie van andere partijen in de zorg

10 De Agenda voor de Zorg is opgesteld door ActiZ, CSO de koepel van ouderenorganisaties, GGD Nederland, GGZ Nederland, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), de patiëntenfederatie NPCF, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten (OMS), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (vGN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Vertegenwoordigers van cliënten, huisartsen, branche- en zorgorganisaties en zorgverzekeraars sloegen in 2012 samen met v&vN de handen ineen om te komen tot een gezamenlijke Agenda voor de Zorg¹⁰. In deze ‘agenda’ wordt gesteld dat verder gewerkt moet worden aan extramuralisering: de zorg moet zoveel mogelijk in of nabij de thuisituatie aangeboden worden, waarbij de inzet van wijkverpleegkundigen en nieuwe technologische toepassingen (bijvoorbeeld eHealth) belangrijk zijn. Een ander belangrijk punt in de ‘agenda’ is dat cliënten, ondersteund door mensen uit hun sociale netwerk, meer eigen regie en meer verantwoordelijkheid voor hun zorg moeten krijgen. Dit vraagt van wijkverpleegkundigen en andere betrokken zorgverleners een verschuiving van gerichtheid op ziekte en zorg naar het bevorderen van gezondheid en beïnvloeden van gedrag. Aandacht voor bevordering van gezond gedrag is er nu nog niet voldoende, omdat de huidige financieringssystematiek zorgorganisaties ‘prikkel’ om tot een hoge zorgproductie te komen. Overheveling van de financiering van wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw zou deze productieprikkel wegnemen en meer mogelijkheden bieden om het aanbod af te stemmen op de individuele behoeften en mogelijkheden van een cliënt. In de Agenda voor de Zorg pleiten de betrokken partijen voor een niet-productie gedreven bekostiging, die recht doet aan de brede functie van de wijkverpleegkundige (ActiZ e.a., 2012).

2.4 *Beleid en visie van Vereniging van Nederlandse Gemeenten*

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) verwoordt haar kijk op een integrale aanpak in het sociale domein in het visiedocument 'Bouwen op de kracht van de burgers' (VNG, 2012). Hierin stelt de VNG dat gemeenten de omslag willen maken van zorgen voor burgers naar zorgen dat burgers en hun sociale netwerk een grotere rol krijgen in het voldoen aan ondersteuningsbehoeften. Daarbij willen gemeenten de vraag van de burger zo integraal en breed mogelijk bekijken en waar nodig ondersteuning op maat bieden. De grote variëteit aan vragen en behoeften van burgers, bijvoorbeeld over opvoedondersteuning, individuele begeleiding van mensen met een beperking of woningaanpassingen, maakt een grote diversiteit aan voorzieningen, instrumenten en aanpakken in het sociale domein noodzakelijk, aldus de VNG. De professionals die de ondersteuning op maat bieden, moeten daarbij zo min mogelijk belemmering ondervinden van verschillende (bekostiging)systemen. Het onder regie brengen van het sociale domein bij gemeenten schept volgens de VNG de voorwaarden voor de transformatie tot een lokaal sociaal domein, waarin ook partijen buiten de gemeenten (zoals zorgaanbieders) actief deelnemen.

Vanuit deze visie had de VNG liever gehad dat de wijkverpleging in het gemeentelijke domein zou worden gebracht, mede omdat de sociale wijkteams waar wijkverpleegkundigen ook deel vanuit moeten maken, ook aangestuurd worden door gemeenten. Het programma 'Zichtbare schakel' van ZonMw heeft volgens de VNG aangetoond dat een wijkverpleegkundige die organisatorisch onderdeel uitmaakt van de sociale wijkteams, de verbinding kan maken met de eerstelijns zorgvoorzieningen in de wijk. Die verbinding is volgens de gemeenten cruciaal om meer geïntegreerde zorg in buurt en wijk tot stand te brengen. Een achterliggende gedachte is dat de werkzaamheden van een wijkverpleegkundige voor een groot deel bestaan uit welzijnstaken.

'80 procent van de taken van een wijkverpleegkundige bestaat in feite uit welzijnsachtige taken. [...] Het in de gaten houden van mensen, kijken of ze niet eenzaam zijn, hun sociaal netwerk inrichten, dat soort taken allemaal. Het verschil met de welzijnswerker of maatschappelijk werker is dat de invalshoek van een wijkverpleegkundige medisch is.'

(uit een interview met een vertegenwoordiger van VNG)

De VNG gaat er vanuit dat gemeenten wijkverpleegkundigen het best zouden kunnen aansturen. Zij is van mening dat onderbrenging van zowel extramurale verpleging als het grootste deel van de extramurale verzorging in de Zvw – en niet in de Wmo, zoals de VNG had gewild – als risico heeft dat de toekomstige wijkverpleegkundige zich te sterk gaat richten op het medische domein en minder op het sociale domein (Kriens, 2013).

2.5 Kernpunten over beleid en visie van stakeholders

In dit hoofdstuk zijn de perspectieven van verschillende stakeholders op de wijkverpleegkundige belicht. We hebben laten zien dat er tussen de meeste veldpartijen consensus bestaat over de spil- en schakelfuncties en de regelruimte van de wijkverpleegkundige, zoals die ook door het kabinet worden benadrukt. Echter, als het gaat over wat de meest geschikte financieringskaders zijn, lopen de meningen enigszins uiteen.

Kader 2.4

Kernpunten

- Het kabinet ziet wijkverpleegkundigen als een spil in de zorg in de buurt en als een schakel tussen zorg, wonen en welzijn, of anders gezegd: zij moet het medische en sociale domein verbinden.
 - De wijkverpleegkundige beroepsgroep en overige partijen in de zorg zijn het op hoofdlijnen met elkaar eens over de toekomstige inzet en financiering van wijkverpleegkundigen. De beroepsgroep bij monde van v&vN geeft verder aan dat de financiering van de wijkverpleegkundige het beste plaatsvinden op basis van een (deels) populatiegebonden budget in de Zvw.
- De vNG is in sommige opzichten een andere mening toegedaan dan de v&vN en andere partijen in de zorg:
 - De vNG is van mening dat wijkverpleegkundige nu vooral actief is in het sociale domein.
 - Daarom zou zij volgens de vNG best aangestuurd kunnen worden vanuit gemeenten. De vNG had liever gezien dat de zorg door wijkverpleegkundigen in de toekomst gefinancierd zou worden vanuit de Wmo (in plaats van de Zvw).

3 Rollen en taken op papier en in de praktijk

Wijkverpleegkundigen hebben diverse rollen die allen samenhangen met hun kernrol als zorgverlener. Binnen haar zorgverlenerrol en haar rol als gezondheidsbevorderaar besteedt de wijkverpleegkundige onder meer aandacht aan preventie en het bevorderen van zelfmanagement. Het overgrote deel van de wijkverpleegkundigen beschouwt zelfmanagementbevordering en preventie als taken. Echter als het gaat om zelfmanagementbevordering bij het gebruik van eHealth of andere nieuwe technologie zijn wijkverpleegkundigen niet unaniem over of dat tot hun takenpakket hoort.

3.1 Rollen 'op papier'

De huidige wijkverpleegkundige is veelal opgeleid aan de hand van de volgende vijf verpleegkundige rollen uit het visiedocument 'Met het oog op de toekomst' van Pool e.a. uit 2001, die gespecificeerd zijn voor de wijkverpleegkundige in een handboek en competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen (Mast & Pool, 2003a en b).

- *Zorgverlener*: de rol van zorgverlener is de meest basale van alle rollen die wijkverpleegkundigen vervullen. Deze rol vraagt van de wijkverpleegkundige dat zij in iedere situatie afwegingen kan maken met betrekking tot haar technisch en moreel handelen en die afwegingen steeds kan beargumenteren en verantwoorden. Om een gezonde leefstijl bij cliënten en hun familieleden te bevorderen en risico's voor de gezondheid of behandeling te verminderen voert de wijkverpleegkundige preventieve taken uit. Ook past zij interventies gericht op preventie en zelfmanagementbevordering toe. Hierbij geeft zij informatie, voorlichting en advies op individueel en groepsniveau.
- *Regisseur*: de wijkverpleegkundige regisseert de zorg die de cliënt nodig heeft. Zij helpt mee om de zorgvraag in kaart te brengen en een plan van aanpak op te stellen. In deze rol fungeert zij als tussenpersoon tussen de patiënt en de zorg verlenende instantie. Zij regelt dat cliënten de juiste zorg krijgen en stemt af wie wat doet. Ook rapporteert zij over de toestand van de cliënten en geeft voorlichting.
- *Ontwerper*: de wijkverpleegkundige speelt in op veranderingen en bedenkt daar nieuwe oplossingen, methoden en technieken voor. Die vertaalt ze naar een beleidsvoorstel of zorgprogramma's. Zo houdt ze de kwaliteit van de zorg op peil.
- *Coach*: de wijkverpleegkundige fungeert als coach voor haar collega verpleegkundigen en verzorgenden. Als coach moet zij collega's kunnen

stimuleren, motiveren en adviseren. Ook ondersteunt zij in deze rol stagiaires en staat hen met raad en daad terzijde.

- *Beroepsbeoefenaar*: de wijkverpleegkundige is lid van een beroepsgroep. Dat betekent onder meer dat zij zich inzet om de kwaliteit van de verpleegkunde te verhogen. Om de kwaliteit van haar beroep op het vereiste peil te houden, werkt zij actief mee aan de bevordering van de deskundigheid van de beroepsgroep. Daarnaast vervult zij een actieve rol in het bevorderen van het beroepsbewustzijn.

¹¹ Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) zijn ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada en worden gebruikt om de verschillende rollen en competenties te beschrijven van zorgprofessionals. De systematiek gaat uit van één centrale rol (de zorgverlener met vakinhoudelijke competenties) en zes rollen die daarmee samenhangen (zie ook *kwaliteitsregisterenvn.nl*)

Door veranderingen in de uitoefening van het wijkverpleegkundige beroep, maatschappelijke en demografische ontwikkelingen ontstond de behoefte aan een heroriëntatie op de rollen en competenties van wijkverpleegkundigen, wat heeft geleid tot het Expertisegebied Wijkverpleegkundige (de Bont e.a., 2012). Het nieuwe algemene beroepsprofiel voor verpleegkundigen (Schuurmans e.a., 2012) vormt de basis van het Expertisegebied, waarbij is uitgegaan van de 7 CanMEDS-rollen¹¹. Ook in het Expertisegebied wordt, net als in de vijf wijkverpleegkundige rollen van Pool e.a., de rol van zorgverlener als de centrale rol beschouwd. Als zorgverlener stelt de wijkverpleegkundige de behoefte aan verpleegkundige zorg vast aan de hand van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van de cliënt. Zij focust zich hierbij op het handhaven of (opnieuw) verwerven van het zelfmanagement van de cliënt en diens naasten.

Alle andere rollen raken aan deze centrale zorgverlenersrol en krijgen er richting door. De volgende zes andere rollen worden in het Expertisegebied Wijkverpleegkundige beschreven.

- *Communicator*: de wijkverpleegkundige heeft een goed inschattingsvermogen nodig om de informatiebehoefte van de patiënt vast te stellen. Daarnaast is zij actief en vaardig op internet en gebruikt social media op integere en professionele wijze.
- *Samenwerker*: de wijkverpleegkundige handelt vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de cliënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines, en met leidinggevend. Zij deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten.
- *Reflectieve beroepsbeoefenaar & praktijkonderzoeker*: het handelen van de wijkverpleegkundige in de praktijk wordt in toenemende mate ondersteund door resultaten vanuit onderzoek (Evidence Based Practice). De wijkverpleegkundige streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn. De wijkverpleegkundige leert via formele leertrajecten en dagelijks op de werkplek.
- *Organisator*: de wijkverpleegkundige heeft een coördinerende rol rond de cliënt of groepen cliënten. Zij houdt de ontwikkelingen rondom de cliënt bij en zoekt samen met hem of haar naar oplossingen. Daarmee

wordt fragmentatie van de zorg voorkomen en de juiste professional ingeschakeld. Daarnaast voelt de wijkverpleegkundige zich medeverantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Zij gaat op verantwoorde wijze om met materialen en middelen.

- *Professional & kwaliteitsbeoordelaar*: de wijkverpleegkundige monitort, meet en screent haar zorg systematisch, met het oog op kwaliteitsverbetering. Waar mogelijk werkt de wijkverpleegkundige evidence based, en volgt kritisch wat werkt.
- *Gezondheidsbevorderaar*: de wijkverpleegkundige draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van mensen door het ondersteunen van hun zelfmanagement. Zij benadert mensen met hoge risico's op gezondheidsproblemen actief. Zij beïnvloedt de leefstijl en bevordert gezond gedrag van burgers en cliënten.

Voor een deel is er overlap in de rollen beschreven door Pool e.a. (2001; Mast en Pool, 2003a en b) en die van het nieuwe Expertisegebied Wijkverpleegkundige (de Bont e.a., 2012). Er zijn echter ook verschillen, onder meer in de nadruk die op sommige taken wordt gelegd. Zo worden de preventieve en zelfmanagement bevorderende taken bij zowel Pool e.a. als in het Expertisegebied besproken bij de zorgverlenersrol, terwijl in het Expertisegebied deze activiteiten tevens aandacht krijgen in het kader van de rol van gezondheidsbevorderaar.

3.2 Preventie en zelfmanagementbevordering: zien wijkverpleegkundigen het als hun taak?

Ook de overheid en andere stakeholders benadrukken het belang van preventieve taken en zelfmanagementbevordering, mede in het kader van het betaalbaar houden en toekomstbestendig maken van de langdurige zorg. Mede daarom gaan we in deze en de volgende paragraaf in op feiten en cijfers die meer licht werpen op hoe wijkverpleegkundigen hun taken bij preventie en zelfmanagementbevordering zien. Daarbij maken we een vergelijking met de meningen en ervaringen van verpleegkundigen in de wijk (MBO niveau 4). Deze vergelijking is relevant omdat het werk van de verpleegkundige in de wijk voor zover het de directe zorgverlening aan de cliënt betreft, veel gemeen heeft met het werk van de wijkverpleegkundige (zie ook hoofdstuk 4.2).

Uit een landelijk vragenlijstonderzoek van het NIVEL blijkt dat het overgrote deel van de wijkverpleegkundigen zelfmanagementbevordering (94%) als taak ziet. Ook vindt een grote meerderheid dat preventie gericht op het voorkomen van ziekte (98%) en preventie gericht op voorkomen van problemen en complicaties bij mensen die al ziek zijn (94%) tot hun takenpakket behoren (Tabel 3.1). Hetzelfde geldt in grote lijnen voor verpleegkundigen in de wijk (niveau 4), al zien zij preventie

gericht op het voorkomen dat iemand ziek wordt significant minder vaak als hun taak dan wijkverpleegkundigen.

Tabel 3.1

Percentage verpleegkundigen dat preventieve activiteiten en bevorderen van zelfmanagement als taken ziet

	Het hoort tot mijn taken om het zelfmanagement van cliënten te bevorderen ^a		Het hoort tot mijn taken om preventie-activiteiten te doen die gericht zijn op het voorkomen dat iemand ziek wordt ^b		Het hoort tot mijn taken om ongevraagd preventie-activiteiten te doen die gericht zijn op het voorkomen van bijkomende problemen en complicaties bij mensen die al (chronisch) ziek zijn ^c	
	Wijkverpleegkundige in (n=62)	Verpleegkundige in de wijk (n=43)	Wijkverpleegkundige in (n=62)	Verpleegkundige in de wijk (n=43)	Wijkverpleegkundige in (n=62)	Verpleegkundige in de wijk (n=43)
(Geheel) mee eens	94	91	98	84	94	91
Eens noch oneens	3	7	0	11	3	7
(Geheel) oneens	3	2	2	5	3	2
Totaal	100	100	100	100	100	100

^a Pearson chiz = 0.8445, P=0.656

^b Pearson chiz = 8.6208, P=0.013

^c Pearson chiz = 0.8445, P=0.656

Bron: secundaire analyse op basis van een peiling onder het Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013

3.3 Wat doen wijkverpleegkundigen aan zelfmanagement-bevordering en is het effectief?

Het bevorderen van zelfmanagement omvat verschillende deeltaken. De in tabel 3.2 onderscheiden activiteiten worden allemaal door de meerderheid uitgevoerd, al wordt het bevorderen van gebruik van nieuwe technologieën, zoals eHealth¹² en andere internettoepassingen, door relatief weinig wijkverpleegkundigen (50,8%) en nog minder door verpleegkundigen in de wijk (41,5%) gedaan.

Mogelijk brengt het toenemende gebruik van iPads daar verandering in. Uit een enquête onder lezers van het vaktijdschrift LVW, blijkt dat wanneer wijkverpleegkundigen eenmaal een iPad gebruiken, zij het ook

12 eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en vooral internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (RVZ, 2002).

voor hun werk een handig hulpmiddel vinden (Harder & Rijsbergen, 2013). De iPad wordt ingezet voor zowel cliëntgebonden (bijvoorbeeld voorlichting aan de cliënt over het omgaan met de ziekte) als niet-client gebonden werkzaamheden (bijvoorbeeld zelf informatie opzoeken over ziekten en aandoeningen).

Tabel 3.2

Percentage verpleegkundigen dat genoemde activiteit wel eens uitvoert

Ik bevorder het zelfmanagement van mijn cliënten als het gaat om...	Wijkverpleegkundige	Verpleegkundige in de wijk	Totale groep
Inroepen van hulp als dat nodig is	100	100	100
Omgaan met emoties en spanningen	97	100	98
Omgaan met pijn of beperkingen	97	98	97
Begrijpen van informatie van artsen en andere zorgprofessionals	97	98	97
Omgaan met beperkte energie	97	98	97
Hoe de cliënt zo zelfstandig mogelijk kan leven	97	98	97
Gebruiken van hulpmiddelen	97	95	96
Aangaan van gesprekken met zorgprofessionals	97	95	96
Voeren van de regie over het eigen leven	97	95	96
Medicijnen innemen volgens voorschrift	95	100	97
Zelf in de gaten houden van klachten en symptomen	95	98	96
Omgaan met een onzekere toekomst	95	98	96
Zoeken naar mogelijkheden voor ondersteuning door mantelzorg of vrijwilligers	93	95	94
Zelfzorgtaken uitvoeren zoals aankleden, wassen	92	98	94
In de gaten houden van de eigen gezondheid (bijv. het meten van suiker of bloeddruk door cliënt zelf)	90	90	90
Op bezoek gaan bij artsen en andere zorgprofessionals	88,5	93	90
Maken van keuzes en beslissingen over de behandeling	88	80,5	85
Contact leggen met zorg- of welzijnsvoorzieningen in de buurt	82	77,5	80
Omgaan met (beperkte) mogelijkheden om bijvoorbeeld uit te gaan, op vakantie te gaan	82	76	79
Versterken van het sociale netwerk van de cliënt	82	75	79
Thuis oefeningen doen	78	73	76
Gebruik van nieuwe technologie (bijv. internet of eHealth programma's) die zelfmanagement kan bevorderen	51	41,5	47

Bron: secundaire analyse van een peiling onder het Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013

Of zelfmanagement bevorderende taken en hulpmiddelen ook effectief zijn en de cliënt ten goede komen, is nog niet geheel duidelijk. Veel studies over zelfmanagementbevordering, die veelal buiten het domein van

de wijkverpleging zijn verricht, laten minimaal één positief effect zien (Effing e.a., 2007; Foster e.a., 2007; Bradley e.a., 2008; Ursum e.a., 2011), maar het is vaak niet duidelijk wat de werkzame elementen van de zelfmanagementondersteuning zijn. Daarnaast maken de verschillen in inhoud en gehanteerde onderzoeksmethoden het moeilijk om tot een alomvattende conclusie te komen. Opvallend is dat vaak gekeken wordt naar effecten op de gezondheidstoestand en op het zorggebruik en nauwelijks naar effecten op zelfmanagement, het sociaal functioneren en de participatie van zorgvragers (Ursum e.a., 2011). In het licht van deze kennissynthese is het een beperking van de voornoemde studies dat de interventies niet door wijkverpleegkundigen, maar door andere professionals werden uitgevoerd. Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan studies over het bevorderen van zelfmanagement door wijkverpleegkundigen is dat zelfmanagementbevordering vaak ingebed is in de dagelijkse werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en zij geen aparte interventies inzetten.

3.4 *Wat doen wijkverpleegkundigen aan preventie en is het effectief?*

Negen van de twaalf genoemde preventieve activiteiten uit Tabel 3.3 wordt door meer dan de helft van de wijkverpleegkundigen wel eens uitgevoerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om het ongevraagd vragen stellen over psychische klachten, kijken of iemand een verhoogd risico heeft op lichamelijke problemen en het signaleren of iemand tekenen of symptomen vertoont van lichamelijke problemen. Minder vaak adviseren wijkverpleegkundigen over zelftests (36% van de wijkverpleegkundigen doet dat) en deelname aan bevolkingsonderzoeken (39%) of stellen zij ongevraagd vragen over seksuele contacten (15%). Daarbij valt wel op dat wijkverpleegkundigen vaker dan verpleegkundigen in de wijk adviseren over leefstijlcursussen en zelftests (Tabel 3.3), waarbij het verschil bij zelftests voornamelijk wordt veroorzaakt doordat verpleegkundigen in de wijk hier nooit mee te maken hebben gehad.

Tabel 3.3**Percentage verpleegkundigen dat genoemde activiteit wel eens uitvoert**

Om te voorkomen dat iemand ziek wordt...	Wijkverpleeg- kundige	Verpleegkundige in de wijk	Totaal
Stel ik wel eens ongevraagd vragen over psychische klachten (bijv somberheid, angst, depressie, stress)	93	93	93
Kijk ik of iemand een verhoogd risico heeft op lichamelijke problemen	90	84	88
Signaleer ik of iemand tekenen of symptomen vertoont van lichamelijke problemen	89	86	88
Geef ik wel eens ongevraagd advies over een gezonde leefstijl ter voorkoming van gezondheidsproblemen (bijv. over bewegen, roken, alcohol, voeding, gewicht)	88,5	86	87,5
Signaleer ik of iemand tekenen of symptomen vertoont van sociale problemen	85,5	84	85
Kijk ik of iemand een verhoogd risico heeft op sociale problemen	84	72	79
Signaleer ik of iemand tekenen of symptomen vertoont van psychische of gedragsproblemen	79	79	79
Kijk ik of iemand een verhoogd risico heeft op psychische of gedragsproblemen	74	65	70,5
Adviseer ik wel eens om mee te doen aan een leefstijlcurcus, met het oog op het voorkomen van ziekte	52	30	43
Adviseer ik wel eens om mee te doen aan bevolkingsonderzoeken (zoals test op borstkanker, test op baarmoederhalskanker)	39	28	34
Adviseer ik wel eens een zelftest te doen om na te gaan of hij/zij een hoge kans heeft op het krijgen van een bepaalde ziekte of om een ziekte vroegtijdig op te sporen	36	19	29
Stel ik wel eens ongevraagd vragen over (onveilige) seksuele contacten	15	12	13,5

Bron: secundaire analyse van een peiling onder het Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013

De in Tabel 3.4 onderscheiden preventieve activiteiten gericht op mensen die al ziek zijn, wordt door een meerderheid van de wijkverpleegkundigen wel eens uitgevoerd. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundigen in de wijk, op het adviseren van leefstijlcurcussen na.

Tabel 3.4

Percentage verpleegkundigen dat genoemde activiteit wel eens uitvoert

Om te voorkomen dat iemand met een (chronische) ziekte bijkomende problemen of complicaties krijgt...	Wijkverpleegkundige	Verpleegkundige in de wijk	Totaal
Signaleer ik of iemand tekenen of symptomen vertoont van bijkomende lichamelijke problemen of complicaties	100	100	100
Kijk ik of iemand een verhoogd risico heeft op bijkomende lichamelijke problemen of complicaties	100	97,0	98,8
Signaleer ik of iemand tekenen of symptomen vertoont van bijkomende sociale problemen	96,8	93,0	95,2
Signaleer ik of iemand tekenen of symptomen vertoont van bijkomende psychische of gedragsproblemen	96,8	93,0	95,2
Geef ik wel eens ongevraagd advies over een gezonde leefstijl ter voorkoming van bijkomende problemen of complicaties (bijv. over bewegen, roken, alcohol, voeding, gewicht)	95,1	93,0	94,2
Geef ik wel eens voorlichting over het omgaan met zijn/haar ziekte of aandoening	95,2	90,7	93,3
Kijk ik of iemand een verhoogd risico heeft op bijkomende sociale problemen	95,2	90,7	93,3
Stel ik wel eens ongevraagd vragen over bijkomende psychische klachten (bijv. somberheid, angst, depressie, stress)	95,1	88,4	92,3
Geef ik wel eens voorlichting over het omgaan met de behandeling	90,3	86,1	88,6
Kijk ik of iemand een verhoogd risico heeft op bijkomende psychische of gedragsproblemen	90,3	83,7	87,6
Geef ik wel eens voorlichting over zijn/haar ziekte of aandoening (bijv. de diagnose, te verwachten verloop, de oorzaak)	87,1	79,1	83,8
Geef ik wel eens voorlichting over de behandeling (bijv. geneesmiddelen, bijwerkingen, uitkomsten onderzoek, verschillende behandelmogelijkheden)	72,6	74,4	73,3
Adviseer ik wel eens om mee te doen aan een leefstijlcursus, met het oog op het voorkomen van bijkomende problemen of complicaties	57,4	46,5	52,9

Bron: secundaire analyse van een peiling onder het Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2013

In Nederland en ook internationaal wordt steeds meer onderzoek gedaan naar de effecten van preventie, waarbij de focus ligt op de effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies in de eerstelijnszorg bij mensen met een verhoogd risico. Uit deze onderzoeken komt het beeld naar voren dat interventies als ondersteuning bij het stoppen met

roken, begeleiding bij afvallen, coaching bij minder drinken, effectief zijn in het verminderen van ongezond gedrag (van den Berg & Schoemaker, 2010). Minder duidelijk is of preventie ook leidt tot een afname van het ontstaan van ziekte en vroegtijdige sterfte. Resultaten van onderzoeken die zich hier op richten zijn niet eenduidig in hun resultaten (Bouma, 2008). Overigens zijn ook bij studies over preventie de interventies vaak niet door wijkverpleegkundigen, maar door andere professionals (bijvoorbeeld verloskundigen, diëtisten, praktijkondersteuners en huisartsen) uitgevoerd. Er zijn uitzonderingen, zoals de studie van Van Haastregt e.a. (2000) naar de effecten van preventief ouderenbezoeken door wijkverpleegkundigen. Dit onderzoek laat zien dat de bezoeken geen effect hebben op valpartijen en mobiliteitsstoornissen onder thuiswonende ouderen. Ook de studie van Zijlstra (2007) naar de effecten van de interventie door wijkverpleegkundigen 'Beter in Balans', die gericht is op het verminderen van valangst, is relevant. Die studie toont kleine tot middelmatige verbeteringen in de angst om te vallen en het daaraan gerelateerde vermijdingsgedrag van ouderen.

3.5 Kernpunten over de rollen en taken van de wijkverpleegkundige

In dit hoofdstuk zijn de huidige en toekomstige rollen van de wijkverpleegkundige besproken en de taken die wijkverpleegkundigen zien en uitvoeren in het kader van preventie en zelfmanagementbevordering. Onderstaand kader geeft de belangrijkste conclusies weer.

Kader 3.1

Kernpunten

- De zorgverlenersrol van de wijkverpleegkundige is de centrale rol, waar alle andere rollen en competenties van de wijkverpleegkundige mee verbonden zijn
- De toekomstige wijkverpleegkundige zal zich meer dan de huidige moeten richten op preventie en zelfmanagementbevordering
- Het overgrote deel van de wijkverpleegkundigen ziet het bevorderen van zelfmanagement en preventie als onderdelen van hun takenpakket
- Over of ondersteuning bij gebruik van eHealth en andere nieuwe technologie tot hun takenpakket behoort, hebben wijkverpleegkundigen een uiteenlopende mening
- Het blijkt dat de preventieve en zelfmanagementbevorderende activiteiten die wijkverpleegkundigen (niveau 5) en verpleegkundigen in de wijk (niveau 4) uitvoeren sterk overeenkomen
- Studies naar de effectiviteit van zelfmanagementbevordering hebben geen eenduidige resultaten
- Preventieve interventies lijken effectief te zijn in het verminderen van ongezond gedrag. Of het ook leidt tot een afname van het ontstaan van ziekte of andere uitkomsten bij cliënten is nog onduidelijk

4 De wijkverpleegkundige als samenwerker

De wijkverpleegkundige is niet de enige zorgprofessional die verpleging of verzorging aan huis geeft; ook verzorgenden, verpleegkundigen in de wijk, gespecialiseerd verpleegkundigen en casemanagers dementie leveren een bijdrage aan de zorg bij mensen thuis. Er is gedeeltelijk een overlap in taken en verantwoordelijkheden en het is soms onduidelijk wie waar verantwoordelijk voor is. Uit de praktijk is ook bekend dat de wijkverpleegkundige op dit moment mondiaal samenwerkt met huisartsen en andere disciplines in de wijk. Wanneer de wijkverpleegkundige meer ruimte krijgt om naar eigen inzicht zorg te verlenen, lijkt dit de samenwerking wel te bevorderen.

4.1 De samenwerking 'op papier'

De wijkverpleegkundige is een centrale speler in de eerstelijnsgezondheidszorg. Echter zorg in de eerstelijns is meer dan wijkverpleging. De eerstelijnszorg omvat alle niet-gespecialiseerde, vrij toegankelijke voorzieningen in de extramurale gezondheidszorg en hulp- en dienstverlening. De huisarts neemt hierbij – naast de wijkverpleegkundige – een belangrijke plaats in. Daarnaast zijn er andere zorgprofessionals die zorg aan huis leveren (zie tabel 4.1) en heeft een wijkverpleegkundige ook te maken met professionals op het gebied van wonen en welzijn. De samenwerking met al deze professionals doet een groot beroep op samenwerkingsvaardigheden van de wijkverpleegkundige.

In de beroepscompetenties beschreven door Pool e.a., die richtinggevend zijn voor de huidige opleidingen tot wijkverpleegkundige, wordt samenwerking beschreven in het kader van de rollen van de wijkverpleegkundige als regisseur en als coach (Pool e.a., 2001; Mast en Pool, 2003a en b). De wijkverpleegkundige geeft in de rol van regisseur aanwijzingen over de wijze waarop de zorgactiviteiten door andere verpleegkundigen en verzorgenden uitgevoerd moeten worden ten behoeve van een zorgvrager. Zorgcoördinatie en casemanagement kunnen ook deel uitmaken van de regie.

De rol van coach kent vele elementen. Soms is deze rol impliciet, zoals het vervullen van een voorbeeldfunctie wanneer de wijkverpleegkundige samenwerkt met verzorgenden of helpenden. Deze rol kan echter ook expliciet zijn, doordat de wijkverpleegkundige nieuwkomers of stagiaires begeleidt of bij intervisie- of reflectiebijeenkomsten (Pool e.a., 2001; Mast en Pool, 2003a en b).

In het Expertisegebied Wijkverpleegkundige, dat de competenties en de

rollen voor de wijkverpleegkundige van de toekomst beschrijft, wordt samenwerking als apart competentiegebied benoemd (de Bont e.a., 2012). In haar rol als samenwerker deelt de wijkverpleegkundige kennis en informatie met eigen en andere disciplines in de wijk, waarbij de continuïteit van de zorg voor het individu voorop staat. De wijkverpleegkundige werkt daarnaast over de grenzen van gezondheidszorgorganisaties heen, met onder meer woningbouwverenigingen en politiek. De wijkverpleegkundige bereikt zo iedereen die zorg nodig heeft, niet alleen op indicatie.

Om de rol van samenwerker te kunnen vervullen, moet de wijkverpleegkundige op de hoogte te zijn van de sociale kaart van de omgeving. Daarnaast moet de wijkverpleegkundige in staat zijn om een netwerk in de wijk op te bouwen en te onderhouden en multidisciplinaire samenwerking tussen professionals op de gebieden van wonen, zorg en welzijn te bevorderen, te registreren en te coördineren (de Bont e.a., 2012).

Om de samenwerking tussen de wijkverpleegkundige en de huisarts te stimuleren hebben het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (nu v&vN eerstelijnsverpleegkundigen)¹³ zes LESA's (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken) ontwikkeld, over de zorg bij respectievelijk CVA, decubitus, dementie, palliatieve zorg, ondervoeding en reanimatie. Het doel van een LESA is dat patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg. Ze bevatten algemene aanbevelingen voor de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen, waarbij rekening wordt gehouden met de verschillen in verantwoordelijkheden en taken van beide soorten professionals. In de LESA's worden de taken beschreven die behoren tot het specifieke werkgebied van wijkverpleegkundigen en huisartsen en die behoren tot het gezamenlijke werkgebied. Daarnaast wordt aangegeven op welke momenten afstemming en/of samenwerking nodig is. Zo beschrijft bijvoorbeeld de LESA Dementie, bij het onderdeel diagnostiek, dat het signaleren van de cognitieve achteruitgang bij de cliënt een gemeenschappelijke taak is van de wijkverpleegkundige en de huisarts, terwijl het lichamelijke onderzoek als specifieke taak van de huisarts is benoemd. De wijkverpleegkundige draagt bij aan de diagnostiek van de huisarts door haar observaties in de thuissituatie. Wanneer de diagnose dementie is gesteld, wordt in de LESA geadviseerd om te overleggen over aspecten van begeleiding en verzorging van de cliënt met dementie (Boomsma e.a., 2005; Faber e.a., 2007). In LESA's wordt aanbevolen om de algemene richtlijnen en adviezen te vertalen naar regionale werkafspraken. Om dit proces te bevorderen staan in elke LESA 'aandachtspunten voor bespreking in de regio'.

Om duidelijke regionale werkafspraken te maken, wordt in de eerstelijns ook meer en meer gewerkt met zorgpaden. In een zorgpad worden voor

¹³ De Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen is in 2006, samen met 15 andere beroepsorganisaties, gefuseerd tot de beroepsvereniging v&vN.

de zorgverlening aan een specifieke groep cliënten (bijvoorbeeld mensen in de palliatieve fase of geriatrische cliënten met polyfarmacy en multimorbiditeit), de organisatie, logistiek en regionale afstemming tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en eventuele andere betrokken professionals vastgelegd. Wijkverpleegkundigen zien zorgpaden als een nuttig middel om de zorg beter af te stemmen, doordat helder wordt wie wat kan en doet, bleek in landelijk vragenlijstonderzoek (de Veer e.a., 2012). Hoe de samenwerking van de wijkverpleegkundige er in de praktijk uitziet wordt in de volgende paragrafen beschreven, waarbij onderscheid is gemaakt tussen samenwerking met andere professionals op het terrein van verpleging en verzorging (4.2), met de huisarts (4.3) en andere disciplines (4.4).

4.2 Samenwerkingspartners op het terrein van verpleging en verzorging

Nouws verrichtte in 2010 een verkennend onderzoek onder ‘voorlopers’ en deskundigen op het terrein van de wijkverpleging. Op basis van interviews met deze personen en een literatuurstudie bracht Nouws de kenmerken van de diverse zorgprofessionals en hun relatie met de wijkverpleegkundige in beeld (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1

Overige zorgprofessionals in de eerste lijn en hun relatie met de wijkverpleegkundige (Nouws, 2010)

Professional	Relatie met wijkverpleegkundige
(Wijkzieken)verzorgende ¹⁴ niveau 3: verricht verzorgende en begeleidende werkzaamheden aangevuld met huishoudelijk werk bij de cliënt thuis.	(Wijkzieken)verzorgenden en wijkverpleegkundigen maken samen deel uit van thuiszorgteams.
Verpleegkundige in de wijk: MBO opgeleide verpleegkundige (niveau 4) in de thuiszorg, werkzaam bij de cliënt thuis.	Verpleegkundige in de wijk en wijkverpleegkundigen maken samen deel uit van thuiszorgteams.

¹⁴ Wijkziekenverzorgende is de oude benaming, sinds de aanpassing van het opleidingsstelsel in 1997 is de officiële benaming verzorgende niveau 3.

¹⁵ Sinds 2009 is ‘verpleegkundig specialist’ de officiële benaming van nurse practitioners die een erkende HBO-Masteropleiding Advanced Nursing Practice hebben gevolgd en zich als verpleegkundig specialist hebben geregistreerd (artikel 14-beroep uit de Wet BIG).

Gespecialiseerd verpleegkundige: HBO

opgeleide verpleegkundige in de thuiszorg, met een specialistisch werkgebied (bijvoorbeeld technologie, diabetes, COPD, reuma, oncologie, continëntie, wond, stoma).

De gespecialiseerd verpleegkundige opereert doorgaans vanuit gespecialiseerde teams, en niet vanuit de algemene thuiszorgteams. De theorie is dat de specialist en de wijkverpleegkundige het werk verdelen, waarbij de specialist ook verpleegkundige handelingen verricht. Dit betekent automatisch minder verpleegkundige taken voor de wijkverpleegkundige.

Casemanager dementie: richt zich op het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van 'niet pluis' tot aan opname of overlijden.

De casemanager dementie is vaak opgeleid als (wijk)verpleegkundige en is gespecialiseerd in dementiezorg..

Soms krijgt de cliënt behalve van de casemanager ook begeleiding van een wijkverpleegkundige. In deze gevallen zal de wijkverpleegkundige een geringe rol hebben voor de cliënt.

Over de functie van de casemanager versus die van wijkverpleegkundige is discussie in beleid en praktijk.

Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige (SPV): verpleegkundige binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg.

SPV-er en wijkverpleegkundige kunnen elkaar tegenkomen bij een cliënt, waarbij beiden vanuit een andere invalshoek zorg verlenen, de een vanuit de GGZ, de ander vanuit de verzorging/verpleging.

Praktijkondersteuner: deze professional is ondersteunend aan de huisarts die doorgaans de werkgever is. De praktijkondersteuner heeft een rol in het uitvoeren van zorgprogramma's in de eerstelijns (bijvoorbeeld bij diabetes, COPD). Veel praktijkondersteuners zijn opgeleid als verpleegkundige en zij mogen zich ook 'praktijkverpleegkundige' noemen.

Vanuit de huisartsen is de algemene visie dat de wijkverpleegkundige de zorg bij de cliënt thuis coördineert, en de praktijkondersteuner de rol binnen de geprotocolleerde zorgprogramma's voor haar rekening neemt.

Nurse practitioner¹⁵: werkt samen met de huisarts. Is HBO-verpleegkundige met een aanvullende opleiding. Ziet cliënten met vooraf vastgestelde klachten en begeleidt deze zoveel mogelijk zelfstandig.

De nurse practitioner werkt in het verlengde van de huisarts. De nurse practitioner en de wijkverpleegkundige zullen elkaar kennen vanuit het gezamenlijke netwerk. De wijkverpleegkundige zal naast contacten met de huisarts ook contacten onderhouden met de nurse practitioner.

Physician assistant: werkt onder supervisie van de huisarts. Doet alles wat de huisarts ook doet, maar behandelt geen patiënten op eigen naam. De huisarts is eindverantwoordelijk, en de cliënt moet altijd toegang hebben tot de huisarts.

Hier geldt hetzelfde als hierboven is gezegd bij de nurse practitioner .

In bovenstaande tabel, ontleend aan de verkennende studie van Nouws (2010) ontbreken nog de zorghulp (MBO niveau 1) en de helpende (MBO niveau 2). Deze zorgprofessionals bieden huishoudelijke ondersteuning. Wijkverpleegkundigen kunnen bij de cliënt thuis deze twee typen professionals tegenkomen, maar sinds de overgang van de financiering van huishoudelijke zorg vanuit de AWBZ naar de Wmo (in januari 2007) zijn ze vaak niet meer in dezelfde (thuiszorg)organisatie werkzaam. Het werk van wijkverpleegkundigen overlapt deels met dat van de verpleegkundige in de wijk, de casemanager dementie, de gespecialiseerde verpleegkundige en de praktijkondersteuner. In de volgende paragrafen staan we stil bij de rollen en taken bij de betreffende functies.

- ***Taken en rollen van verpleegkundigen in de wijk versus die van wijkverpleegkundigen***

Op basis van groepsinterviews, vergelijking van beroepsprofielen en evaluatie van de kwalificatiestructuur, meningen van experts en reacties van verpleegkundigen zelf, komen Mast en Meerveld (2004) tot de conclusie dat de rol van zorgverlener van enerzijds verpleegkundigen in de wijk (MBO niveau 4) en anderzijds de HBO-opgeleide wijkverpleegkundige voor een groot deel overlapt. Echter wanneer protocollen, standaarden of richtlijnen niet voldoende houvast bieden in de zorg, moet de verpleegkundige in de wijk een wijkverpleegkundige raadplegen. Vanuit haar rol als regisseur kan een verpleegkundige in de wijk ook een integraal zorgplan opstellen, maar als een nieuw indicatie nodig is dan moet de verpleegkundige in de wijk in overleg treden met een wijkverpleegkundige. De verpleegkundige in de wijk moet wel signaleren wanneer standaarden, protocollen of richtlijnen aangepast moeten worden, maar hoeft anders dan wijkverpleegkundigen geen bijdrage te leveren aan het ontwerpen van daarvan. De verpleegkundige in de wijk kan ook nieuwe collega's inwerken en feedback geven aan collega's, maar haar bijdrage richt zich vooral tot concrete handelingen en leerdoelen en is daarmee beperkter dan die van de wijkverpleegkundige (Mast en Meerveld, 2004). De wens voor een duidelijker onderscheid tussen de (zorgverlenerrol van de) MBO- en HBO-verpleegkundigen was één van de aanleidingen om nieuwe beroepsprofielen op te zetten (zie paragraaf 6.3).

- ***Taken en rollen van casemanagers dementie versus die van wijkverpleegkundigen***

In 2013 publiceerde de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) de resultaten van vragenlijstonderzoek en werkbezoeken bij vertegenwoordigers van 85 regionale netwerken voor dementiezorg in Nederland. Uit dat onderzoek blijkt dat casemanagers hun functie binnen de netwerken vanuit verschillende achtergronden uitvoeren. De casemanagers zijn veelal opgeleid als (wijk)verpleegkundige, spv'er, maatschappelijk wer-

ker of praktijkondersteuner. Ook blijkt uit dat onderzoek dat er soms een overlap is tussen de taken van enerzijds de casemanager en anderzijds de wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, ouderenadviseurs en SPV'ers (IGZ, 2013).

Het vaststellen van welke zorg nodig is, het coördineren van zorg en behandeling, het bieden van psychosociale begeleiding, het informeren, adviseren en praktisch ondersteunen van de cliënt en mantelzorgers en het monitoren, evalueren en bijstellen van de zorg zijn kerntaken van de casemanager (Mahler e.a., 2013, Peeters e.a., 2011; Verkade, 2009).

Een aantal van de hierboven genoemde kerntaken van de casemanager is ook onderdeel van het takenpakket van de wijkverpleegkundige.

v&vN Netwerk casemanagers dementie hebben een Expertisegebied casemanager dementie ontwikkeld (Verkade e.a., 2012), dat grote overlap heeft met het Expertisegebied Wijkverpleegkundige (de Bont e.a., 2012). Het onderscheid tussen de casemanager dementie en de wijkverpleegkundige die casemanagement in haar werk integreert, lijkt vooral te bestaan in de specialistische kennis die de casemanager dementie heeft over dementie en begeleiding van de cliënt en mantelzorger bij dementie.

De overlappende taken leiden in sommige gevallen tot onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is en dubbele werkzaamheden:

‘Als er in de wijk waar een wijkverpleegkundige zit ook een aparte casemanager rondloopt? Dan wordt ons werk soms nog een keer dunnetjes over gedaan. En vervolgens komt er ook nog iemand van de gemeente die een keukentafelgesprek gaat voeren. Er lopen allerlei verschillende lijntjes in de wijk. De cliënten hebben vaak geen idee hoe deze lijntjes lopen.’

(uit een interview met een wijkverpleegkundige van Buurtzorg)

Een conclusie uit groepsdiscussies met experts¹⁶ is dat casemanagement niet om een nieuwe functie vraagt, maar om taken, kennis en vaardigheden van een professional die al dan niet reeds betrokken is bij de hulpverlening aan een cliënt, met wie al een vertrouwensrelatie bestaat en die kennis heeft van het ziektebeeld (Mahler e.a., 2013). Uit het onderzoek van IGZ (2013) bleek echter dat wanneer wijkverpleegkundigen, die binnen de huidige bekostigingssystematiek ‘productie moeten draaien’, ook een casemanagementrol hebben, het voor deze professionals moeilijk is om naast hun zorgverlenerstaken ook tijd voor casemanagement te nemen. Het ziet er naar uit dat vanaf 2015 wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet als één integrale aanspraak gefinancierd wordt (zie hoofdstuk 5), waardoor dat probleem in de toekomst waarschijnlijk minder zal spelen.

¹⁶ De expertgroep van de studie ‘Casemanagement. Op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij’ bestond uit vertegenwoordigers van het Ministerie van vws, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, NPCF, Landelijk Vereniging Georganiseerde eerstelijnszorg (LVG), Buurtzorg Nederland en Frieslandlab.

- ***Taken en rollen van praktijkondersteuners versus die van wijkverpleegkundigen***

De praktijkondersteuner werd formeel geïntroduceerd in 1999, in een convenant van het ministerie van vws en de LHV (Heiligers e.a., 2012). Het was het antwoord op de roep vanuit de huisartsenwereld om meer en betere praktijkondersteuning, die voortkwam uit een stijgende zorgvraag en de schaalvergroting in de thuiszorg, waardoor de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige steeds moeizamer werd. Uiteindelijk kozen huisartsen ervoor om een ‘eigen’ praktijkondersteuner in dienst te nemen, soms hadden deze praktijkondersteuners een achtergrond als doktersassistente, maar vaak waren het ook wijkverpleegkundigen die er voor kozen om verder te gaan als ‘praktijkverpleegkundige’ in de huisartsenpraktijk. De laatste waren vaak in de thuiszorgorganisatie wegbezuinigd en kozen nu voor de huisartsenvoorziening, waar zij meer ruimte kregen om hun vak uit te oefenen.

De werkzaamheden van de wijkverpleegkundige en de praktijkondersteuner zijn qua werklocatie verschillend: de wijkverpleegkundige verleent de zorg vooral aan huis, terwijl de praktijkondersteuner de zorg vooral in de huisartspraktijk biedt. Door dat de wijkverpleegkundige bij mensen aan huis komt, heeft zij meer mogelijkheden dan de praktijkverpleegkundige om problemen te signaleren.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat praktijkondersteuners voornamelijk taken verrichten voor specifieke groepen cliënten, zoals contoles bij diabetes-, astma- en COPD- patiënten en patiënten met hart- en vaatziekten. Daarnaast geven zij advies, begeleiding en voorlichting aan deze specifieke groepen cliënten en meer algemeen voorlichting over gezonde leefgewoonten (Heiligers e.a., 2012; Noordman e.a., 2008; Bussemaker e.a., 2007). De verwachting is overigens dat, als gevolg van de vergrijzing en het toenemend aantal mensen met een chronische aandoening, de praktijkondersteuner in de toekomst een grotere rol krijgt in preventie en zorg voor ouderen (Heiligers e.a., 2012).

De praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige kennen een aantal overlappende taken, zoals het geven van ziektespecifieke adviezen, begeleiding en voorlichting (STOOM & Academisch Ziekenhuis Maastricht, 2003). Deze overlap zal naar verwachting groter worden wanneer de praktijkondersteuner zich in de toekomst nog meer gaat richten op zorg voor ouderen en preventie.

- ***Taken en rollen van gespecialiseerde verpleegkundigen versus die van wijkverpleegkundigen***

Historisch gezien zijn de specialismen in de verpleging opgekomen in antwoord op steeds complexer wordende zorgvragen en toename van (technische) mogelijkheden. Het onderzoek van Nouws (2010) onder ‘voorlopers’ en andere stakeholders op het terrein van de wijkverpleging wijst op discussies en variatie in het veld ten aanzien van de inzet van

gespecialiseerde verpleegkundigen in de zorg aan huis. Veel thuiszorgorganisaties hebben naast de reguliere thuiszorgteams ook een specialistisch team, dat in veel gevallen medisch specialistische verpleging levert. Daarentegen wordt bijvoorbeeld bij Buurtzorg bewust gekozen om wijkverpleegkundigen in te zetten die integrale zorg geven, met een 7 x 24-uurs beschikbaarheid. Buurtzorg gaat er vanuit dat inzet van specialistische verpleegkundigen leidt tot overlap in werkzaamheden, versnippering en te veel zorgverleners over de vloer bij de cliënt'. De 'pro's' en 'contra's' over de inzet van specialistische verpleegkundigen worden geïllustreerd door een discussie in het tijdschrift Nursing (kader 4.1).

Kader 4.1

Fragmenten uit discussie in Nursing over inzet specialistische verpleegkundigen

Specialistisch verpleegkundige Jos van Kaldenhoven (in Nursing, 14-10-2013):

'Waar blijf je als de klant thuis een bloedtransfusie nodig heeft, een methylprednisonkuur bij een schub, langdurig intraveneuze antibiotica? Het verzorgen van PICC-lijnen, het toedienen van TPV? Die bekwaamheid kun je als wijkverpleegkundige niet of nauwelijks op peil houden! Daar heb je verpleegkundigen voor nodig die hier dagelijks of wekelijks mee om gaan. Die weten hoe te handelen bij problemen. Die een veilige situatie weten te creëren bij de cliënt thuis. Die 24 uur per dag bereikbaar zijn. Die de tijd kunnen nemen omdat het cliëntgericht denken hen in de genen zit. Wat denk je dat een klant liever ziet: een verpleegkundige die aarzelend te werk gaat, geen pasklaar antwoord weet op vragen. Of een verpleegkundige die ervaren handelt en weet waar zij (of hij) het over heeft?'

Directeur Buurtzorg Nederland Jos de Blok (in Nursing, 18-10-2013):

'Als wijkverpleegkundige in de jaren '80 was het gebruikelijk om in beperkte mate infuustherapie, pijnpompen en andere verpleegtechnische activiteiten uit te voeren. Vanuit het perspectief van de cliënt was het de bedoeling om op een holistische manier zorg te verlenen, we zorgden ervoor dat er zo weinig mogelijk mensen bij een patiënt over de vloer kwamen. Zeker bij complexe zorg krijgen mensen als je niet oppast horden zorgverleners over de vloer. Als je niet bekwaam was, zorgde je ervoor dat je dat zo snel mogelijk was. Dat daar een bepaalde frequentie voor nodig was klopt. Maar dagelijks of wekelijks lijkt me wat overdreven. Dit is ook erg individueel: de ene verpleegkundige heeft meer gevoel en handigheid in dit soort.

(...) Als innovator probeer ik het thema 'community based care' op de agenda te zetten met een sterke rol voor de generalistische wijkver-

pleegkundige naast de generalistische huisarts (WHO 1985). Dit model wordt nu ook in Amerika, Japan en Zweden ingevoerd. Wat daarbij opvalt is dat in die landen verpleegkundigen de verpleegtechnische activiteiten als onderdeel van hun werk zien en er geen discussie is over technische teams. Dit is een gecreëerde Nederlandse discussie. Met voldoende verpleegkundige capaciteit in de wijk kan dit prima opgelost worden.'

De voorgaande discussie illustreert dat inzet van specialistische zorgverleners kan betekenen dat een cliënt met meer verschillende zorgverleners te maken krijgt, terwijl inzet van uitsluitend wijkverpleegkundigen het risico heeft dat er onvoldoende expertise is over een aandoening of zorgvraag. Heldere afspraken over taakafbakening en goede samenwerking kunnen deze risico's beperken (zie paragraaf 7.2).

4.3 Samenwerking en taakverschuiving tussen wijkverpleegkundige en huisarts

De wijkverpleegkundige en huisarts werken beiden als generalist in de eerste lijn. Voor de schaalvergroting van de thuiszorgorganisaties vormden de wijkverpleegkundige en de huisarts een 'geoliede tandem'. Ze hadden veel overleg over cliënten en de wijkverpleegkundige was een bron van informatie voor de huisarts (de Bont e.a., 2012). In de jaren '90 van de vorige eeuw en het begin van deze eeuw werd het minder vanzelfsprekend dat de wijkverpleegkundigen en de huisartsen elkaar kenden wisten te vinden. Uit de monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van het NIVEL, waarin onder andere de samenwerkingsverbanden tussen huisartspraktijken en thuiszorgorganisaties worden gevolgd, bleek dat in 2009 slechts acht procent van de huisartspraktijken een samenwerkingscontract had met een thuiszorgorganisatie (Hansen e.a., 2010). Ter vergelijking: 21 procent van de huisartspraktijken had in 2009 een formeel samenwerkingscontract met apotheken en 16 procent met een SPV-er. Het reële percentage samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en thuiszorgorganisaties kan echter hoger liggen omdat geen formeel verband nodig is om samen te werken. Momenteel zijn er diverse initiatieven, bijvoorbeeld vanuit het programma Zichtbare schakel (zie voor een voorbeeld Kader 4.3) om de van oudsher intensieve samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen weer te herstellen. Huisartsen en wijkverpleegkundigen weten elkaar weer beter te vinden en kennen elkaar steeds vaker weer. Echter met name in grote steden, waar tientallen thuiszorgorganisaties actief zijn, is het voor huisartsen nog steeds erg lastig om met alle wijkverpleegkundigen een relatie op te bouwen.

In de praktijk bestaan verschillende varianten van samenwerking. In 2007 hebben de landelijke organisaties van verpleegkundigen (v&vn) en huisartsen (de LHV en NHG) een handreiking uitgebracht op basis van beschrijvingen van ‘good practices’ in de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen (van de Rijdt - van de Ven, 2007). In deze handreiking worden vijf verschillende bestaande samenwerkingsvarianten uitgewerkt, die oplopen in ‘kracht’ van samenwerking.

Variant 1: de samenwerking minimaal, de thuiszorgteams werken wijkgebonden en de huisarts kan via een centraal nummer de thuiszorg bereiken.

Variant 2: per thuiszorgteam is er een vast contactpersoon voor de huisartsen.

Variant 3: per thuiszorgteam en per huisartspraktijk is er een contactpersoon.

Variant 4: lijkt op variant 3, alleen heeft de contactpersoon van de thuiszorg coördinerende sturingsbevoegdheden.

Variant 5: de thuiszorgteams en de huisartsen werken voor dezelfde groep cliënten, dus voor hun eigen praktijk. Het zogenaamde model Maassluis is een concreet voorbeeld van krachtige samenwerking volgens variant (kader 4.2).

Bij de eerste vier varianten is sprake van wijkgebonden organisatie van de thuiszorgteams, waarbij de cliënten van de thuiszorg niet samenvalen met de cliënten van de huisarts en een wijkverpleegkundige dus samenwerkt met meerdere huisartspraktijken. Bij variant vijf heeft een wijkverpleegkundige met een kleiner aantal huisartsen te maken en is de kans groter dat wijkverpleegkundige en huisarts een intensieve samenwerking opbouwen.

Kader 4.2

Model Maassluis (de Graaff & Rosendal, 2009).

In 2005 is thuiszorgorganisatie Careyn een nauwe samenwerking aangegaan met de regionale huisartsen in Maassluis. Careyn werkt vanaf dan niet meer wijkgebonden, maar praktijkgebonden. Dit betekent dat de wijkverpleegkundigen toebedeeld zijn aan de verschillende HOEDen (Huisartsen Onder Eén Dak).

Hogeschool Leiden heeft in 2006 door vragenlijstonderzoek en interviews de ervaringen van huisartsen, wijkverpleegkundigen en relevante derden met deze werkwijze in kaart gebracht. Zowel de wijkverpleegkundigen als de huisartsen in Maassluis zijn tevreden over de nieuwe werkwijze. De wijkverpleegkundigen vinden het contact met de huisartsen sterk verbeterd, waardoor het mogelijk wordt gezamenlijk invulling

te geven aan bijvoorbeeld wondverzorging of preventieve ouderenzorg. De huisartsen zien de meerwaarde van de samenwerking vooral in de kwaliteitsverbetering van de zorg. Het feit dat zij door de korte lijnen meer zicht hebben op de zorgbehoeften van cliënten die thuiszorg ontvangen draagt hier aan bij.

Uit een vergelijking met andere regio's waar de thuiszorg in wijkgebonden teams is georganiseerd blijkt dat de contacten tussen huisarts en wijkverpleegkundigen in Maassluis veel positiever verlopen dan in de andere regio's.

Huisartsen die participeren in de 'good practices' in de handreiking van v&VN, LHV en NHG ervaren dat ze door de samenwerking meer taken kunnen delegeren (bijvoorbeeld huisbezoeken bij beginnende dementie en wondverzorging) en dat de wijkverpleegkundigen veel coördinatie en begeleiding uit handen nemen, vooral bij complexe situaties. Een deel van de vragen die eerst door de huisarts werden beantwoord, worden door de wijkverpleegkundige overgenomen. Vaak zijn dit vragen die te maken hebben met verpleging en verzorging (van de Ven – van de Rijdt, 2007; www.naitsoezen.org/nieuws, kader 4.3).

Kader 4.3

Uitkomsten Zichtbare schakel-project 'Nait Soezen, Maor Doan'
(www.naitsoezen.org/nieuws)

In het voorjaar van 2011 hebben 29 huisartsen uit zowel Groningen stad als provincie hun medewerking verleend aan een vragenlijstonderzoek naar hun ervaringen met het project 'Nait Soezen, Maor Doan', één van de projecten in het programma Zichtbare schakel. In dit project zijn wijkverpleegkundigen ingezet die bewoners met mogelijke problemen actief benaderen – zonder dat er indicatie nodig is – , met als doel het verbeteren van de gezondheid, het welzijn en de zelfredzaamheid van deze kwetsbare bewoners. Dit vraagt onder meer een goede samenwerking met huisartsen.

86% van de huisartsen vindt dat de inzet van wijkverpleegkundigen die participeren in het project voordelen biedt, vooral op het gebied van taakverlichting:

- Ze nemen ons werk uit handen, ze verlichten onze taak enorm
- Ze nemen veel coördinatie uit handen en werken snel
- De werkdruk is voor ons lager geworden
- Ze geven goede begeleiding aan moeilijke cliënten en maatschappelijke randfiguren

- Het is een geweldige aanvulling, een verbetering van de zorg in de wijk
- Ze zijn snel en breed inzetbaar, zonder bureaucratische poespas
- Ze hebben overzicht over de totale zorgbehoefte
- Ze bieden snelle ondersteuning bij crisis situaties
- Ze zijn makkelijk bereikbaar
- Ze brengen de verpleegkundige kennis terug naar de eerstelijns

- *Nadelen*

- Er is een extra schakel, weer een hulpverlener extra
- Er is extra overleg nodig

Taken die de huisartsen aan de Zichtbare schakel-wijkverpleegkundigen hebben overgedragen:

- Inventariseren van de zorgbehoefte
- Effectueren van de zorgvraag
- Veel papieren rompslomp, regelwerk, aanvragen hulpmiddelen, indicaties, et cetera
- Het leggen van contacten met de noodzakelijke hulpkanalen
- In kaart brengen zorgbehoefte en zo nodig andere zorgverleners inschakelen
- Controle en contact met kwetsbare cliënt
- Coördinatie en begeleiding
- Wondbeoordelingen
- Het weer contact leggen en in beeld brengen van de patiënt
- Verpleegkundige taken die bij de huisarts terecht gekomen zijn

Ook uit een landelijk vragenlijstonderzoek van het NIVEL in 2012 blijkt dat verpleegkundigen (wijkverpleegkundigen of verpleegkundigen in de wijk) medische handelingen uitvoeren, zoals injecties geven, katheteriseren van de blaas, verwisselen suprapubische katheter en verwisselen gastrostoma/PEG, zie tabel 4.2. Door het uitvoeren van deze handelingen vinden zij hun werk interessanter (90,5 %), hebben ze meer overleg met (huis)artsen (76,2%), ervaren ze meer autonomie (76,2%) en extra mogelijkheden om zich te ontwikkelen (76,2 %).

Tabel 4.2

Ervaringen van verpleegkundigen m.b.t. het uitvoeren van medische handelingen (in percentages)

De verpleegkundigen in mijn werksituatie...	...doen dit wel eens			...gaan dit de komende 10 jaar vaker doen		
	Wijkverpleegkundigen	Verpleegkundigen in de wijk	Totaal	Wijkverpleegkundigen	Verpleegkundigen in de wijk	Totaal
injecties geven	100	98,4	99,1	81,0	71,2	75,6
katheteriseren van de blaas	97,8	96,7	97,2	80,5	73,1	76,3
verwisselen suprapubische katheter	88,9	82,0	84,9	75,6	74,5	75,0
verwisselen gastrostoma/PEG	50,0	44,4	46,8	40,0	38,0	38,9
ophogen van epidurale pijnbestrijding (pijnpomp)	44,4	32,3	37,4	47,6	42,9	45,1
medicatie toedienen via een epidurale katheter	35,6	25,4	29,6	34,2	32,7	33,3
inbrengen infuus	34,8	16,4	24,3	38,1	22,9	30,0
vena-puncties verrichten	19,2	3,2	10,1	19,5	8,2	13,3

Bron: secundaire analyse op basis van een peiling onder het Panel Verpleging & Verzorging, NIVEL, 2012

4.4 Samenwerkingspartners op het terrein van wonen en welzijn

Over de huidige samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en andere disciplines in de wijk, zoals welzijns- en maatschappelijk werkers, is op basis van onderzoek weinig bekend. Wel zijn binnen het programma Zichtbare schakel op wijk- en stadsniveau meerdere relevante onderzoeken verricht. In dit programma werden extra wijkverpleegkundigen ingezet, zodat preventie en zorg, wonen en welzijn op wijkniveau beter met elkaar verbonden konden worden. Naast zorgverlening, hielden de wijkverpleegkundigen in dit programma zich bezig met coördinatie en regie, advisering en doorverwijzing, signalering en preventie op wijkniveau, waarbij zij een grote mate van autonomie en regelruimte toegewezen kregen. Uit de betreffende onderzoeken bleek onder meer dat met wie de wijkverpleegkundige samenwerkte sterk afhankelijk was van de lokale context en de problemen en zorgvragen binnen een wijk (van der Lugt, 2012). Binnen de gebieden van wonen en welzijn werd het vaakst samengewerkt met de welzijns- en maatschappelijk werker, de beleids-

medewerker van de gemeente, de wijkbeheerder en de beheerder van het wijkcentrum (Nieboer e.a., 2013; van der Lugt, 2012; Hummelink & ten Have, 2012). De betrokken professionals zagen de meerwaarde in van de samenwerking met de wijkverpleegkundige. Zij noemden daarbij vooral haar laagdrempeligheid, haar grote netwerk, waardoor cliënten eerder, sneller en beter geholpen konden worden en de betere bereikbaarheid van de zorginstellingen. Ook nam zij veel werk uit handen van de betrokken professionals. Een aandachtspunt was het gebrek aan kennis over elkaars werkterrein, wat soms leidde tot onderbenutting van het samenwerkingspotentieel of concurrentie (van der Lugt, 2012; Hummelink en Ten Have, 2012). Wanneer het de wijkverpleegkundige lukte om een goede samenwerking tussen de verschillende professionals te bewerkstelligen, was de kans ook groter dat deze professionals tevreden zijn met de zorgverlening (Nieboer e.a., 2013).

Inmiddels is het Zichtbare schakelprogramma afgerond (looptijd was 2009-eind 2012), maar in de meeste betrokken wijken is met geld van gemeenten de schakelfunctie van wijkverpleegkundigen tussen de domeinen van zorg, welzijn en wonen voortgezet.

Een andere relevante ontwikkeling is dat het VVD-PvdA kabinet heeft bepaald dat er in alle wijken in Nederland sociale wijkteams moeten komen om de verbinding tussen de domeinen van zorg, welzijn en wonen te verbeteren (zie hoofdstuk 2). In deze teams zullen wijkverpleegkundigen naast andere relevante disciplines (bijvoorbeeld welzijns- en maatschappelijk werkers, wijkagenten, vertegenwoordigers van woningcoöperaties e.a.) participeren om voor ouderen en andere mensen in de wijk goed afgestemde diensten te leveren (Staatssecretaris van Rijn, 2013a en 2013b). In de komende jaren zal duidelijk worden welke rol wijkverpleegkundigen in de sociale wijkteams gaan spelen en of de teams zullen resulteren in meer structurele samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en andere disciplines op wijkniveau.

4.5 Kernpunten over de wijkverpleegkundige als samenwerkingspartner

In dit hoofdstuk is de samenwerking en taakafbakening tussen de wijkverpleegkundige en de andere professionals in de wijk besproken. De kernpunten vatten we samen in onderstaand kader.

Kader 4.4

Kernpunten

Samenwerking met andere verpleegkundigen:

- Er is overlap tussen de werkzaamheden van enerzijds de wijkverpleegkundige en anderzijds de verpleegkundige in de wijk, casemanager dementie, de praktijkondersteuner en de gespecialiseerd verpleegkundige
- In beleid en praktijk lopen de meningen uiteen over of de inzet van gespecialiseerde eerstelijnsverpleegkundigen, naast wijkverpleegkundigen, gewenst en nodig zijn

Samenwerken met huisartsen:

- Er zijn diverse hulpmiddelen om de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige te bevorderen, zoals LESA's
- De huidige thuiszorgteams zijn veelal wijkgebonden georganiseerd, terwijl dit niet geldt voor de huisartspraktijken. Wijkverpleegkundigen moeten daarbij samenwerken met verschillende huisartsenpraktijken, wat de kans op intensieve samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige verkleint
- De voordelen die de huisartsen ervaren van intensieve samenwerking met de wijkverpleegkundige liggen vooral op het gebied van taakverlichting

Samenwerking met professionals op het terrein van wonen en welzijn:

- Met wie de wijkverpleegkundige samenwerkt hangt af van de lokale context
- Professionals op het gebied van wonen en welzijn die met de wijkverpleegkundige samenwerken in het programma Zichtbare schakel zien de meerwaarde in van samenwerking
- Gebrek aan kennis over elkaars werkterrein kan leiden tot onderbenutting van het samenwerkingspotentieel of concurrentie

5 De randvoorwaarden

Voor een goede en aantrekkelijke beroepsuitoefening moet aan een aantal organisatorische, intercollegiale en financiële randvoorwaarden zijn voldaan. Belangrijke voorwaarden zijn autonomie, werken met bekwame collega's, goede werkrelaties met andere professionals in de wijk, opleidingsmogelijkheden, voldoende personeel en waardering. Qua financiële voorwaarden hebben wijkverpleegkundigen en andere stakeholders een voorkeur voor populatiegebonden bekostiging, die uitgaat van uitkomsten van zorg in plaats van op geleverde prestaties.

5.1 Voorwaarden voor aantrekkelijk(er) werk

Bij randvoorwaarden draait het om de vraag wat de wijkverpleegkundige nodig heeft om kwalitatief goede zorg aan haar cliënten te bieden en om het beroep aantrekkelijk(er) te maken. v&vn en NPCF hebben hiervoor het concept Excellente Zorg ontwikkeld (www.venvn.nl). De wetenschappelijk onderbouwde gedachte achter dit concept is dat de kwaliteit van de zorg afhangt van de kwaliteit van de werkomgeving. Op basis van de uitkomsten van een vragenlijstonderzoek onder diverse intra- en extramurale zorgorganisaties (waaronder Buurtzorg Nederland, Icare, Verpleging en Verzorging Flevoland) is in het project Excellente Zorg vastgesteld dat een aantrekkelijke omgeving voldoet aan acht kenmerken (Van Merwijk, 2011):

- 1 Autonomie
- 2 Werken met bekwame collega's
- 3 Goede relaties met artsen
- 4 Opleidingsmogelijkheden
- 5 Support van de direct leidinggevende
- 6 Voldoende personeel
- 7 Zeggenschap over de beroepsuitoefening
- 8 Patiëntgerichte zorgcultuur

Uit de verkennende studie van Nouws, die experts en stakeholders op het terrein van de wijkverpleging raadpleegde, komt ook het belang van werken met bekwame collega's naar voren. Daarnaast worden het herstellen van de samenwerking met de huisarts, meer regelvermogen, wijkgericht werken, het hebben van een breed takenpakket en een sturende rol van de wijkverpleegkundige binnen het thuiszorgteam, als belangrijke voorwaarden voor goede en aantrekkelijke zorg genoemd. Een andere verkennende studie, gebaseerd op gesprekken met projectleiders, wijkverpleegkundigen en professionals in de wijk die betrokken zijn bij Zichtbare schakel-projecten, beschrijft vooral randvoorwaarden

op het gebied van goede samenwerking, overleg met de huisarts en andere eerstelijns professionals en ‘de wijk goed kennen’ (Hoeijmakers, 2012).

¹⁷ Het Experiment regelarme instellingen is opgezet door het ministerie van VWS met als doel om met minder regels, de gewenste zorg sneller en doelmatiger te organiseren (zie ook www.invoorzorg.nl).

In de afgelopen jaren zijn er verschillende programma's uitgevoerd, zoals het Experiment Regelarme Instellingen¹⁷, het programma Zichtbare schakel en het project Versterken van Verpleging Thuis, waarin geëxperimenteerd werd met het verbeteren van een aantal van de hiervoor genoemde randvoorwaarden. In de volgende paragrafen komen deze aan bod.

5.2 *Autonomie en regelruimte*

Het project Versterken van Verpleging Thuis was een initiatief van v&vn en NPCF (de Bont e.a., 2011). Wijkverpleegkundigen kregen binnen dit project meer autonomie en regelruimte dan gebruikelijk in de wijkverpleging: wijkverpleegkundigen mochten de indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) naast zich neerleggen en ook tijd besteden aan kwetsbare mensen zonder indicatie (de Bont e.a., 2011). Hierdoor kregen wijkverpleegkundigen meer mogelijkheden om integraal te werken, zich te richten op preventie en het bevorderen van zelfredzaamheid bij mensen in de wijk, en te investeren in de relatie met andere professionals op het gebied van zorg, wonen en welzijn. Uit observaties en gesprekken met de wijkverpleegkundigen bleek dat zij in eerste instantie terughoudend waren in het naast zich neerleggen van de indicatie van het CIZ, doordat ze niet (meer) gewend waren om zelf indicaties te stellen. Uiteindelijk ervoeren de wijkverpleegkundigen echter meer ruimte om zorg op maat te leveren en vonden zij hun werk uitdagender.

Een organisatie die veel ervaring heeft met professionele autonomie van haar medewerkers is Buurtzorg Nederland (zie ook kader 5.1). Deze organisatie werkt met zelfsturende teams van maximaal twaalf medewerkers.

Kader 5.1

Buurtzorg (de Veer e.a., 2008a; 2008b; www.buurtzorgnederland.com).

In 2006 is de Stichting Buurtzorg Nederland opgericht. Het Buurtzorg-concept bestaat uit de inzet van buurt- of wijkgebonden generalistisch werkende teams van wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden. Het aantal Buurtzorgteams breidt zich nog steeds uit; eind 2013 zijn er in Nederland 630 Buurtzorgteams, met in

totaal 7000 medewerkers, waarvan naar schatting 3000 wijkverpleegkundigen (bron: informatie van centraal kantoor van Buurtzorg Nederland, naar aanleiding van een vraag van NIVEL over actuele aantallen teams en medewerkers). De andere medewerkers zijn verpleegkundigen in de wijk (niveau 4) en verzorgenden (niveau 3 IG).

Enkele kenmerken van Buurtzorg zijn:

- de kleinschalige teams zijn ‘zelfsturend’ en hebben een grote mate van autonomie
- de verpleegkundigen en verzorgenden in de teams zijn verantwoordelijk zijn voor alle verpleegkundige en verzorgende taken in de zorg thuis (exclusief huishoudelijke verzorging)
- de inzet van een ‘vaste’ zorgverlener voor de cliënt, die als centraal aanspreekpunt fungeert
- een buurt- of wijkgebonden organisatie van de zorg, met als voordelen kleinschaligheid en nabijheid van de zorg, en kennis bij zorgverleners van de hulpmogelijkheden in de eigen leefomgeving
- Buurtzorg wordt op dezelfde wijze gefinancierd als thuiszorg vanuit andere organisaties (tot en met 2014 vanuit de AWBZ)

Buurtzorg Nederland heeft zowel in 2011, 2012 als in 2013 de prijs voor de beste werkgever van Nederland gewonnen, in de categorie voor organisaties met meer dan 1000 medewerkers. Deze prijs is toegekend op grond van waardering van de professionals in de Buurtzorgteams (van den Elsen, 2013).

Ook cliënten zijn positief over Buurtzorg; zij zijn in het algemeen positiever over aspecten als telefonische bereikbaarheid, professionaliteit, veiligheid en beschikbaarheid van personeel dan cliënten van andere thuiszorgorganisaties (de Veer e.a., 2008b).

Geïnspireerd door Buurtzorg zijn inmiddels veel grootschalige thuiszorgorganisaties ook met kleinschalige, wijkgebonden teams gaan werken. Buurtzorg en diverse andere (thuiszorg)organisaties zijn ook partijen binnen het Experiment Regelarme Instellingen, geïnitieerd door het Ministerie van vws. Door deze partijen meer regelruimte te geven zou betere en goedkopere zorg aan huis geleverd kunnen worden. Hoewel er variatie is in de projecten van de betrokken zorgorganisaties binnen het Experiment, hebben de projecten gemeenschappelijk dat er meer ruimte is voor wijkverpleegkundigen en andere betrokken zorgverleners om zelf te beslissen welke zorg de cliënt nodig heeft en op een minder tijdrovende manier te registreren en zorg ‘op maat’ te organiseren. Voor een overzicht van zorgorganisaties die betrokken zijn bij het Experiment Regelarme Instellingen en de accenten die ze leggen binnen

het Experiment, zie Kader 5.2. (www.invoorzorg.nl). De meeste zorgorganisaties zijn begin 2013 gestart met hun project binnen het Experiment Regelarme Instellingen, met een doorlooptijd tot en met eind 2014 (Staatssecretaris van Rijn, 2013c). Hoewel aan sommige projecten een evaluatie verbonden is, zijn er op dit moment nog geen gegevens van bekend.

Kader 5.2

Deelnemende zorgorganisaties* met korte projectbeschrijving binnen Experiment Regelarme Instellingen (www.invoorzorg.nl)

* Alle genoemde zorgorganisaties leveren ook zorg aan huis, echter veelal niet exclusief.

ActiVite: ontwikkelt een 24-uurs palliatief zorgpakket, dat in de plaats komt van de AWBZ-indicatie van 81 uur palliatief terminale zorg.

Abrona: wil regels op het gebied van indicatie, financiering en productieverantwoordelijkheid aanpassen/afschaffen ten aanzien van cliënten met ZZP 4 t/m 8.

Allerzorg: wil per indicatie een budget laten toekennen en niet meer in tijdseenheden administreren.

Buurtzorg: wil met minimale bureaucratie, maximale grip op financiën en uitkomsten houden.

Careyn: het Experiment Regelarm bij Careyn is bedoeld om samen met de cliënt vormgeven aan zorg en welzijn, niet georganiseerd op basis van regelgeving (gestopt per oktober 2013 – www.zorgvisie.nl).

Cordaan: richt zich op vergaande vereenvoudiging van regels omtrent kwaliteitseisen.

De Drie Notenboomen: gebruikt Experiment Regelarm o.a. om ook zorg bij cliënten thuis te kunnen leveren.

De Zorgboog: gaat wijkverpleegkundige de spin-in-het-web functie geven in de wijk.

GGZ Friesland: in het Experiment Regelarm gaat het bij GGZ Friesland met name om regels die betrekking hebben op het aanvragen van indicaties bij het CIZ.

Icare: is gericht op terugdringen van bureaucratie binnen de organisatie.

IJsselheem: laat risicosignalering los, vertrouwt op professionaliteit van medewerkers, en heeft meer aandacht voor het zorgleefplan.

JP van den Bent Stichting: wil calamiteiten anders melden, een CIZ-indicatie voor onbepaalde tijd doorvoeren en overbodige controles afschaffen.

Kwadrantgroep: binnen De Friese Wouden en Palet wordt experiment 'Zorg zonder indicatie' uitgevoerd en werken samen om een integrale zorginfrastructuur vorm te geven.

Marente: wil volledig zonder indicatiestelling door het CIZ werken en uitsluitend zorg leveren aan de hand van indicatiestelling door eigen verpleegkundigen.

Middin: wil op een paar locaties bij het zorgkantoor stoppen met de productieregistratie voor geleverde zorg. Dit beperkt de administratieve lasten.

Opella: wil werken met passende regels en zelfsturende teams.

Pantein: gaat minder volgens formele indicatiebesluiten van CIZ werken.

Philadelphia: voert veranderingen door m.b.t. zorgplandocumenten, toepassing Bopz en andere regelgeving.

Stichting De Hoven: schaft op 3 afdelingen alle bureaucratische regels af.

Stichting Transmurale Zorg Den Haag: legt de indicatiestelling voor AWBZ, Wmo en basiszorgvoorzieningen naast zich neer.

Surplus wil de aanzet geven tot een voorbeeldregio in transitie AWBZ naar WMO. De organisatie wil tot standaardisatie van de transitie komen.

Hierdoor wordt voorkomen dat er opnieuw te veel administratieve procedures gaan ontstaan.

Vilente: geeft zelf (her-)indicaties af, zonder tussenkomst van het CIZ.

Vitras CMD: vermindert administratieve lasten, zodat meer tijd besteed kan worden aan zorg en welzijn.

Stichting Prisma: wil kwaliteits- en tijdswinst halen, door minder regels voor de zorgverleners.

5.3 Werken met vakbekwame collega's

Uit het project Versterken van Verpleging Thuis (de Bont e.a., 2011) blijkt dat wijkverpleegkundigen werken in een team met veel lager opgeleid zorgpersoneel (niveau 2 en 3) en weinig verpleegkundigen (niveau 4 en 5) lastig vinden. Zij moeten dan meer tijd besteden aan coachen en afstemming, waardoor ze minder tijd hebben voor de directe zorg aan cliënten. Wijkverpleegkundigen hebben het liefst meerdere wijkverpleegkundigen in een team, wat samenhangt met een behoefte om te kunnen 'sparren'. Meer ruimte voor structureel cliënt-overleg zorgt volgens het thuiszorgteam voor het vergroten van de vakbekwaamheid. Door af te stemmen met verzorgenden hebben de wijkverpleegkundigen meer zicht op de veranderende zorgbehoefte van cliënten die ze niet frequent zien.

In het evaluatieonderzoek 'Zichtbare schakels Rotterdam: de wijkverpleegkundige in een gezonde buurt' (Hoogenboom & Rosendal, 2012) is gekeken naar de ervaren veranderingen binnen thuiszorgteams met een wijkverpleegkundige die extra regelruimte heeft gekregen. Uit de afgenomen enquête bleek dat ongeveer de helft van deze wijkverpleegkundigen vond dat er verbetering was op het vlak van taakuitvoering, onderlinge samenwerking en bereikbaarheid van het team, terwijl 84 procent vond dat door het project het kennisniveau van het team was verbeterd. Van de wijkverpleegkundigen in het thuiszorgteam die geen

extra regelruimte hadden gekregen, waren er minder overtuigd dat extra regelruimte leidt tot een verbeterde onderlinge samenwerking en bereikbaarheid.

5.4 Duidelijke aanspreekpunten voor wijkverpleegkundige en huisarts

Uit gesprekken met wijkverpleegkundigen in het project Versterken van Verpleging Thuis bleek dat het vaak lukte om een goede relatie met artsen op te bouwen, nadat ze expliciet contact hadden gelegd met de huisarts. Voorheen belemmerde de aanwezigheid van een servicedesk of een soortgelijk ondersteuningsapparaat in de thuiszorgorganisatie het contact. De huisartsen waardeerden het dat ze nu 'een op een kunnen schakelen' met een voor hen bekende wijkverpleegkundige, terwijl ze voor die tijd vaak door meerdere professionals gebeld werden over hetzelfde probleem (de Bont e.a., 2011). Binnen projecten in het programma Zichtbare schakel werden soortgelijke ervaringen genoemd:

'Eerder had ik met diverse verpleegkundigen te maken en met hen had ik af en toe contact en leer je elkaar niet zo goed kennen. Nu is één aanspreekpunt heel prettig. Deze wijkverpleegkundige komt ook aan het bed bij de mensen thuis, en ze is makkelijk bereikbaar als er iets nodig is.'

(Interviewcitaat van huisarts uit Zichtbare schakelproject in West-Brabant, overgenomen uit Lotterman, 2013).

5.5 Opleidings- en ontplooiingsmogelijkheden

Uit het project Versterken van Verpleging Thuis bleek dat thuiszorgorganisaties verschillend omgaan met deskundigheidsbevordering van wijkverpleegkundigen. Bij de ene organisatie zijn er mogelijkheden om door te stromen naar een hoger niveau, terwijl in andere organisaties de wijkverpleegkundigen bij- en nascholingsactiviteiten op eigen kosten en in hun eigen tijd moeten doen (de Bont e.a., 2011). Deze uitkomsten sluiten aan bij de uitkomsten van een landelijk vragenlijstonderzoek: van de ruim 92 procent verpleegkundigen in de thuiszorg (niveau 4 en 5) die in 2011 aan een scholingsactiviteit hebben deelgenomen, kreeg 59,3 procent dit in zijn geheel vergoed. Ruim 46% vindt het scholingsaanbod onvoldoende. Hoewel het percentage verpleegkundigen in de thuiszorg dat bij- en nascholing heeft gehad niet sterk afwijkt van percentages in andere sectoren, doen zij dat relatief vaak in eigen tijd en/of op eigen kosten (de Veer e.a., 2012).

5.6 Voldoende personeel

Uit het project Versterken van Verpleging Thuis kwam naar voren dat verschillende wijkverpleegkundigen door ziekteverzuim of onvervulde vacatures te maken hadden met onderbezetting in het thuiszorgteam. Hierdoor was er minder ruimte om in te spelen op de zorgvraag van de cliënt en kwam het cliëntgericht werken onder druk te staan (de Bont e.a., 2011).

Om op landelijk niveau over voldoende wijkverpleegkundigen te beschikken, zullen er in de toekomst meer wijkverpleegkundigen opgeleid moeten worden dan nu het geval is. Redenen hiervoor zijn de nadruk van het huidige overheidsbeleid op 'zorg in de buurt', het feit dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen en de verwachting dat wijkverpleegkundigen door de overheveling van verpleging naar de Zvw weer verantwoordelijk worden voor de totale zorg. Op dit moment is echter niet bekend hoeveel meer wijkverpleegkundigen opgeleid en vervolgens ingezet moeten worden. Dit hangt af van diverse factoren, zoals de mate waarin de vraag naar zorg in de buurt zal toenemen, toekomstig overheidsbeleid en de mate waarin andere eerstelijnszorgprofessionals, zoals verpleegkundigen in de wijk, verzorgenden in de wijk, eerstelijns sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en casemanagers dementie worden ingezet (v&vn, 2013c; van der Velden e.a., 2011). Daarnaast is de vraag of voldoende studenten van de HBO-V opleiding ervoor kiezen om te gaan werken in de zorg thuis. Uit de praktijk is bekend dat slechts een paar procent van de HBO-V studenten dit doen, mogelijk omdat ze nog te weinig een beeld hebben van wat wijkverpleging inhoudt en/of omdat ze het werken in de zorg thuis een solistische vorm van werken is die veel studenten aan het begin van hun carrière nog niet aanspreekt:

'Ik realiseer me ook dat het werken in de zorg thuis veel vraagt. Ik hoor van studenten dat ze in eerste instantie kiezen voor de veiligheid van een team. In de zorg thuis heb je natuurlijk wel een team, maar het is wel een ander soort team. Je werkt solistisch, je kunt in je werk niet direct terugvallen op een collega. Je moet er ook klaar voor zijn om die rol te vervullen.'

(uit een interview met een vertegenwoordiger van een hogeschool)

5.7 Support en waardering van leidinggevenden

Uit het eerder genoemde landelijke vragenlijstonderzoek volgt dat bijna de helft (44,8 %) van de verpleegkundigen in de thuiszorg (niveau 4 of 5) vond dat zij waardering kregen van hun directie. De waardering die het zorgpersoneel ervoer van de direct leidinggevende is groter: 76,7% gaf aan dat die voldoende of veel is.

¹⁸ Doordat aan handelingen tarieven zijn gehangen, nodigt het (thuis)zorgaanbieders uit de zorg op te knippen en inkomsten te maximaliseren door zo veel mogelijk omzet te draaien.

De wijkverpleegkundigen in het project Versterken van Verpleging Thuis ervoeren over het algemeen ook voldoende support en waardering van hun directe leidinggevenden. Wel werd duidelijk dat de volumeprikkels¹⁸ in het huidige systeem ervoor zorgde dat sommige wijkverpleegkundigen minder waardering kregen voor het leveren van niet geïndiceerde zorg, zoals preventie en zelfredzaamheidsbevordering (de Bont e.a., 2011).

5.8 Financiële randvoorwaarden: de huidige en toekomstige bekostiging

Over financiële randvoorwaarden zijn weinig onderzoeksgegevens, maar wel veel relevante beleidsnotities. Tot en met 2014 zal verpleging en verzorging aan huis worden gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Voor deze zorg is een indicatie van het CIZ nodig. Voor de extramurale zorg kan het CIZ een indicatie geven voor verpleging, verzorging, begeleiding en/of behandeling. Taken van de wijkverpleegkundige (zoals preventie en signalering) die gericht zijn op mensen die nog niet ziek zijn en coördinatietaken zijn lastig onder te brengen in de bovengenoemde functies. Het huidige bekostigingssysteem wordt ook gekenmerkt door onwenselijke volumeprikkels (van de Rijdt – van de Ven, 2007; Nouws, 2010; NZa, 2013).

Het kabinet heeft het voornemen om extramurale verpleging over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2015. Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) heeft een voorstel gedaan voor een bepaling in het Besluit zorgverzekering die de basis gaat vormen voor extramurale verpleging onder de Zvw, namelijk ‘zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg’. Niet alleen verpleegkundige handelingen vallen onder de aanspraak, maar ook een groot deel van de persoonlijke verzorging en (wijk)verpleegkundige taken zoals coördineren, signaleren, coachen en preventie (NZa, 2013).

Daarnaast heeft de Minister van vws aangegeven dat de bekostiging van zorg door wijkverpleegkundigen deels ‘populatiegebonden’ moet zijn en dat er ook ruimte moet zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten van de zorg. De nieuwe bekostiging moet volumeprikkels, voortkomend uit een bekostigingssystematiek die uitgaat van verrichtingen in plaats van uitkomsten, wegnemen. De NZa heeft op verzoek van de Minister van vws eind 2013 mogelijke bekostigingsmodellen voor extramurale verpleging beschreven (NZa, 2013). In 2014 zal het kabinet definitieve keuzes maken over de toekomstige bekostigingssystematiek van de zorg door wijkverpleegkundigen. Ook zal in de loop van 2014 meer duidelijkheid komen over welk deel van de

persoonlijke verzorging onder de Zvw gaat vallen en welk (waarschijnlijk veel kleiner) deel onder de Wmo.

5.9 *Visie van stakeholders op financiële randvoorwaarden*

Vertegenwoordigers van cliënten, huisartsen, branche- en zorgorganisaties, zorgverzekeraars en v&vN hebben in de Agenda voor de Zorg hun randvoorwaarden geformuleerd voor de nieuwe bekostiging en financiering van de zorg (ActiZ e.a., 2012). Zij willen ruimte in de regelgeving en de financiering zodat integrale bekostiging van cure, care en preventie-/participatiezorg mogelijk wordt. Deze partijen in de zorg willen ook dat het systeem de zorgaanbieders beloont in termen van uitkomsten van zorg in plaats van handelingen, verrichtingen en indicaties, zodat ongewenste volumeprikkels verdwijnen (ActiZ e.a., 2012). Beroepsvereniging v&vN geeft ook aan het belangrijk te vinden dat in de toekomstige bekostigingssystematiek een populatiegebonden deel moet zitten. Populatiegebonden bekostiging biedt kansen om de wijkverpleegkundige in de volle breedte in te zetten, integrale zorg te leveren en de beschikbaarheidsfunctie te waarborgen (v&vN, 2013a). Die beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige betekent dat zij ruimte heeft om bij vooral kwetsbare cliënten inhoud te geven aan haar 'schakelfunctie', door diensten en voorzieningen in de zorg en welzijn met elkaar af te stemmen en te verbinden. v&vN onderschrijft ook de kabinetsplannen om te werken naar een bekostiging die meer uitgaat van uitkomsten van zorg, maar is van mening dat hiervoor nog wel 'zorgsensitieve' uitkomstindicatoren opgesteld moeten worden. Daarbij gaat het niet alleen om uitkomsten op gezondheid, maar bijvoorbeeld ook om uitkomsten die te maken hebben met de mate waarin cliënten kunnen blijven participeren in de samenleving.

'Eigenlijk moeten we met elkaar leren de maatschappelijke opbrengsten van zorg te benoemen. Daar zijn we (de wijkverpleegkundigen) nooit goed in geweest. Pas wanneer we in staat zijn aan te tonen dat goed geleverde zorg ertoe leidt dat cliënten langer maatschappelijk kunnen blijven participeren, hebben we een enorme winst geboekt.'

(uit een interview met een vertegenwoordiger van v&vN).

Daarnaast is v&vN van mening dat de financiering zo ingericht moet worden dat ook inzet van zelfstandige (wijk)verpleegkundigen (ZZP-ers) mogelijk blijft. Momenteel wordt deze groep gefinancierd vanuit de persoonsgebonden budgetten. v&vN pleit daarom voor het in stand houden van de mogelijkheid om zorg te blijven leveren via een persoonsgebonden budget binnen de Zvw (Hollander, 2013).

v&vN is ook van mening dat aangezien de wijkverpleegkundige na de overgang naar de Zvw weer meer mogelijkheden krijgt om beslissingen over de benodigde zorg te nemen, het van belang is dat voor alle betrokkenen, waaronder de zorgverzekeraar, duidelijk is wat goede wijkverpleegkundige zorg inhoudt. Mede daarom is v&vN Eerstelijnsverpleegkundigen, in samenwerking met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Hogeschool Rotterdam, gestart met het programma ‘Richtlijnen Wijkverpleegkundige Zorg’, dat moet bijdragen aan helderheid over taken en effectieve interventies van wijkverpleegkundigen (de Bont e.a., 2013).

5.10 Kernpunten

In dit hoofdstuk zijn verschillende randvoorwaarden besproken die de wijkverpleegkundige nodig heeft om de goede zorg aan haar cliënten te bieden en haar werk aantrekkelijk te houden.

Kader 5.3

Kernpunten

Organisatorische, intercollegiale en financiële randvoorwaarden:

- Autonomie, het werken met bekwame collega's, goede samenwerking met de huisarts en andere professionals in de wijk, goede opleidingsmogelijkheden, voldoende personeel en waardering zijn belangrijk voor een aantrekkelijke beroepsuitoefening, zo laten verschillende onderzoeken zien
- Het kabinet heeft het voornemen om vanaf 2015 de zorg door wijkverpleegkundigen te financieren vanuit de Zorgverzekeringswet. De nieuwe manier van bekostiging moet onwenselijke volumeprikkels tegengaan, waarbij ruimte is voor beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten
- De beroepsvereniging v&vN heeft een voorkeur voor een bekostigingssystematiek met een populatiegebonden deel, die uitgaat van uitkomsten van zorg in plaats van op geleverde prestaties

6 Opgeleid voor vandaag en morgen?

Een wijkverpleegkundige is opgeleid op niveau 5 (HBO). In 2013 zijn er 17 hogescholen met een HBO-v opleiding. De hogescholen die daarbinnen de differentiatie MGZ aanbieden verschillen onderling qua invulling. De huidige opleiding sluit volgens wijkverpleegkundigen en diverse stakeholders niet goed aan op de praktijk. Daarnaast blijkt dat er in de praktijk weinig onderscheid is tussen een wijkverpleegkundige (niveau 5) en een verpleegkundige in de wijk (niveau 4). Momenteel wordt gewerkt aan een herziening van het HBO-v opleidingsprofiel, zodat beter aangesloten wordt bij de huidige en toekomstige rollen van (wijk)verpleegkundigen, bijvoorbeeld op het terrein van preventie en zelfmanagementondersteuning.

6.1 Opleiding tot wijkverpleegkundige

Een wijkverpleegkundige is eerst en vooral een verpleegkundige en beschikt over een HBO-opleiding, zo stelt het Expertisegebied Wijkverpleegkundige (de Bont e.a., 2012). De wat oudere wijkverpleegkundigen (45+) hebben vaak eerst de vroegere in-service opleiding tot verpleegkundige A gevolgd en daarna de ‘oude’ tweejarige opleiding Maatschappelijke GezondheidsZorg aan een sociale academie of hogeschool. Ook nu nog zijn er mogelijkheden om eerst (aan een ROC) een MBO-opleiding tot verpleegkundige (niveau 4) te volgen en vervolgens een vervolgopleiding te volgen, zodat men kan gaan werken als wijkverpleegkundige (zie Kader 6.1).

Kader 6.1

Opleiding tot wijkverpleegkundige bij opleidingsinstituut Avans+ (van Moorsel e.a., 2012)

Opleiding wijkverpleegkundige

Avans Plus biedt een opleiding aan tot wijkverpleegkundige. In deze opleiding wordt veel aandacht besteed aan vakoverstijgende thema's als professionaliteit en de rol en de positie van de wijkverpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg, organisatie van het eigen werk en werk binnen de organisatie en maatschappelijk handelen.

De opleiding duurt anderhalf jaar en is toegankelijk voor BIG-geregistreerde verpleegkundigen met een basisopleiding op niveau 5.

19 EVC staat voor erkenning verworven competenties. Een EVC-procedure maakt zichtbaar over welke kennis en vaardigheden mensen, door opleiding en werkervaring bij elkaar op te tellen, beschikken (www.evc.nl).

Verpleegkundigen in de wijk (niveau 4) kunnen na een assessment of EVC-procedure¹⁹ worden toegelaten.

Met het diploma van deze opleiding kunnen ook deze verpleegkundigen zich in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden van beroepsvereniging V&VN registreren onder het deskundigheidsgebied Wijkverpleegkundige.

De jongere generatie wijkverpleegkundigen heeft echter veelal een HBO-v opleiding gevolgd, met een differentiatie MGZ. In Nederland zijn zeventien hogescholen die een HBO-v opleiding aanbieden en die in hun basisprogramma en differentiaties anno 2013 nog uitgaan van de twaalf competenties die horen bij de vijf verpleegkundige rollen van Pool e.a. uit 2001 (zie ook hoofdstuk 3).

Uit een studie waarin de websites van de HBO-v opleidingen met elkaar zijn vergeleken, blijkt dat het merendeel van die opleidingen vanaf het derde jaar de differentiatie MGZ aanbiedt (van Moorsel e.a., 2012). In het eerste en tweede jaar worden meestal geen aparte modules over de wijkverpleging of zorg thuis aangeboden. Uit vragenlijstonderzoek onder vertegenwoordigers van HBO-v opleidingen, wordt duidelijk dat wijkverpleging soms wel aan de orde komt, zoals in de modules beroepsoriëntatie, werkveldverkenning en chronisch zieken en ketenzorg. Het onderzoek van Van Moorsel e.a. maakt ook duidelijk dat er behoorlijke verschillen tussen de opleidingen bestaan, bijvoorbeeld in de gebruikte terminologie op de websites, de omschrijving van het vakgebied wijkverpleging en de mate waarin de studenten praktijkervaring in de wijkverpleging opdoen. Het totaal aantal aangeboden weken stage in de wijkverpleging loopt uiteen van 40 tot 105 weken. Deze variatie in de invulling van differentiaties leidt tot verschillen in kennis, vaardigheden en attitudes tussen wijkverpleegkundigen die afkomstig zijn van verschillende opleidingen (van Moorsel e.a., 2012).

6.2 Aansluiting op de praktijk

In een online enquête door de Hogeschool Rotterdam is naar de mening van wijkverpleegkundigen gevraagd over de aansluiting van hun opleiding op de praktijk (van Moorsel en Rosendal, 2012). Van degenen die de enquête hebben ingevuld (n=355), heeft 60 procent de opleiding HBO-v gevolgd. De anderen hebben de oude in-service opleiding verpleegkunde A in combinatie met een vervolgopleiding MGZ (22 procent) of een andere relevante vervolgstudie (18 procent) gevolgd. Uit de resul-

taten blijkt dat de wijkverpleegkundigen vinden dat zij in hun opleiding niet goed, onvoldoende of matig zijn voorbereid op algemene taken van de wijkverpleegkundige (51 %), onvoldoende praktijkervaring konden opdoen met cliëntenzorg (36 %) en onvoldoende werden voorbereid op samenwerking met andere disciplines (29 %). Daarnaast zijn veel van de ondervraagde wijkverpleegkundigen van mening dat de opleiding hen te weinig heeft toegerust voor het (her)indiceren van zorg, mantelzorg-ondersteuning, psychosociale begeleiding, coachen van collega's en advies, instructie en voorlichting (AIV). In de resultaten wordt overigens geen onderscheid gemaakt tussen de vooropleiding van de ondervraagde wijkverpleegkundigen, waardoor onduidelijk blijft of vooral de HBO-v opleiding niet goed aansluit op de praktijk of dat het ook voor de andere (oudere) opleidingen geldt.

Uit de online enquête van de Hogeschool Rotterdam komt eveneens naar voren dat 46 procent van de ondervraagde wijkverpleegkundigen vindt dat zij direct na de opleiding niet in staat waren om preventie-activiteiten uit te voeren (van Moorsel en Rosendal, 2012). Deze bevinding sluit aan bij vragenlijstonderzoek onder het landelijke Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden, waarin ook een groot deel van de ondervraagde wijkverpleegkundigen aangeeft onvoldoende kennis en vaardigheden te hebben voor preventie-activiteiten die gericht zijn op het voorkomen dat iemand ziek wordt (53 %) of op het voorkomen van bijkomende problemen en complicaties bij mensen die nu al chronisch ziek zijn (45 %), zie ook tabel 6.1 en 6.2. Wijkverpleegkundigen hebben behoefte aan kennis over de inhoud en gevolgen van chronische ziekten, preventie-activiteiten en aan vaardigheden ten aanzien van vroegsignalering en het stimuleren van gedragsverandering.

Wijkverpleegkundigen voelen zich wel vaker toegerust voor preventie-activiteiten dan MBO-opgeleide verpleegkundigen in de wijk, maar de verschillen zijn niet heel groot.

Uit hetzelfde onderzoek komt ook naar voren dat ongeveer twee derde van de wijkverpleegkundigen vindt dat zij over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om aandacht te besteden aan zelfmanagementbevordering (zie Tabel 6.3). In dit opzicht is er nagenoeg geen verschil met verpleegkundigen in de wijk.

Tabel 6.1

Ervaren kennis en vaardigheden m.b.t. preventie-activiteiten gericht op het voorkomen van ziekte (in percentages)

Heeft u voldoende kennis en vaardigheden om aandacht te besteden aan preventie-activiteiten gericht op het voorkomen van ziekte?	Wijkverpleegkundigen (niveau 5) (n=62)	Verpleegkundigen in de wijk in de wijk (niveau 4) (n=43)	Totaal (niveau 4+5) (n=105)
Ja	47	33	41
Nee	53	67	59
Totaal	100	100	100

Pearson $\chi^2(1) = 2.1220$ $P = 0.145$

Bron: secundaire analyses op basis van een peiling onder het Panel Verpleging en Verzorging, NIVEL, 2013

Tabel 6.2

Ervaren kennis en vaardigheden mb.t. preventie-activiteiten gericht op het voorkomen van bijkomende problemen en complicaties bij (chronisch) zieken (in percentages)

Heeft u voldoende kennis en vaardigheden om aandacht te besteden aan preventie-activiteiten gericht op het voorkomen van verergeren van ziekten?	Wijkverpleegkundigen (niveau 5) (n=62)	Verpleegkundigen in de wijk in de wijk (niveau 4) (n=43)	Totaal (niveau 4+5) (n=105)
Ja	54,8	41,9	49,5
Nee	45,2	58,1	50,5
Totaal	100	100	100

Pearson $\chi^2(1) = 1.711$ $P = 0.191$

Bron: secundaire analyses op basis van een peiling onder het Panel Verpleging en Verzorging, NIVEL, 2013

Tabel 6.3

Ervaren kennis en vaardigheden m.b.t. het bevorderen van zelfmanagement (in percentages)

Heeft u voldoende kennis en vaardigheden om aandacht te besteden aan het bevorderen van zelfmanagement?	Wijkverpleegkundigen (niveau 5) (n=61)	Verpleegkundigen in de wijk in de wijk (niveau 4) (n=41)	Totaal (niveau 4+5) (n=102)
Ja	66	63	65
Nee	34	37	35
Totaal	100	100	100

Pearson $\chi^2(1) = 0.050$ $P = 0.823$

Bron: secundaire analyses op basis van een peiling onder het Panel Verpleging en Verzorging, NIVEL, 2013

6.3 Toekomstbestendige profielen

Beroepsvereniging v&vn signaleert eveneens dat in de praktijk de verschillen tussen MBO- en HBO-opgeleide verpleegkundigen klein zijn.²⁰ Dit onduidelijke onderscheid was één van de aanleidingen voor de beroepsprofielen van verpleegkundigen (niveau 5) en zorgkundigen²¹ (niveau 4). Het volgende citaat uit een achtergronddocument bij de beroepsprofielen illustreert dit.

‘Steeds luider werd in de afgelopen tien jaar in Nederland de roep om een duidelijk onderscheid in de beroepspraktijk tussen verpleegkundigen van HBO- en MBO-niveau. Het huidige gebrek aan duidelijkheid heeft negatieve consequenties: kapitaalvernietiging door het niet optimaal gebruikmaken van verworven kennis, en vermindering van motivatie bij verpleegkundigen.

[...] Toch heeft de patiënt grote behoefte aan duidelijkheid over de competenties van degene die hij tegenover en naast zich heeft. Die behoefte zal in de toekomst, waarin steeds vaker multidisciplinair samengestelde teams werkzaam zullen zijn, alleen maar groter worden. Een voorwaarde voor patiëntveiligheid – én veiligheid voor de zorgprofessional is een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals.’

(Lambregts en Grotendorst, 2012, p. 13-14)

Het Expertisegebied Wijkverpleegkundige (de Bont e.a., 2012) is een uitwerking voor wijkverpleegkundigen van het algemene beroepsprofiel van verpleegkundigen. Zowel het beroepsprofiel als het Expertisegebied Wijkverpleegkundige is goed ontvangen door het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV), waarin alle zeventien hogescholen

20 Dit onduidelijke onderscheid tussen verpleegkundigen opgeleid op niveau 4 versus niveau 5 geldt overigens niet alleen voor de wijkverpleging, maar is ook in andere sectoren te zien (van der Velden e.a., 2011).

21 In praktijk en beleid worden nog steeds discussies gevoerd worden over de benaming ‘zorgkundige’ in plaats van verpleegkundige voor de op MBO-niveau opgeleide zorgprofessional. v&vn heeft laten weten niet zo zeer te hechten aan hoe de toekomstige niveau 4 professionals genoemd gaan worden, maar hecht wel aan een duidelijker onderscheid – ook in benaming – tussen de verschillende niveaus.

met een HBO-V opleiding vertegenwoordigd zijn. Het LOOV heeft zich tot taak gesteld om een toekomstbestendig opleidingsprofiel voor de HBO-V te ontwikkelen, gebaseerd op het nieuwe beroepsprofiel verpleegkundige. Daarnaast nemen zij de aanbevelingen van de HBO-Raad (2013) uit het visiedocument Voortrekkers in Verandering als uitgangspunt (HBO-raad, 2013). Deze aanbevelingen betreffen:

- aanscherping van het curriculum: meer aandacht voor communicatieve vaardigheden in relatie met de cliënt en in relatie met andere disciplines. Ook dienen meer kennis en vaardigheden over preventie en leefstijl, en ondernemerschap aangeleerd te worden.
- inzetten op meer leer-werkplaatsen en op meer docenten met actuele kennis en ervaring uit de beroepspraktijk.
- investeren in praktijkgericht onderzoek, omdat dit zowel voor de beroepspraktijk en het onderwijs innovaties stimuleert.

Het LOOV zal naar verwachting in januari 2015 het nieuwe opleidingsprofiel gereed hebben, zodat per 2020 de eerste studenten volgens dit profiel afstuderen. Daarbij wil het LOOV niet alles veranderen, maar met het oog op de toekomstige zorgvragers (veelal ouderen en chronisch zieken) wel andere accenten leggen.

‘Op het gebied van klinisch redeneren, zelfmanagement en preventie zullen aanpassingen in het curriculum zichtbaar worden [...] De benoemde competenties in het ‘Expertisegebied wijkverpleegkundige’ sluiten voor een groot deel aan op de huidige opleiding. Er komt niet plotseling iets heel nieuws, wel andere accenten en speerpunten. De beroepsprofielen veranderen, opleidingen veranderen, dat is van alle dag. Wij maken iedere vier tot zes jaar een nieuw curriculum omdat je weer moet actualiseren.’

(uit een interview met een vertegenwoordiger van het LOOV)

Het LOOV gaat bij het ontwikkelen van een nieuw opleidingsprofiel ook na of de huidige differentiatie MGZ, evenals de andere differentiaties (AGZ, GGZ) nog voldoen of dat een andere indeling, bijvoorbeeld intramuraal en extramuraal, noodzakelijk is. Op een werkconferentie in 2013 hebben (wijk)verpleegkundigen die werken in de eerstelijnsgezondheidszorg of openbare gezondheidszorg, zich eenzelfde soort vraag gesteld (van Oort, 2013; Lambregts e.a., 2013). Zij kwamen tot de conclusie dat verpleegkundigen in de eerstelijns gezondheidszorg en openbare gezondheidszorg, voldoende overeenkomsten hebben in de beroepsuitoefening en gewenste competenties om te komen tot een gezamenlijk opleidingstraject (binnen de HBO-V opleiding dan wel in een postinitiële opleiding).

6.4 Kernpunten

Onderstaand kader geeft de belangrijkste kernpunten weer van dit hoofdstuk over de opleiding en benodigde competenties van wijkverpleegkundigen.

Kader 6.2

Kernpunten

- De huidige HBO-v-opleidingen sluiten niet in alle opzichten goed aan op de praktijk van de wijkverpleging
- Wijkverpleegkundigen voelen zich door de opleiding onvoldoende toegerust voor algemene taken van de wijkverpleegkundige en het samenwerken met andere disciplines. Ook vinden ze dat ze in hun opleiding te weinig ervaring konden opdoen met cliëntenzorg
- Wijkverpleegkundigen vinden vaker dat ze voldoende kennis en vaardigheden hebben voor preventie dan de MBO-opgeleide verpleegkundigen in de wijk, maar de verschillen zijn klein
- Het LOOV herzielt het opleidingsprofiel voor de HBO-v's, gebaseerd op het nieuwe beroepsprofiel van verpleegkundigen (niveau 5)

7 Conclusies en aanbevelingen

Deze kennissynthese laat zien dat de door de overheid gewenste centrale rol voor de wijkverpleegkundige in de zorg in buurten bij veel partijen draagvlak heeft. Of wijkverpleegkundigen klaar zijn voor die rol hebben we bekeken door in te gaan op vragen als: Wat zijn de feitelijke en gewenste rollen en taken van wijkverpleegkundigen? Hoe verhoudt het werk van wijkverpleegkundigen zich tot het werk van huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals? Wat zijn randvoorwaarden voor goede zorg en een aantrekkelijke beroepsuitoefening? Welke deskundigheid en opleiding hebben wijkverpleegkundigen? Wat zijn nieuwe ontwikkelingen in de beroepsuitoefening en opleiding?

Om deze vragen te beantwoorden hebben we verkennende interviews, een quick scan van relevante beleids- en onderzoekpublicaties en online groepsdiscussies uitgevoerd. In dit hoofdstuk vatten we eerst de belangrijkste conclusies samen en tot slot presenteren we aanbevelingen voor beleid, praktijk en onderzoek. De aanbevelingen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op de online groepsdiscussies met stakeholders uit de laatste fase van de kennissynthese.

7.1 Conclusies

- **Beleidsstandpunten**

Het kabinet, de wijkverpleegkundige beroepsgroep en andere stakeholders zien de wijkverpleegkundige als een spil in de zorg in de buurt, die samen met de huisarts een eerste toegang tot professionele zorg vormt. De wijkverpleegkundige moet bijdragen aan een goed afgestemd aanbod van zorg en voorzieningen in de buurt, in aansluiting op de behoeften van de cliënt. De wijkverpleegkundige wordt daarbij gepositioneerd als een verbindende schakel tussen zorg, wonen en welzijn.

- **Rollen en taken van wijkverpleegkundigen**

De kernrol van de wijkverpleegkundige is de rol van zorgverlener. Alle andere rollen (samenwerker, communicator, reflectieve beroepsbeoefenaar en praktijkonderzoeker, gezondheidsbevorderaar, organisator, professional en kwaliteitsbevorderaar) zijn direct verbonden met de centrale zorgverlenersrol. Vanuit die rol stelt de wijkverpleegkundige de behoefte aan verpleegkundige zorg vast, waarbij zij zich onder meer richt op preventie en ondersteuning van het zelfmanagement van de cliënt en naasten. Wijkverpleegkundigen zien preventie en zelfmanagementbevordering als onderdelen van hun takenpakket.

Over het gebruik van eHealth en andere nieuwe technologieën (zoals iPads), bijvoorbeeld in het kader van zelfmanagementbevordering,

lopen de meningen en ervaringen van wijkverpleegkundigen uiteen. Die wijkverpleegkundigen die ervaring hebben met iPads – bijvoorbeeld voor voorlichting over het omgaan met ziekten – zien daar vaak wel de meerwaarde van.

- ***Samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en andere professionals***

De overheid, de wijkverpleegkundige beroepsgroep en andere stakeholders vinden dat wijkverpleegkundigen ervoor moeten zorgen dat mensen in de wijk goed afgestemde diensten op de terreinen van zorg, wonen en welzijn krijgen. De wijkverpleegkundige moet daarbij nauw samenwerken met de huisarts. Vormden de wijkverpleegkundige en de huisarts van oudsher een 'geoliede tandem', vanaf de jaren '90 van de vorige eeuw was het minder vanzelfsprekend dat wijkverpleegkundigen en huisartsen elkaar wisten te vinden. De laatste vijf jaar zijn er diverse initiatieven, bijvoorbeeld vanuit het programma Zichtbare schakel, om de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen weer te intensiveren.

Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige samenwerkingsrelaties met diverse andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen in de wijk, verzorgenden, zorg hulpen, praktijkondersteuners, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, casemanagers en gespecialiseerde eerstelijnsverpleegkundigen. Tussen de werkzaamheden van enerzijds de wijkverpleegkundige en anderzijds de casemanager dementie en gespecialiseerde verpleegkundigen bestaat overlap. Dit leidt in sommige gevallen tot onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is en dubbele werkzaamheden.

Ook werkt de wijkverpleegkundige samen met professionals op de terreinen van wonen en welzijn, onder meer binnen sociale wijkteams. De overheid stimuleert gemeenten, ook in financiële zin, om sociale wijkteams op te richten die de verbinding tussen zorg, welzijn en wonen moeten verbeteren. De wijkverpleegkundige zal in het sociale wijkteam vooral bij moeten dragen aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Over de invulling van hun rol in de sociale wijkteams bestaat bij de geraadpleegde wijkverpleegkundigen echter nog geen duidelijk beeld.

- ***Organisatorische en intercollegiale randvoorwaarden***

De wijkverpleegkundige beroepsgroep vindt, evenals de overheid en andere stakeholders, dat de wijkverpleegkundige weer regelruimte moet krijgen om zelf vast te stellen welke zorg een cliënt nodig heeft en om zich te kunnen concentreren op de totale zorgvraag van de cliënt. Andere randvoorwaarden voor een aantrekkelijke beroepsuitoefening zijn bekwame collega's, voldoende personeel, goede samenwerking met

de huisarts en andere professionals in de wijk, goede opleidingsmogelijkheden en waardering voor de wijkverpleegkundige binnen de organisatie.

- ***Financiële randvoorwaarden***

Het kabinet heeft het voornemen om vanaf 2015 de zorg door wijkverpleegkundigen te financieren vanuit de Zvw. In de loop van 2014 zal het kabinet een keuze voor een bekostigingsmodel maken.

Beroepsvereniging v&vN is voorstander van een bekostiging die (in ieder geval deels) populatiegebonden is. Een dergelijke bekostigingssystematiek biedt mogelijkheden om de wijkverpleegkundige breed in te zetten, integrale zorg te leveren en diensten en voorzieningen in de zorg en welzijnssector met elkaar te verbinden.

- ***Deskundigheid en opleiding van wijkverpleegkundigen***

De huidige generatie wijkverpleegkundigen vindt dat zij tijdens de opleiding niet goed werden voorbereid op de praktijk. De opleiding heeft hen onder andere te weinig toegerust voor mantelzorgondersteuning, coachen van collega's, advies, instructie en voorlichting (AIV) en samenwerking met andere disciplines.

Het kabinet is van mening dat innovaties in de opleidingsstructuur nodig zijn om zorgverleners toe te rusten voor de toekomstige gezondheidszorg, waarin het bevorderen van zelfmanagement en zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen en chronisch zieken, hulp uit het eigen netwerk van de cliënt en samenwerking tussen professionals binnen een wijk steeds belangrijker worden.

Met het oog op de toekomst, bereidt het LOOV (Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde) een nieuw opleidingsprofiel voor de HBO-v's voor, gebaseerd op het beroepsprofiel van verpleegkundigen (niveau 5).

7.2 Aanbevelingen voor beleid en praktijk

- ***Investeer in (bij)scholing van wijkverpleegkundigen***

Het nieuwe opleidingsprofiel voor de HBO-v opleidingen zal vanaf 2016 gebruikt worden. Het is daarnaast van belang om ook de huidige generatie wijkverpleegkundigen voor te bereiden op de eisen die de toekomstige gezondheidszorg aan hen zal stellen. Dit kan onder meer door wijkverpleegkundigen bijscholingstrajecten aan te bieden, gericht op taken die in de toekomst steeds belangrijker worden, zoals samenwerking met andere professionals of preventie-activiteiten en zelfmanagementondersteuning.

- ***Besteed aandacht aan goede voorbeelden van nieuwe technologie***

De overheid, beroeps- en cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars zien nieuwe technologie als een middel om zelfmanagement en zelfredzaamheid van cliënten te versterken en zorgkosten te beheersen. Een deel van de wijkverpleegkundigen heeft reserves ten aanzien van het gebruik van eHealth en andere nieuwe technologie. Deze terughoudendheid speelt waarschijnlijk het meest bij de ‘oudere’ generatie wijkverpleegkundigen. Om het gebruik van nieuwe technologie te bevorderen, bevelen we aan om goede voorbeelden onder de aandacht van de beroepsgroep te brengen, bijvoorbeeld door berichten in vaktijdschriften of via digitale nieuwsberichten. Daarbij moet duidelijk zijn hoe nieuwe technologie ten goede komt aan de aantrekkelijkheid van het werk en aan de kwaliteit van zorg voor de cliënt en mantelzorgers.

- ***Maak heldere afspraken over verdeling van taken tussen wijkverpleegkundigen en gespecialiseerde zorgprofessionals***

Inzet van specialistische zorgverleners (bijvoorbeeld casemanagers dementie en verpleegkundigen van gespecialiseerde thuiszorgteams) heeft als risico dat een cliënt met veel verschillende zorgverleners te maken krijgt. Inzet van uitsluitend wijkverpleegkundigen of andere generalistische zorgverleners heeft echter het risico dat er onvoldoende diepgaande kennis is over specifieke aandoeningen of zorgvragen. Als de wijkverpleegkundige zich blijft richten op generalistische zorg en de ‘specialist’ op specialistische zorg bij complexe zorgvragen is de taakverdeling helder. Daarbij kan de ‘specialist’ ook consulten en deskundigheidsbevordering bieden aan de ‘generalist’. Om goede samenwerking te bewerkstelligen is het wel belangrijk dat de wijkverpleegkundige op de hoogte is van wie, wanneer en bij welke (zorg)vragen geraadpleegd kan worden.

- ***Maak de rol van wijkverpleegkundigen in sociale wijkteams duidelijker***

Momenteel is bij wijkverpleegkundigen nog geen duidelijk en eenduidig beeld over de invulling van hun rol binnen de sociale wijkteams. Het is daarom van belang dat vertegenwoordigers van gemeenten meer helderheid geven over de aard, doelen en personele invulling van sociale wijkteams. Ook wijkverpleegkundigen zelf dienen te verduidelijken welke rol zij binnen die teams willen en kunnen spelen.

- ***Bied duidelijkheid over de breedte van de indicatiestelling***

Tevens bevelen we aan dat de overheid en vertegenwoordigers van gemeenten en zorgverzekeraars meer helderheid bieden over de ‘breedte’ van de toekomstige indicatiestelling door de wijkverpleegkundige: mag zij straks alleen indiceren voor zorg die valt onder de Zvw of (soms) ook voor diensten die vallen onder de Wmo? Een mogelijkheid

voor een brede, integrale indicatiestelling zal vooral van belang zijn bij cliënten die zowel behoefte hebben aan verpleegkundige zorg als aan diensten die vallen binnen het sociale domein (bijvoorbeeld dagopvang).

7.3 *Aanbevelingen voor nader onderzoek*

- ***Geef inzicht in zorginhoudelijke aspecten en uitkomsten van wijkverpleegkundige interventies***

Een kennissynthese binnen een kort tijdsbestek uitvoeren, betekent dat voor een duidelijke focus gekozen moet worden. Daarbij ligt de focus in deze kennissynthese op de rollen en taken, samenwerking, deskundigheid en opleiding van de wijkverpleegkundige.

Het is echter ook van belang om kennis te synthetiseren over zorginhoudelijke aspecten en uitkomsten van wijkverpleegkundige interventies, zoals welke cliëntgroepen hebben welke problemen, hoe effectief en efficiënt werkt de wijkverpleegkundige, wat levert wijkverpleegkundige zorg cliënten en mantelzorgers op? Met dergelijke informatie krijgen bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer inzicht in wat de wijkverpleegkundige doet, wat dat oplevert en hoe dat ingekocht zou kunnen worden.

- ***Bied meer inzicht in wanneer inzet van specialistische zorgverleners nodig is***

Goede samenwerkingsafspraken kunnen voorkomen dat activiteiten dubbel worden gedaan, maar toch blijft de vraag wanneer specialistische inzet naast de generalistische zorg van wijkverpleegkundigen nodig of wenselijk is. Toekomstig onderzoek kan meer inzicht geven in bij welke cliënten en in welke specifieke situaties de zorg nog generalistisch kan zijn en wanneer daarnaast inzet van specialistische zorgverleners gewenst is.

- ***Onderzoek ontwikkelingen die de vraag naar en aanbod van wijkverpleegkundigen bepalen***

Om overal in Nederland de wijkverpleegkundige weer haar centrale rol in de eerstelijnszorg terug te geven, moeten meer wijkverpleegkundigen opgeleid worden. Om te bepalen hoeveel wijkverpleegkundigen in de toekomst nodig zijn en opgeleid moeten worden, is meer inzicht nodig in maatschappelijke, demografische en andere ontwikkelingen.

Ontwikkelingen die vraag en aanbod van wijkverpleegkundige zorg mede bepalen zijn bijvoorbeeld de mate waarin extramuralisering van langdurende zorg voor ouderen en chronisch zieken gerealiseerd wordt, toekomstig overheidsbeleid en gemeentelijk beleid op het terrein van preventie en de mate waarin andere zorgprofessionals (zoals verpleeg-

kundigen in de wijk, verzorgenden, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en casemanagers dementie) worden ingezet.

Referenties

- ActiZ (2012). De wijkverpleegkundige terug van weggeweest? <http://www.actiz.nl/website/onderwerpen/wijk-verpleging>.
- ActiZ, CSO, GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, LHV, LVG, NFU, NPCF, NVZ, Orde van medisch Specialisten, VGN, v&vn & ZN (2012). De agenda voor de zorg. Aanbod aan politiek en samenleving van het zorgveld. Utrecht.
- AZW-info. (2013). Detaildata, werkgelegenheidscijfers. Geraadpleegd op 08 november 2013. Van <http://detaildata.azwinfo.nl/userif.aspx?SelectDataset=21&SelectSubset=89&Country=NL>.
- Batenburg, R.S., Kalf, R.R.J. (2010) Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland. Verschillen, trends en bekostiging. Utrecht: NIVEL.
- Berg, M. van den & Schoemaker, C.G.(2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Blok J., de (2013) . 'Kijk over grens verpleegtechnisch team'. Ingezonden brief aan Nursing, 18 oktober 2013 <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Blogs/2013/10/Jos-de-Blok-Kijk-over-grens-verpleegtechnisch-team-1393009W/>
- Bont, M. de, Geense, W., Koppelaar, E., Rosendal, H. & Sande, van de, R. (2013). In voorbereiding richtlijnen van en voor wijkverpleegkundigen. Tijdschrift LVW, 13 (2).
- Bont, M. de, Haaren, E. van, Rosendal, H. & Wigboldus, M. (2012). Expertisegebied Wijkverpleegkundige. Utrecht: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (v&vn).
- Bont, M. de, Schoonhoven, K. van, Zijderveld, C. & Haastert, C. van. (2011). Versterken van verpleging thuis: naar een basisvoorziening wijkverpleging. Utrecht: v&vn/NPCF.
- Boom, H. van der, Philipsen, H. & Stevens, F. (2004). Een schets van de professionalisering van de wijkverpleging in Nederland in de laatste vijftig jaar (1950-2004). Gewina, 27, 100-119.
- Boom, H. van der (2009). 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: Home nursing in the Netherlands, 2008.
- Boomsma, L.J., Bont, M. de, Engelsman, C., Gussekloo, J., Hartman, C., Persoon, A., Sprey, M. & Wind, A.W. (2005). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie. Huisarts & Wetenschap, 48(3):124-6.
- Bouma, A.I.E. (2008). Home visiting program for older persons with poor health status. Academisch proefschrift, Universiteit Maastricht.
- Bradley, P.M. & Lindsay, B. (2008). Care delivery and selfmanagement strategies for adults with epilepsy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 (1). Art. No.: CD006244.
- Bussemaker, H., Schultz, U., Vlerken, M. van, Kwaak, D.A. van der & Ebbens, E.H.(2007). De rolverdeling. Taakherschikking en taakverdeling in de huisartsenpraktijk. Medisch Contact, 62 (28).
- Buurtzorg, NPCF, ZorgAccent, v&vn & ANBO. (2013). Brief aan Minister E.I. Schippers en Staatssecretaris M.J. van Rijn (Ministerie van VWS), Leden van de Tweede Kamer. Stop, de knip tussen verpleging en verzorging doet het niet! Kenmerk: 20130606. Utrecht/Woerden/Almelo/: NPCF, v&vn/ANBO/ZorgAccent & Buurtzorg.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2013). Data AWBZ/WMO-zorg zonder verblijf; leeftijd en geslacht. Geraadpleegd op 6 juli 2013: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/selection/?DM=SLNL&PA=71573NED&VW=T>.
- Ditewig, J.B., Blok, H., Havers, J., Veenendaal, H. van. (2010). Effectiveness of selfmanagement

interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 78(3): 2973-15.

Effing, T., Monnikhof, E.M., Valk, P.D. van der, Herwaarden, C.L. van, Partidge, M.R. et al. (2007).

Selfmanagement education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007 (4). Art. No.: CD002990.

Elsen, W. van den (2013). Buurtzorg wederom beste werkgever in de zorg.

www.zorgvisie.nl/Personeel/Verdieping/2013/10/Buurtzorg-wederom-beste-werkgever-in-de-zorg-1386289W/

Faber, E., Bont, M. de, Beusmans, G.H.M.I., Eekma, H., Kapitein, I., Nood, S. van, Raat, A.M.C., Vriezen, J.A. & Wiersma, T. (2007). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak CVA. *Huisarts & Wetenschap*, 50(3):S5-S8.

Foster, G., Taylor, S.J., Eldridge, S.E., Ramsay, J. & Griffiths, C.J. (2007). Selfmanagement education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007 (4). Art. No.: CD005108.

Graaff, F. de & Rosendal, H. (2009). Ketenvorming tussen huisartsen en wijkverpleging: 'de moeite waard'.

In: Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R. & Raad, C. (ed.). *Ketenzorg: praktijk in perspectief*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Haastregt, J.C.M. van, Diederiks, J.P.M., Rossum, E. van, Witte, L.P. de, Voorhoeve, P.M. & Crebolder, H.F.J.M. (2000). Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, October 21; 321(7267): 994-998.

Hansen, J., Greuningen, M. van & Batenburg, R.S. (2010). Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie. Utrecht: NIVEL.

Harder, C. & Rijsbergen, M. (2013). Eerstelijnsverpleegkundigen en de iPad: een gouden combinatie. *Tijdschrift LVW*, 13(4).

HBO-raad. (2013). Voortrekkers in verandering. Zorg en opleidingen – partners in innovatie. Advies van de verkenningcommissie HBO gezondheidszorg. Den Haag: HBO-raad.

Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van & Bakker, D.H. de. (2012). Kennisvraag Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL.

Hessels E.M.A. (1990). *Hometeams 1989*. Utrecht: NIVEL.

Hoeijmakers, M. (2012). Wat heeft de wijkverpleegkundige nodig van de wijk? Randvoorwaarden om integraal te kunnen werken. Maasbree: Gezondheid in beweging.

Hollander, M. (2013). Position paper v&vn voor hoorzitting hervorming langdurige zorg.

www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=MjoZ7GExdGs%3D&tabid=1454.

Hoogenboom, A. & Rosendal, H. (2012). Zichtbare schakels Rotterdam: de wijkverpleegkundige in een gezonde buurt. Deel-evaluatie: de betekenis voor de wijkverpleegkundige als zorgprofessional. Rotterdam:

Kenniscentrum Zorginnovatie, lectoraat Wijkzorg.

Hummelink, A. & Have, ten, S. (2012). De wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' van stichting thuiszorg Midden-Gelderland: een maatschappelijke meerwaarde? Arnhem/Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). (2013). Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol. Den Haag: Ministerie van VWS.

- Kaldenhoven J. Blog Jos: 'Beste Jos de Blok'. 14 oktober 2013.
www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Blogs/2013/10/Blog-Jos-Beste-Jos-de-Blok-1389052W/
- Kriens, J. (2013). Reactie op brief HLZ. Brief aan Staatssecretaris M.J. van Rijn. Den Haag: VNG.
www.vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2013/20131106-reactie-vng-stas-van-rijn-pvwmo.pdf.
- Lambregts, J. & Grotendorst, A. (2012). Leren van de toekomst. In: J. Lambregts & A. Grotendorst (Red.), Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lambregts, J., Grotendorst, A., Groot, de, B. (2013). Opleiden Verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid op weg naar 2020. Stappenplan. Rotterdam: Bureau Lambregts.
- Lotterman, L. (2013). Korte lijntjes. De huisarts over de wijkzuster. Ledenblad van de Regionale Kruisvereniging West-Brabant, 15 (3).
- Lugt, van der, A. (2012). De wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' van Carint Reggeland: wie wordt er beter van? Een onderzoek naar de ervaringen van belanghebbenden. Enschede/Hengelo: Universiteit Twente.
- Mahler, M., Rühl, A. & Cuijpers, M. (2013). Casemanagement. Op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij. Utrecht: Vilans.
- Mast, J. & Pool, A. (2003a). Handboek In de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg. Utrecht: NIZW.
- Mast, J. & Pool, A. (2003b). Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen. Module bij het handboek In de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg. Utrecht: NIZW.
- Meerveld, J. & Mast, J. (2004). Competentiebeschrijvingen voor verpleegkundigen in de thuiszorg, werkzaam op MBO-niveau. Utrecht: NIZW.
- Merwijk, C., van (2011). Excellente Zorg. Het beste van verpleegkundigen en verzorgenden voor de beste zorg aan patiënten en cliënten. Utrecht: v&vn/NPCF.
- Moorsel, van, B. en Rosendal, H. (2012). Wijkverpleegkundigen ontevreden over aansluiting opleiding en de beroepspraktijk. Tijdschrift LVW, 12(3).
- Moorsel, van, B., Rosendal, H. en Sande, van der, R. (2012). Het vak wijkverpleging niet herkenbaar in lesprogramma's op HBO-V's. Tijdschrift LVW, 12 (2).
- Nieboer, A.P., Lötters, F.& Cramm, J.M. (2013). De wijkverpleegkundige als Zichtbare schakel in de wijk in Rotterdam. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Noordman, J., Verheij, R. & Verhaak, P. (2008). De inzet van doktersassistenten en praktijkondersteuners in de huisartspraktijk. Factsheet Databank Communicatie. Utrecht: NIVEL.
- Nouws, H. (2010). De wijkverpleegkundige in de eerstelijns. Nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven. Utrecht: STOOM/ActiZ.
- NPCF, v&vn, Buurtzorg & ANBO (2012). Regeerakkoord: de zorg voor ouderen wordt niet alleen veel duurder, ze wordt ook nog eens slechter! Geraadpleegd op 05-09-2013.
<http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=2wXlWpJoBds%3D&tabid=1454>.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2013). Advies bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet. Overheveling extramurale verpleging van de AWBZ naar de Zvw. Utrecht: NZA.
- Oort, van, B. (2013). Opleiden eerstelijnsverpleegkundigen op weg naar 2020. Een nieuw gezamenlijk opleidingstraject? Tijdschrift LVW, 13 (1).
- Peeters, J.M., Francke, A.L., Pot, A.M. (2011). Organisatie en invulling van "casemanagement dementie" in

- Nederland. Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders. Utrecht: NIVEL.
- Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F. & Vogel, S. (2001). Met het oog op de toekomst. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz, 2002). Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: rvz
- Rijdt, van de – van de Ven, A.H.J. (2007). Samenhangende zorg in de eerste lijn. De as huisartsen – wijkverpleegkundigen. In opdracht van: v&vn, LHV, NHG. Eindhoven: Van de Rijdt adviesbureau voor de gezondheidszorg.
- Staatssecretaris van Rijn, M.J. (2013a). Wijkverpleegkundigen, u heeft een vak om trots op te zijn. Toespraak tijdens congres wijkverpleegkundige anno nu, Ede. <http://www.rijksoverheid.nl/regering/bewindspersonen/martin-van-rijn/toespraken/2013/05/25/wijkverpleegkundigen-u-heeft-een-vak-om-trots-op-te-zijn.html>.
- Staatssecretaris van Rijn, M.J. (2013b). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst (Kenmerk: 114352-103091-LZ). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Staatssecretaris van Rijn, M.J. (2013c). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Verlenging experiment regelarme instellingen met 1 jaar. Voornemen verlenging aanwijzing NZa (Kenmerk:110972-102236-LZ). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport .
- Staatssecretaris van Rijn, M.J. (2013d). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Bijlagen bij de Kamerbrief Technische briefing over brief Hervorming Langdurige Zorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 17 december 2013.
- Minister en Staatssecretaris van vws, Schippers, E.I. & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal. Zorg en ondersteuning in de buurt (Kenmerk CZ/EKZ 3086843). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Minister en Staatssecretaris van VWS, Schippers, E.I. & Rijn, M. van. (2013). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal. Gezamenlijke agenda vws 'Van systemen naar mensen' (Kenmerk: MEVA/AEB 3155166). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V2020 & Grotendorst, A.. (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige. In J. Lambregts & A. Grotendorst (Red.), *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- STOOM & academisch ziekenhuis Maastricht. (2003). De wijkverpleegkundige in een multidisciplinaire transmurale zorgsetting. Van concept naar taak- en functieomschrijving. Maastricht: azM.
- Ursum, J., Rijken, M. , Heijmans, M., Cardol, M. & Schellevis, F. (2011). Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht: NIVEL.
- uwv (2013). *De Zorg. Sectorbeschrijving*. Amsterdam: uwv.
- Veer, de, A.J.E. & Francke, A.L. (2013). Preventie en het bevorderen van zelfmanagement. Ervaringen en visies van zorgprofessionals. Utrecht: NIVEL.
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L., Schaap, A.E., Hamming, A. (2012). Zorgpaden in de eerstelijns: voordelen groter dan nadelen? *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 22 (6), 29-31.
- Veer, de, A.J.E., Bloemendal, E., Spreuwenberg, P. & Francke, A.L. (2012). De aantrekkelijkheid van de verpleegkundige en verzorgende beroepen 2011. Utrecht: NIVEL.

- Veer, de, A.J.E., Boer, de, D., Spreeuwenberg, P., Brandt., H.E., Schellevis, F.G. & Francke, A.L. (2008b). Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief. Addendum bij het rapport Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Utrecht: NIVEL.
- Veer, de, A.J.E., Brandt. H.E., Schellevis, F.G. & Francke, A.L. (2008a). Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen. Utrecht: NIVEL.
- Velden, van der, L.F.J., Francke, A.L., en Batenburg, R.S. (2011). Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen. Utrecht: NIVEL.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (2013). Brief aan Staatssecretaris M.J. van Rijn. Input voor BO over decentralisatie AWBZ (kenmerk: BAOZW/U201300264). Den Haag: VNG. Geraadpleegd op 15 september 2013, van http://www.vng.nl/files/vng/brieven/2013/20130221_brief_kabinet_input-voor-bo-over-decentralisatie-awbz.pdf.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (2012). Bouwen op de kracht van burgers. Naar een krachtige en samenhangende aanpak op het sociale domein. Den Haag: VNG.
- Verkade, P.J., Kuipers, T., Wees, C., van, Mieremet, W., Lenselink, J. (2012). Expertisegebied casemanager dementie. Utrecht: v&vn.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn). (2013a). Reactie op consultatiedocument NZa. Utrecht: v&vn.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn). (2013b). Wijkverpleging moet vrij toegankelijk zijn. <http://eerstelij.venvn.nl/Wijkverpleegkundigen/tabid/4292/ctl/Details/ArticleID/9309/mid/11759/VenVN-wijkverpleging-moet-vrij-toegankelijk-zijn.aspx>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn) (2013c). Zonder professionals geen hervorming. Basisvoorwaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden om de transitie in de langdurige zorg te omarmen en te borgen in hun dagelijkse praktijk. Utrecht: v&vn.
- www.buurtzorgnederland.com
- www.cvz.nl/pakket/lopende+dossiers/specialistische+zorg/overheveling-extramurale-verpleging-en-deels-persoonlijke-verzorging-van-awbz-naar-zvw.html
- www.invoorzorg.nl
- www.evc.nl
- www.kwaliteitsregistervenn.nl
- www.naitsoezen.org
- www.NIVEL.nl/panel-verpleging-verzorging
- www.NIVEL.nl/dossier/NIVEL-overzichtstudies-en-kennisvragen
- www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/veranderingen-in-de-awbz
- www.venvn.nl
- www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/algemeen. Geraadpleegd op 23-09-2013
- www.zorgvisie.nl
- Zijlstra, G.A.R. (2007). Managing concerns about falls. Fear of falling and avoidance of activity in older people. Maastricht: School for Public Health and Primary Care (Caphri) of the Maastricht University.
- ZonMw. (2009). Uitvoeringsprogramma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt 2009 t/m 2012'. Den Haag: ZonMw.

Werkwijze bij de kennissynthese

In een kennissynthese worden bestaande informatie en inzichten verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd. Een kennissynthese heeft de volgende fases (Bos & van Kammen, 2007), die in de praktijk vaak deels overlappen:

Fase 1: signaleren van probleem en afbakenen vraagstellingen;

Fase 2: verzamelen en verwerken van informatie;

Fase 3: contextualisatie, betrekken van stakeholders/experts en synthetiseren;

Fase 4: verslaglegging en verspreiding product(en).

Fase 1: Signaleren van probleem en afbakenen vraagstellingen (mei - september 2013)

We hebben in totaal vijftien individuele face-to-face interviews gehouden met vertegenwoordigers van vws, de wijkverpleegkundige beroepsgroep en andere relevante beroepsgroepen, cliëntvertegenwoordigers en vertegenwoordigers van opleidingen, gemeenten en zorgverzekeraars (zie bijlage II voor een overzicht van de geïnterviewde stakeholders).

Deze interviews waren vooral bedoeld om snel op het spoor te komen van wat er leeft bij stakeholders als het gaat om het onderwerp van de kennissynthese en om de onderzoeksvragen verder te specificeren.

De interviews waren semi-gestructureerd, in de zin dat een interviewtopiclijst werd gebruikt maar dat de geïnterviewde personen wel geheel vrij waren om in woorden de vragen te beantwoorden. Thema's op de topiclijst betroffen rollen en taken van de wijkverpleegkundige, de samenwerking met andere professionals, de deskundigheid en opleiding van wijkverpleegkundigen en de benodigde randvoorwaarden voor het werk van wijkverpleegkundigen.

Van alle interviews is een samenvattend verslag gemaakt waarin ook aansprekende letterlijke interviewcitaten waren opgenomen. De interviewverslagen werden ter goedkeuring naar de geïnterviewde personen gestuurd. Eventuele reacties en aanvullingen van de geïnterviewden zijn opgenomen in de definitieve verslagen, die kwalitatief werden geanalyseerd.

Fase 2: Verzamelen en verwerken van informatie (juni - oktober 2013)

In deze fase hebben we een *quick scan van relevante literatuur* over de beroepsuitoefening van wijkverpleegkundigen in Nederland verricht. In deze quick scan zijn actuele beleids- en adviesrapporten en onderzoekspublicaties opgezocht en bestudeerd. Relevante beleidsdocumen-

ten en onderzoeksrapporten zijn verkregen via websites van de geïnterviewde stakeholders en door de stakeholders (zie Fase 1) hier gericht naar te vragen. Daarnaast zijn belangrijke beleids- en onderzoekspublicaties geïdentificeerd via de geautomatiseerde publicatiecatalogus van het NIVEL.

Ook is in deze fase *secundaire analyse gedaan van bestaande onderzoeksgegevens*, eerder verzameld onder een landelijk representatief onderzoekspanel van het NIVEL: het Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panel-Verpleging-Verzorging-o). De deelnemers van dit Panel zijn geworven door aselechte steekproeven te trekken van werknemers in de gezondheidszorg, waardoor het een landelijke dekking heeft. Voor de secundaire analyses hebben we gebruik gemaakt van data verzameld onder verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg. Deze data zijn verzameld in vragenlijstonderzoek uitgevoerd in december 2011 (voor wat betreft de data over preventie en bevorderen van zelfmanagement) en in september 2012 (voor wat betreft de data over taakverschuivingen). De data zijn statistisch geanalyseerd met Stata, versie 12.

Fase 3: Contextualisatie, betrekken van stakeholders/experts en synthese (november - december 2013)

In deze fase hebben we de in de fase 1 en 2 verzamelde informatie bekeken vanuit hun relevantie voor beleid en onderzoek. De bevindingen zijn ter discussie gesteld in twee online focusgroepen met elk 12 of dertien stakeholders (vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgers, wijkverpleegkundigen, andere betrokken eerstelijns professionals, zorgverzekeraars, gemeenten en andere veldpartijen). In de periode van 25 november tot en met 8 december 2013 zijn door de onderzoekers vijf keer (om de twee tot drie dagen) discussievragen voorgelegd aan de deelnemers, die online konden reageren en discussiëren op een 'besloten' website. De discussievragen zijn in overleg met een contactpersoon van het Ministerie van VWS en een contactpersoon bij V&VN eerstelijnsverpleegkundigen geformuleerd. De discussievragen betroffen in alle gevallen thema's en discussiepunten die uit de voorgaande fasen van de kennissynthese naar voren waren gekomen. Voor een overzicht van de deelnemers en de discussievragen, zie bijlage III. De transcripten van de online discussies zijn kwalitatief, beschrijvend geanalyseerd.

Fase 4: Verslaglegging en verspreiding product(en) (eind 2013/begin 2014)

In deze fase is de verzamelde informatie samengevat en zijn de aanbevelingen voor onderzoek, beleid en praktijk beschreven.

BIJLAGE II

Deelnemers aan de individuele interviews

Naam	Organisatie
<i>Mariska de Bont</i>	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vN) Eerstelijnsverpleegkundigen
<i>Jako Burgers</i>	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)/Huisarts
<i>Lotte van Galen</i>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws), Directie Langdurige Zorg
<i>Liane den Haan</i>	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO)
<i>Linda Hazenkamp</i>	Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
<i>Joop Jaspers</i>	VGZ
<i>Johan Lambregts</i>	Bureau Lambregts
<i>Marja de Leeuw</i>	Buurtzorg/v&vN Eerstelijnsverpleegkundigen
<i>Riny van Lier</i>	ActiZ
<i>Jennie Mast</i>	Buurtzorg
<i>Caroline van Mierlo</i>	Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV)
<i>Henk Rosendal</i>	v&vN Eerstelijnsverpleegkundigen, Hogeschool Rotterdam Kenniscentrum Zorginnovatie
<i>Roos Verheggen</i>	Mezzo
<i>Ineke Voordouw</i>	ZonMw
<i>Corine Zijdeveld</i>	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

De online groepsdiscussies: deelnemers en discussievragen

Online discussiegroep I

Naam	Organisatie
<i>Lotte van Galen</i>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws), Directie Langdurige Zorg
<i>Sander de Haan</i>	Icare Verpleging en Verzorging
<i>Joop Jaspers</i>	VGZ
<i>Riny van Lier</i>	ActiZ
<i>Jennie Mast</i>	Buurtzorg
<i>Loes Meijer</i>	Huisartsenpraktijk M.J.M. Valk & L.J. Meijer
<i>Henk Rosendal</i>	v&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, Hogeschool Rotterdam Kenniscentrum Zorginnovatie
<i>Thérèse van Schie</i>	Gemeente Groningen
<i>Lex Tabak</i>	Ondernemer in de zorg/verpleegkundige
<i>Paul-Jeroen Verkade</i>	v&VN Netwerk casemanagers dementie
<i>Baukje van Wieren</i>	POH-GGZ Huisartsen Collectief Hogeland
<i>Corine Zijdeveld</i>	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Online discussiegroep II

Naam	Organisatie
<i>Mariska de Bont</i>	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&VN) Eerstelijnsverpleegkundigen
<i>Marcel Bosma</i>	Menzis
<i>Margo Brands</i>	ANBO Verenigingsbureau
<i>Susanne Claessen</i>	Huisarts-in-opleiding
<i>Leonie Hettinga</i>	Icare Verpleging en Verzorging
<i>Marjan van den Hoek</i>	Gemeente Dordrecht
<i>Manon Jansen</i>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws), Directie Curatieve Zorg
<i>Jos Kaldenhoven</i>	Vivent
<i>Johan Lambregts</i>	Bureau Lambregts
<i>Marja de Leeuwerk</i>	Buurtzorg/v&VN Eerstelijnsverpleegkundigen,
<i>Caroline van Mierlo</i>	Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV)
<i>Ineke Voordouw</i>	ZonMw
<i>Harold Wenning</i>	POH-GGZ Denk

Deelnemers van beide online discussiegroepen reageerden eind november/begin december 2013, gedurende een periode van twee weken, op de volgende discussievragen:

Discussievragen 1

Intro

Staatssecretaris Van Rijn stelt in ‘Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg’ dat de wijkverpleegkundige weer de spil in de zorg in de buurt moet worden en de schakel moet zijn tussen het sociale en medische domein. Hiertoe wordt door VWS vanaf 2017 200 miljoen extra beschikbaar gesteld voor wijkverpleegkundige zorg en 50 miljoen voor de investering in sociale wijkteams. Hiermee geeft de Staatssecretaris het signaal af dat de wijkverpleegkundige en het sociale wijkteam nauw moeten gaan samenwerken. Partijen zijn vrij in hoe ze die samenwerking vorm geven.

Vragen

- Welke professionals moeten volgens u in ieder geval participeren in het sociale wijkteam?
- En welke rol en taken moet de wijkverpleegkundige hebben in het sociale wijkteam?

Discussievragen 2

Intro

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er overlap is tussen de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige en andere eerstelijnsprofessionals, zoals verpleegkundigen uit gespecialiseerde thuiszorgteams, case-managers dementie en praktijkverpleegkundigen/POH's. De meningen lopen uiteen over of dergelijke functies – naast de wijkverpleegkundige – gewenst zijn.

Vraag

- Enige overlap in de taken en rollen tussen wijkverpleegkundigen en de genoemde professionals is een gegeven. Wat voor strategieën en middelen zijn geschikt om de taakafbakening tussen deze professionals duidelijker te krijgen?

Discussievragen 3

Intro

Een wijkverpleegkundige is opgeleid op niveau 5 (HBO). Uit eerdere fasen van onze Kennissynthese blijkt dat er in de praktijk echter weinig onderscheid is tussen de rollen en taken van een wijkverpleegkundige (niveau 5) en een verpleegkundige in de wijk (niveau 4).

Vragen:

- Herkent u dit beeld dat er in de praktijk weinig onderscheid is in rollen en taken van de wijkverpleegkundige (niveau 5) en verpleegkundige in de wijk (niveau 4)? Door de nieuwe beroepsprofielen van v&v2020 is op papier al een duidelijker onderscheid gemaakt, maar dat betekent nog niet dat de praktijk daarin sowieso volgt. Vindt u dat er in de eerstelijnszorg een duidelijker onderscheid gemaakt moet tussen de niveau 5 en niveau 4 professional? En hoe zou dat onderscheid dan bevorderd moeten worden?

Discussievragen 4

Intro

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat (wijk)verpleegkundigen reserves hebben ten aanzien van het gebruik van nieuwe technologie (zoals e-health en andere internettoepassingen). Toch worden technologische toepassingen door beleidsmakers meer en meer gezien als middelen om zelfmanagement van cliënten te bevorderen.

Vragen

- Herkent u het beeld dat wijkverpleegkundigen reserves hebben ten aanzien van het gebruik van nieuwe technologie? Vindt u het wenselijk dat meer wijkverpleegkundigen in de toekomst gebruik gaan maken van nieuwe technologie, zoals eHealth en andere internettoepassingen? En zo ja, hoe zou dat bevorderd moeten worden?

Discussievragen 5

Intro

Staatssecretaris van Rijn van vws wil dat de wijkverpleegkundige de verbindende schakel wordt tussen het sociale en medische domein, en dat zij zelf in de toekomst (na overheveling van wijkverpleging naar de Zvw) weer gaat indiceren welke zorg een cliënt nodig heeft. De staatssecretaris heeft tot nu toe niet precies de reikwijdte van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige omschreven.

Vragen

- Moet de wijkverpleegkundige volgens u uitsluitend gaan indiceren voor zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw)? Of moet zij volgens u ook kunnen indiceren voor zorg of ondersteuning die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) valt?

Een voorbeeld: zou een wijkverpleegkundige die vindt dat er huishoudelijke zorg nodig is, omdat zij in een vervuilde situatie geen goede wondzorg kan bieden, een 'bindende' indicatie voor huishoudelijke zorg moeten kunnen afgeven?

NIVEL-overzichtstudies en kennisvragen

De enorme groei van het aantal informatiebronnen doet de behoefte toenemen aan synthese van al die informatie. Met overzichtstudies en kennisvragen gaat het NIVEL in op deze behoefte. We geven inzicht in de stand van de kennis, toegesneden op een gerichte beleidsvraag en in de thema's die op dit moment van belang zijn, de kansen en mogelijke risico's.

Dit jaar uitgebracht (2014)

- *De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen*

Eerder verschenen

- *De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld (2013)*
- *Ruimte voor substitutie (2013)*
- *Technologie in de zorg thuis (2013)*
- *Vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) (2013)*
- *Chronisch ziek en werk (2013)*
- *Zorg en sport, bewegen in de buurt (2013)*
- *Preventie kan effectiever! (2012)*
- *Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (2012)*
- *De eerste lijn (2011)*
- *Zorg voor mensen met een chronische ziekte (2011)*
- *Wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd? (2011)*

Geplande studies

- *Populatiegebonden bekostiging (2014)*
- *Monitoren van veranderingen in de langdurige zorg (2014)*
- *Ouderen van de toekomst (2014)*
- *De kunst van het nee zeggen (2015)*