

De Wijkverpleegkundige in de eerstelijns

Nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven



Actieprogramma 'versterken van zorg thuis in de eerste lijn'

Welke rol kan de wijkverpleegkundige in de hedendaagse eerstelijns vervullen?

Welke toegevoegde waarde heeft de wijkverpleegkundige voor de eerstelijns?

En wat is er nodig om deze toegevoegde waarde te verzilveren?

Hoe doen de voorlopers het? Om daar achter te komen is gesproken met (ervarings-) deskundigen: wijkverpleegkundigen, managers, bestuurders, medewerkers van koepelorganisaties. De rapportage zoomt in op wat de wijkverpleegkundige kan betekenen in de eerstelijns, op de gezondheidsvraagstukken waar zij een rol in speelt, en op de maatregelen die nodig zijn om de wijkverpleegkundige voor de toekomst te behouden.

ActiZ behartigt de belangen van zorgondernemers in de branche van verpleging, verzorging en thuiszorg. STOOM is de stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg. ActiZ en STOOM voeren samen een actieprogramma uit om zorgondernemers te ondersteunen bij innovatie, profilering en positionering in de eerstelijns.

STOOM

actiz

organisatie van zorgondernemers

DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE IN DE EERSTELIJN

NIEUWE INZICHTEN, NIEUWE INITIATIEVEN

In opdracht van

ActiZ en STOOM; Actieprogramma "Versterken van zorg
thuis in de eerste lijn"

www.actiz.nl ; www.STOOM.org

auteur

Henk Nouws, Ruimte voor zorg bv

2010

INHOUD

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Inleiding | 1 |
| 2 | De wijkverpleegkundige in perspectief..... | 3 |
| 2.1 | Voorgeschiedenis | 3 |
| 2.2 | Begrippenkader | 3 |
| 2.3 | De vijf rollen van de wijkverpleegkundige | 4 |
| 2.4 | Andere functionarissen in de eerste lijn | 6 |
| 2.5 | Meerwaarde wijkverpleegkundige..... | 7 |
| 3 | De wijkverpleegkundige in onze tijd..... | 11 |
| 3.1 | De rol bij belangrijke vraagstukken in de zorg..... | 11 |
| 3.2 | Het belang voor de cliënt..... | 14 |
| 3.3 | Het belang voor overige stakeholders..... | 14 |
| 3.4 | Praktijkvoorbeelden | 16 |
| 4 | De wijkverpleegkundige behouden voor de toekomst | 21 |
| 4.1 | De organisatorische randvoorwaarden | 21 |
| 4.2 | De maatschappelijke randvoorwaarden | 26 |
| 4.3 | Samenvattend | 28 |
| 5 | Agenda voor de toekomst..... | 31 |
| 5.1 | Advies..... | 31 |
| 5.2 | Recente ontwikkelingen..... | 33 |
| 6 | Tot besluit..... | 37 |
| | Bijlage – literatuur, respondenten en begeleidingscommissie..... | 39 |
| | Literatuur | 39 |
| | Respondenten | 41 |
| | Begeleidingscommissie | 41 |

1 INLEIDING

Aanleiding

De eerstelijnsgezondheidszorg staat sterk in de belangstelling. Ze wordt de ruggengraat van de hedendaagse gezondheidszorg genoemd. Door substitutie van zorg van de tweede naar de eerstelijns en de wens van de overheid en veel cliënten zelf om zo lang en zelfstandig mogelijk thuis te blijven wonen, groeit het beroep op de eerstelijns.

Binnen de eerstelijns neemt de wijkverpleegkundige een belangrijke plaats in. Haar generalistische rol binnen de thuiszorg wordt regelmatig vergeleken met de generalistische rol van de huisarts in de cure.

Mooie woorden. Maar de realiteit is dat het bergafwaarts gaat met de wijkverpleegkundige. De formatie wijkverpleegkundigen in de thuiszorg wordt bij veel organisaties afgebouwd ten gunste van lagere niveaus zoals wijkziekenverzorgenden. Dit is geen ontwikkeling van de laatste jaren, maar is zeker een decennium zichtbaar. In 1999 al richtten verschillende organisaties een werkgroep "Wijkverpleging met Toekomst" op die in dat jaar het strategische plan "Spil in de zorg bij mensen thuis" uitbracht. Het blad Hmf kopt in 2001 "Wijkverpleegkundigen werken aan *come back*". Desondanks heeft de generieke wijkverpleging geen functionele plek in de indicatiesystematiek vanaf 2002 gekregen. Sedertdien is het verder bergafwaarts gegaan met de wijkverpleegkundige in de eerstelijns.

Recent is door de komst van Buurtzorg Nederland de discussie over de wijkverpleegkundige opnieuw opgelaaid. Buurtzorg Nederland laat zien dat kleine thuiszorgteams met een groot aandeel wijkverpleegkundigen goed presteren. Bij andere thuiszorgorganisaties heeft dit geleid tot hernieuwde aandacht voor de eigen teams en wijkverpleegkundigen. In 2008 waren er reeds meerdere organisaties actief op dit punt, sommigen overigens al van vóór het ontstaan van Buurtzorg Nederland.

ActiZ en STOOM werken aan het versterken van de eerstelijns¹. Binnen het actieprogramma is de wijkverpleegkundige een centraal aandachtsveld. Reden om de rol en meerwaarde van de wijkverpleegkundige in de huidige praktijk te verkennen.

Doelstelling

Net als bij andere maatschappelijke innovaties en vernieuwingen geven voorlopers de toon aan. Zij zijn de eersten die nieuwe ideeën of strategieën in de praktijk proberen te brengen. De ervaringen van hen, zijn voorbeelden, inzichten en lessen voor de organisaties die in het kielzog volgen.

STOOM en ActiZ hebben het initiatief genomen tot een verkenning bij deze voorlopers en protagonisten van de wijkverpleegkundige in de eerstelijns. De vraag die in deze verkenning centraal stond, en aan deze voorlopers² is voorgelegd, luidt:

¹ Recente brochure binnen dit programma is "Een geïntegreerde eerste lijn voor zorg thuis". STOOM en ActiZ, juni 2009.

² Zie bijlage voor overzicht respondenten.

*Welke rol kan de wijkverpleegkundige in onze hedendaagse eerstelijns vervullen?
Welke toegevoegde waarde heeft de wijkverpleegkundige voor de eerstelijns? En wat
is nodig om deze toegevoegde waarde te verzilveren?*

Voor de verkenning zijn personen geraadpleegd die zelf werkzaam zijn in de thuiszorg, of die deskundig zijn op het gebied van de wijkverpleging, of die als stakeholder met de wijkverpleging te maken hebben.

Deze rapportage geeft de resultaten van deze verkenning weer: de ideeën, visies, ervaringen en wensen van deze voorlopers rondom de rol van de wijkverpleegkundige in de eerstelijns. De rapportage zoomt in op wat de wijkverpleegkundige volgens de respondenten kan betekenen in de eerstelijns, op de gezondheidsvraagstukken waar zij een rol in speelt, op de maatregelen die nodig zijn om de wijkverpleegkundige voor de toekomst te behouden. Het levert gezichtspunten en ervaringen op, waarmee anderen weer hun voordeel kunnen doen.

Het doel van de publicatie is bestuurders en beleidsmakers – zorgaanbieders, overheid, verzekeraars – handvatten te geven waarmee zij de inzet van de wijkverpleegkundige in hun eigen organisatie of omgeving kunnen versterken. Er bestaan meerdere opvattingen over hoe je de wijkverpleegkundige kan inzetten. Het is niet de bedoeling hier een blauwdruk te presenteren, maar vooral een palet aan mogelijkheden.

Aanpak

Hoe doen de voorlopers het? Om daar achter te komen is gesproken met (ervarings-) deskundigen: wijkverpleegkundigen, managers, bestuurders, medewerkers van koepelorganisaties als V&VN en LHV. Tevens is gebruik gemaakt van de literatuur die over dit onderwerp is verschenen. Tijdens de start en afronding van de verkenning is gesproken met een begeleidingscommissie. Het eindresultaat is aan hen voorgelegd en de opmerkingen en tips zijn verwerkt in de definitieve rapportage. De volledige lijst van respondenten en leden van de begeleidingscommissie is te vinden in de bijlage. Het onderzoek werd begeleid door STOOM en ActiZ.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 bespreken we de rol van de wijkverpleegkundige in relatie tot andere functionarissen in de eerstelijns.

In hoofdstuk 3 leggen we voor wat volgens de respondenten in deze studie de meerwaarde van de wijkverpleegkundige is in de eerstelijns van deze tijd.

In hoofdstuk 4 benoemen we de voorwaarden waar aan moet worden voldaan om de meerwaarde van de wijkverpleegkundige te verzilveren.

In hoofdstuk 5 geven we aanbevelingen voor de agenda van de toekomst: hoe zorgen we er voor dat de wijkverpleegkundige haar rol in de eerstelijns weer voluit kan spelen?

Het laatste woord in deze rapportage is aan de beroepsgroep zelf, hoofdstuk 6.

2 DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE IN PERSPECTIEF

In dit eerste hoofdstuk geven we een algemene omschrijving van de wijkverpleegkundige. We kijken naar de historische wortels van de wijkverpleging. We schetsen de plaats die de wijkverpleegkundige traditiegetrouw heeft in de eerstelijnszorg en we vergelijken de wijkverpleegkundige met andere functionarissen in de eerstelijnszorg. We beschrijven de meerwaarde die de wijkverpleegkundige heeft binnen de eerstelijnszorg.

2.1 VOORGESCHIEDENIS

Een dynamische visie op de wijkverpleegkundige functie is nodig. Over de jaren heen is de inhoud van de functie aan veranderingen onderhevig geweest. De wijkverpleegkundige is opgekomen in de eerste helft van de 20^e eeuw. In de beginperiode, een periode dat de samenleving in de ban was van de vooruitgang, bracht zij de lagere sociaal-economische klasse inzicht bij over voeding, hygiëne, besmettelijke ziekten, en ze verzorgde en begeleidde zieke mensen thuis. Zij maakte zorg bereikbaar voor iedereen.

Na de tweede wereldoorlog is de taak van de wijkverpleegkundige geprofessionaliseerd. Er kwamen beroepsverenigingen, het kruiswerk organiseerde zich, er werden eisen gesteld aan de opleiding, er kwam wetgeving.

De laatste twee decennia van de 20^e eeuw is deze ontwikkeling een nieuwe fase ingegaan. Het is lastig daar nu reeds een etiket op te plakken, aangezien we nog midden in deze ontwikkeling zitten. De kern is wellicht gelegen in onze maatschappelijke wens om de mogelijkheden van de curatieve gezondheidszorg ten volle te benutten maar tegelijk de collectieve uitgaven te beheersen. Er is ongelooflijk veel mogelijk in de cure, maar om de kosten in de hand te houden is het streven om zoveel mogelijk van de zorg thuis te leveren. We zullen zien dat de vraagstukken die dit oplevert terug te zien zijn in het beroep dat wordt gedaan op de wijkverpleegkundige.

2.2 BEGRIPPENKADER

Om verwarring te voorkomen, definiëren we hier enkele begrippen die veelvuldig gebruikt worden in de tekst:

Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg omvat veel meer dan alleen thuiszorg. Definitie van eerstelijnszorg: "alle niet-gespecialiseerde, vrij toegankelijke voorzieningen in de gezondheidszorg en de hulp- en dienstverlening; de huisarts neemt hierbij een centrale plaats in". Uit: Thesaurus zorg en welzijn.

Cure en care

De eerstelijnszorg beweegt zich binnen zowel de cure als de care. Definitie van care in de Thesaurus zorg en welzijn: "Zorg die langer dan één jaar duurt voor mensen met een handicap, chronisch zieken en ouderen die professionele zorg en/of begeleiding nodig hebben in hun dagelijks leven; gefinancierd vanuit de AWBZ en de WMO". En de definitie van cure: "zorg gericht op herstel; vormen van zorg die gezien worden als cu-

ratieve zorg zijn huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, ziekenhuiszorg, paramedische zorg, verloskundige zorg en kraamzorg, ambulancezorg, tandzorg, revalidatiezorg, farmaceutische zorg, bloedvoorziening, transplantatiegeneeskunde en bepaalde onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg".

Thuiszorg

De thuiszorg maakt deel uit van de eerstelijnszorg. Definitie van thuiszorg: "eerstelijnszorgvoorziening die verpleging en verzorging in de thuissituatie biedt aan chronisch zieken, mensen met een handicap, ouderen en mensen die daar tijdelijk behoefte aan hebben, en die vaak kraamzorg, ouder- en kindzorg, voedingsvoorlichting en dieetadvisering, praktische dienstverlening zoals maaltijdvoorziening, mantelzorgondersteuning, uitleen van verpleegartikelen en hulpmiddelen, preventie en voorlichting levert".

In deze rapportage spreken we losjes over thuiszorgteam, avond- nacht- weekendteam, en specialistisch team. De precieze verdeling van werkzaamheden en invulling van de teams is per organisatie verschillend.

Bovenstaande definities bepalen op voorhand de positie van de wijkverpleegkundige: zij is werkzaam in de thuiszorg, dus binnen de eerstelijns. Formeel is haar domein de care, maar vaak werkt zij in het verlengde van of parallel met functionarissen in de cure en kunnen afzonderlijke taken die zij verricht ook betiteld worden als cure.

2.3 DE VIJF ROLLEN VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

De wijkverpleegkundige heeft al heel lang een plaats in de thuiszorg, in de eerstelijns. We beschrijven in deze paragraaf de traditionele rol opvatting, die niets aan waarde heeft ingeboet.

HBO opgeleid

De wijkverpleegkundige is de HBO-opgeleide verpleegkundige (Niveau 5), werkzaam in de wijk, "achter de voordeur", met een breed takenpakket. De opleiding maatschappelijke gezondheidszorg is een brede opleiding die de HBO-studenten klaarstoomt voor een generalistische taak in de wijk die veel vergt van hun zelfstandigheid: "als wijkverpleegkundige in de thuissituatie, weet je van heel veel een klein beetje" zegt Wilma Bijsterbosch, directeur ZorgBrug Gouda.

Vijf rollen

Wijkverpleegkundigen leren dat hun functie vijf rollen omvat, die van zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar.

zorgverlener

De kern van het vak bestaat uit zorg verlenen in de ruimste zin des woords: begeleiding, ondersteuning, voorlichting, preventie en persoonlijke verzorging. In de loop van de decennia is er meer nadruk komen te liggen op activiteiten in het verpleegkundig domein.

regisseur

Dit houdt in aanwijzingen geven over de wijze waarop de zorgactiviteiten door andere verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden uitgevoerd moeten worden.

coach

De coachende rol van de wijkverpleegkundige naar haar collega's houdt in stimuleren, motiveren en feedback geven en ontvangen.

ontwerper

De wijkverpleegkundige ontwerpt en evalueert de maatregelen die ingezet worden voor de cliënt.

beroepsbeoefenaar

De wijkverpleegkundige integreert professionele waarden, maatschappelijke waarden en medische en verpleegtechnische vaardigheden in de uitoefening van het beroep.

Generalist

De kern van de zaak is dat de wijkverpleegkundige van vele markten thuis is. "De wijkverpleegkundige is een generalist", zegt Mariska de Bont, beleidsmedewerker V&VN. "Zij komt bij de patiënt thuis, achter de voordeur. Zij levert dus thuiszorg". Dat is onderscheidend van andere HBO-opgeleide functionarissen in de eerstelijnszorg: "wat de wijkverpleegkundige onderscheidt van andere beroepen in de eerstelijnszorg, is dat zij aan huis werkt. De analogie met huisarts is dat beiden generalistisch werken" (Nelleke Gruijters, huisarts en bestuurslid LHV). Ze bekijkt de vraagstukken in een breed perspectief, is de toevoeging van Wilma Bijsterbosch (ZorgBrug): "de wijkverpleegkundige biedt iets extra's op het brede maatschappelijk denken, het werken vanuit het hele cliëntsysteem, een verantwoordelijkheid die ze bij de uitoefening van hun vak alleen moeten dragen omdat er vaak niemand is om ter plekke even op terug te vallen".

Het voordeel van specialisten is in het algemeen dat zij bepaalde dingen heel goed kunnen waardoor zij een technisch moeilijke vraag goed kunnen oplossen. Het voordeel van generalisten is dat zij doorgaans van heel veel dingen verstand hebben, maar niet zo diepgravend als een specialist op haar terrein, waardoor zij in een dynamische en complexe situatie het overzicht bewaren. Een verpleegkundige die regelmatig bij de cliënt thuis komt, ziet en hoort veel meer, en kent de cliënt veel beter dan een specialistisch verpleegkundige die de cliënt maar af en toe ziet.

Wat de huisarts is voor de cure, is de wijkverpleegkundige voor de care. Beiden zijn generalist. Beiden hebben een brede rol, die niet scherp is afgegrensd in termen van functies. Beide hebben een coördinerende rol binnen hun domein. Huisarts en wijkverpleegkundige zijn in dat opzicht complementair. In de huidige discussie rond de wijkverpleegkundige de as huisarts-wijkverpleegkundige steeds ter sprake. Deze as is de afgelopen jaren om allerlei redenen afgebrokkeld – die analyse kan een boek vullen, en dat gaat in dit verband te ver - en maatschappelijk is een zoektocht gaande om deze as weer te herstellen. De generalistische rol van de wijkverpleegkundige is de kern van de heden ten dage zo sterk gevoelde behoefte de wijkverpleegkundige functie niet verloren te laten gaan.

2.4 ANDERE FUNCTIONARISSEN IN DE EERSTE LIJN

Er zijn veel mensen werkzaam in de eerstelijns gezondheidszorg op het gebied van verzorging en verpleging. Vroeger was dat anders. In de begintijd van de wijkverpleegkundige had zij een bredere rol en waren er minder verpleegkundige specialismen. Gaandeweg zijn de mogelijkheden van de gezondheidszorg ingrijpend veranderd. Nu deelt de wijkverpleegkundige haar rol met veel collega's. Grenzen zijn niet altijd scherp, zijn onderwerp van discussie, worden soms verlegd. Binnen deze dynamiek worden nieuwe grenzen opgezocht en nieuwe mogelijkheden verkend. In onderstaand overzicht proberen we een aantal belangrijke functionarissen in de eerstelijns te benoemen en aan te geven welke relatie zij hebben tot de wijkverpleging.

Tabel 1 De relatie tussen wijkverpleegkundige en enkele andere functionarissen in de eerstelijns

| Functionaris | Relatie met wijkverpleegkundige |
|--|---|
| Verpleegkundigen in de wijk: MBO opgeleide verpleegkundige in de thuiszorg, werkzaam bij de cliënt thuis. Niveau 4. | Verpleegkundige in de wijk en wijkverpleegkundigen maken samen deel uit van thuiszorgteams en vullen elkaar in allerlei opzichten aan. |
| Wijkziekenverzorgenden niveau 3: verricht verzorgende en begeleidende werkzaamheden aangevuld met huishoudelijk werk bij de cliënt thuis. MBO niveau 3. | Wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen maken samen deel uit van thuiszorgteams en vullen elkaar in allerlei opzichten aan. |
| Gespecialiseerd verpleegkundige: HBO opgeleide verpleegkundige in de thuiszorg, met een specialistisch werkgebied (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 de typische verpleegkundige handelingen verricht. Dit betekent automatisch minder verpleegkundige taken voor de wijkverpleegkundige. De taakverdeling specialist – wijkverpleegkundige is een belangrijk issue in het dossier wijkverpleegkundige. |
| Case manager dementie: "systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling zorg en welzijn, door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van 'niet pluis' of de diagnose tot aan opname of overlijden." (uit: Landelijk Dementie Programma). Een case manager dementie is niet per definitie een HBO verpleegkundige. Ook opgeleiden op MBO niveau kunnen case manager worden. | De case manager dementie kan gezien worden als een invulling van de specialistisch verpleegkundige. Case managers dementie zijn echter lang niet altijd verpleegkundigen. Er lijken wel wijkverpleegkundigen in te stromen in deze functie. De case manager neemt wijkverpleegkundige taken over. Maar het is goed mogelijk dat de cliënt naast de case manager ook hulp ontvangt van een thuiszorgteam, en daar maakt de wijkverpleegkundige doorgaans deel van uit. In deze gevallen zal de wijkverpleegkundige echter een geringe rol hebben voor de cliënt. Ook deze relatie case management – wijkverpleegkundige is een belangrijk issue in het dossier wijkverpleegkundige. |
| 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 verzor- |

| | |
|--|--|
| | ging/verpleging. |
| Praktijkverpleegkundige (praktijkondersteuner): afgeleid en ondersteunend aan de huisarts en deze is doorgaans de werkgever. De praktijkverpleegkundige heeft vooral een rol in het uitvoeren van zorgprogramma's in de eerstelijns (diabetes, COPD). | Ook de relatie praktijkverpleegkundige – wijkverpleegkundige maakt deel uit van de discussie rond de wijkverpleging. Vanuit de huisartsen is de algemene visie dat de wijkverpleegkundige de zorg bij de cliënt thuis coördineert, en de praktijkverpleegkundige de rol binnen de geprotocoliseerde dbc's (zorgprogramma, integrale zorg) voor haar rekening neemt. In principe kan de wijkverpleegkundige deze rol ook invullen. De wetgever maakt geen onderscheid straks wie de zorgprogramma's uitvoert. Dit houdt de weg open voor een rol voor de wijkverpleegkundige. De aanbiedende partijen maken de keuze. |
| Nurse practitioner: werkt samen met de huisarts. HBO verpleegkundige met een aanvullende tweejarige leer/werk-opleiding. Ziet rechtstreeks patiënten met vooraf vastgestelde klachten en handelt deze zoveel mogelijk zelfstandig af. | 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 patiënt moet altijd toegang hebben tot de huisarts. | Hier geldt hetzelfde als hierboven is gezegd bij "nurse practitioner". |

2.5 MEERWAARDE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Binnen de eerstelijns vervult de wijkverpleegkundige een belangrijke rol. Haar functie vertegenwoordigt een bepaalde meerwaarde. We beschrijven in deze paragraaf wat deze meerwaarde precies inhoudt. Overigens: overbodig te melden dat andere hulpverleners in de eerstelijns ook een onmisbare rol hebben, naast en met de wijkverpleegkundige.

Verantwoordelijkheid voor het gehele zorgproces

De wijkverpleegkundige heeft binnen een wijkteam de verantwoordelijkheid over het zorgproces van de individuele cliënt. Zij bepaalt in belangrijke mate welke zorg ingezet gaat worden, uiteraard binnen het indicatiebesluit, rekening houdend met de wensen van de cliënt, in de context van de overige hulpverlening. Zij bewaakt de uitvoering, evalueert deze en sluit het zorgproces af. We kunnen deze verantwoordelijkheid nader duiden:

- Regie

De wijkverpleegkundige heeft de regiefunctie binnen het team. Ze coacht de medewerkers. Ze heeft ook de eindregie rondom de continuïteit van het zorgproces. "De wijkverpleegkundige heeft de eindregie rond de continuïteit van de zorg van de cliënt" (Wilma Bijsterbosch, ZorgBrug). "Haar rol bij de cliënt is in de kern regie" (Rosemarie van Troost, Van Kleef Instituut, V&VN).
- Overzicht

De wijkverpleegkundige behoudt het overzicht over het hele zorgproces, de interne en externe factoren, en is daarmee goed geoutilleerd om beslissingen te nemen in het zorgproces. "De wijkverpleegkundige is vaker bij de cliënt dan een specialistisch verpleegkundige en neemt daardoor meer waar" (Nelleke Hoogedoorn, Buurtzorg Nederland).

- Continuïteit voor cliënt
Voor de cliënt is het voordeel dat hij of zij de wijkverpleegkundige kan aanspreken op het totaal van de zorg, inclusief de verbindingen naar maatschappelijk welzijn en cure, ook als de cliënt tijdelijk in het ziekenhuis verblijft en daarna weer thuiskomt. De wijkverpleegkundige bewaakt de continuïteit van de zorg en is daarmee een continue factor voor de cliënt. Rosemarie van Troost (Van Kleef Instituut, V&VN): "Het belang van de wijkverpleegkundige moet bekeken worden vanuit het belang van de cliënt, en niet vanuit het organisatiebelang. De cliënt heeft behoefte aan een generalist, die de rode lijn is in de zorg. Ze signaleert de behoeftes van de cliënt en houdt het overzicht over de zorg".
- Vertrouwen bij cliënt
Bovenstaande continue factor werkt meerdere kanten op. De wijkverpleegkundige is voor de cliënt een rode draad in zijn zorggeschiedenis en dat geeft de cliënt vertrouwen. Het vertrouwen dat de wijkverpleegkundige geniet geeft haar de mogelijkheid om de situatie thuis bij de cliënt goed te observeren en daarmee kan zij haar rol als regisseur in het zorgproces voor haar eigen team maar ook voor de andere zorg- en hulpverleners beter spelen. "De wijkverpleegkundige is laagdrempelig. Ze is 'spontaan achter de voordeur'. Het is makkelijker voor haar om gevraagd en vooral ook ongevraagd advies te geven [...]. Haar rol als generalist is dus kijken, signaleren, aanspreken" (Rosemarie van Troost, Van Kleef Instituut, V&VN).

Breed

De wijkverpleegkundige heeft een brede rolopvatting. Van oudsher is de wijkverpleegkundige een generalist. Dit aspect is afgekald de afgelopen decennia en staat, juist nu dit verloren dreigt te gaan, weer volop in de belangstelling. Wat houdt deze "brede rolopvatting" precies in?

- Breed inzetbaar
De wijkverpleegkundige kan specialistische verpleegkundige handelingen verrichten maar pakt zondig ook een deel van de ADL op en legt namens de cliënt contacten naar derden. Deze brede rolopvatting leeft sterk bij de wijkverpleegkundigen zelf vanuit de wens om veel voor de cliënt te betekenen.
- Praktische oplossingen
De wijkverpleegkundige is niet alleen de persoon die de zorg in gang zet, monitort en afsluit; ze levert daadwerkelijk zelf zorg en stemt af met anderen.
- Vermindert aantal gezichten bij cliënt
Doordat de wijkverpleegkundige een groot aantal taken in principe kan vervullen bij de cliënt thuis, kan het aantal gezichten dat bij de cliënt over de vloer komt verminderen. "De cliënt wil niet te veel vreemde gezichten over de vloer. Niet steeds opnieuw uitleggen waar alles ligt, waar het pijn doet, hoe je getild wil worden etc. Buurtzorg voldoet daar aan. De teams zijn maximaal 12 personen en bestrijken een

beperkt gebied" (Nelleke Hoogedoorn, Buurtzorg Nederland). "Een knelpunt in de thuiszorg voor mensen met complexe problematiek is wel dat er veel mensen en organisaties hun diensten aanbieden. Dit leidt tot overlappings. Maar erger: mensen die toch al in de problemen zitten, worden onzeker en raken in paniek van steeds weer andere adviezen. Waarom met tienden aan één bord?" (Michel Wijngaards, manager Thebe).

Complexe situaties

De HBO-achtergrond van de wijkverpleegkundige in combinatie met de generalistische rolopvatting biedt ook meerwaarde voor de cliënt, vooral in complexe situaties.

- **Creativiteit**
In complexe situaties zijn geen alomvattende geprotocoliseerde antwoorden voorhanden en zijn inventiviteit en handelingsvermogen nodig, een rol die wijkverpleegkundigen goed ligt.
- **Deskundigheid**
Complexe situaties vragen ook deskundigheden die in HBO-opleidingen worden geleerd. Belangrijker nog is het vermogen de eigen grenzen te kennen en de wegen naar externe deskundigheden weten te bewandelen. "De wijkverpleegkundige is HBO opgeleid. Zij heeft het talent om generalistische en specialistische vragen te vertalen naar een passend aanbod voor de cliënt" (Rosemarie van Troost, Van Kleef Instituut, V&VN).
- **Verpleegkundig specialismen**
Hoewel de wijkverpleegkundige op onderdelen meestal niet hetzelfde kennis- en vaardigheidsniveau bereikt als gespecialiseerd verpleegkundigen, zijn veel verpleegkundige handelingen bij hen bekend en is de basisvaardigheid voldoende aanwezig. Wijkverpleegkundigen kunnen zich binnen hun generalistische rol ook bekwamen op een bepaald aandachtsterrein en daar hun collega's weer mee helpen.

Verbindingen leggen

De laatste rol van de wijkverpleegkundige die we hier noemen is die van verknoper van het aanbod:

- **Kennis van de structuur van de gezondheidszorg**
De opleiding op HBO niveau en de rol van de wijkverpleegkundige houdt ook in dat zij kennis heeft van de structuur van de gezondheidszorg, ook van de administratieve vereisten en de wetgeving rondom haar eigen zorgtaken. Dit stelt haar in staat om de inzet van de thuiszorg in een breder verband te plaatsen.
- **Kennis van de sociale kaart**
Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat zij kennis heeft van en relaties onderhoudt met andere organisaties in de wijk die er voor het welzijn en de gezondheid van de cliënt toe doen.
- **Afstemming**
De wijkverpleegkundige wordt geacht de inzet van professionele hulp, maar ook de bijdrage van mantelzorg en de zelfzorg van de cliënt, in een gemeenschappelijk kader te plaatsen en daar afstemming in aan te brengen. Dit is geen formele bevoegd-

heid, maar dankzij haar positie vertegenwoordigt zij voor partijen wel voldoende gezag om mee te gaan in haar inschatting en wensen. "De huisarts is blij met de wijkverpleegkundige, want weet dat de cliënt deskundig gevolgd wordt. Bovendien door iemand die hij/zij kent. Ook ingewikkelder handelingen kan de wijkverpleegkundige doen, zoals diabetes controle. De wijkverpleegkundige kan goed overleggen met de praktijkondersteuner" (Nelleke Hoogedoorn, Buurtzorg Nederland).

➤ **Verbinding met ziekenhuiszorg**

De wijkverpleegkundige kan de opname en thuiskomst van een cliënt begeleiden en er voor zorgen dat de thuiszorg naadloos aansluit bij de behandeling. In de praktijk gebeurt dit in de eerste plaats door contacten met de transferafdeling van het ziekenhuis. Maar het blijkt ook dat de wijkverpleegkundige de afdelingswijkverpleegkundige weet te vinden en soms ook de transfer namens het ziekenhuis begeleidt.

➤ **As met huisarts**

Last but not least, en in het verlengde van bovenstaande punten, de geroemde samenwerking wijkverpleegkundige – huisarts. Ook dit gegeven van vroeger is lange tijd aan erosie onderhevig geweest, maar staat nu weer in het middelpunt van de belangstelling. De veel gehoorde opvatting is dat de wijkverpleegkundige in de care een vergelijkbare rol heeft als de huisarts in de cure. Maar bovendien betekent de as huisarts – wijkverpleegkundige een afstemming tussen care en cure rondom gemeenschappelijke casussen. "De wijkverpleegkundige moet vergeleken worden met de wijkagent, met de huisarts. Daar hoeven we ook niet uit te leggen wat het belang is om een in de wijk aanwezige generalist te hebben op het gebied van zorg, op het gebied van veiligheid. De wijkverpleegkundige hoort in dit rijtje" (Rosemarie van Troost, directeur van Van Kleef Instituut en voorzitter afdeling eerstelijnsverpleegkundigen V&VN).

Samenvattend

Zoals de rollen hierboven zijn beschreven, zijn zij meer een ideaalsituatie geschetst door de respondenten dan de huidige praktijk. De kloof tussen ideaal en werkelijkheid is mede het *raison d'être* van de huidige discussie rond de wijkverpleging. Er is in de huidige discussie rond de wijkverpleging geen eensluidende opvatting over de mate waarin een bepaalde rol of taak nu per definitie bij een wijkverpleegkundige ligt, of bij een andere functionaris. Ook dit is een issue in de discussie rond de wijkverpleegkundige.

Hoe onmisbaar is de wijkverpleegkundige? De bovengenoemde sterke punten in het werk van de wijkverpleegkundige zijn ook steeds de onderwerpen die in de media veel aandacht krijgen en binnen de politiek weerklank vinden. Ook binnen de zorg zelf, zowel de organisaties die de wijkverpleegkundigen vertegenwoordigen als de organisaties die met de wijkverpleegkundige thuiszorg leveren of samenwerken, valt te beluisteren dat de wijkverpleegkundige onmisbaar is. Haar rol in het oplossen van veel van de belangrijke hedendaagse vraagstukken in de zorg, is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

3 DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE IN ONZE TIJD

In dit hoofdstuk komt aan de orde welke rol de wijkverpleegkundige vandaag de dag speelt in belangrijke vraagstukken binnen de zorg. De zorgvraag verandert en de mogelijkheden van het zorgaanbod zijn sterk in ontwikkeling. De vraagstukken van vandaag zijn daardoor niet hetzelfde als die van gisteren. Er is een toename van vraag naar zorg in de eerstelijnszorg. Er komen meer ouderen en meer mensen met een chronische aandoening, die blijven langer thuis, met ernstiger beperkingen, en worden steeds ouder. Tegelijk kunnen wij anno 2009 zoveel meer in de cure dan vroeger het geval was. Kennis en technologie ontwikkelen zich doorlopend. Deze verworvenheden van de cure wil de burger benutten.

Beelden we ons nu de wijkverpleegkundige in: de wijkverpleegkundige speelde lang geleden een centrale rol in het bereikbaar maken van zorg voor grote groepen mensen die voorheen verstoken waren van gezondheidszorg. Dit is verleden tijd, basiszorg is voor iedereen beschikbaar, en daar heeft de wijkverpleegkundige nauwelijks een rol meer in. Daarmee is de wijkverpleegkundige niet van het toneel verdwenen. De rol van de wijkverpleegkundige is verschoven. In de naoorlogse periode, de bloeitijd van het kruiswerk, was de wijkverpleegkundige de generalist zoals we haar in het vorige hoofdstuk hebben beschreven. Ook die tijd is niet meer, want de zorg in de eerste lijn is op alle fronten doorgegroeid. Zo zien we heden ten dage een groot aantal technische mogelijkheden die er dertig jaar geleden niet waren, een toename van poliklinische verrichtingen, kortere ligduur in de ziekenhuizen, afbouwen van intramurale zorg. Heeft de wijkverpleegkundige nog wel iets te zoeken in deze moderne tijd? Wie zit te wachten op haar generalistische inzet in de zorg? Daarover gaat dit hoofdstuk.

3.1 DE ROL BIJ BELANGRIJKE VRAAGSTUKKEN IN DE ZORG

Om te beginnen de vraag naar de belangrijke ontwikkelingen in de zorg en de rol die de wijkverpleegkundige daar bij uitstek in kan spelen.

Tabel 2 *Hoofdpunten belangrijke ontwikkelingen in de zorg en rol van wijkverpleegkundigen daarbinnen*

| <i>Vraagstuk</i> | <i>Rol wijkverpleegkundige</i> | <i>Inbedding in bredere zorg</i> |
|---------------------------|---|---|
| Chronisch zieken | Zorgprogramma's | Samenwerking met huisarts, samenwerking met praktijkondersteuners, deelnemen aan aanbesteding. |
| Dementie | Case management | Case management combineren met generieke rol in de thuiszorgteams |
| Acute hoogcomplexere zorg | In gang zetten, volgen en evalueren adequate zorg | In gang zetten, monitoren en beëindigen zorg vanuit thuiszorgteam, initiëren ander zorgaanbod, bewaken overdracht naar ziekenhuis en naar huis, verbinding naar cure |
| Multi-morbiditeit | Waarborgen continuïteit en samenhang zorg | Grotere rol in specialistisch verpleegkundig handelen, afstemming met overig zorgaanbod en specialismen binnen verpleegkunde, signaleren tekortkomingen zorgaanbod, as met huisarts |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| Preventie | Voorkomen escalatie, beïnvloeden leefgedrag, stimuleren zelfzorg, preventieprogramma's | Initiëren ander zorgaanbod, signaleren tekortkomingen in zorgaanbod, deelname vanuit thuiszorgteam aan projectmatige preventieprogramma's en koppeling aan overig aanbod in de wijk |
| Maatschappelijke gezondheidszorg | Verbanden leggen met welzijn, huisvesting en hulpverlening in de wijk | Onderhouden wijknetwerk, initiëren hulpverlening, signaleren tekortkomingen in hulpverlening |

Chronisch zieken

Sinds enige tijd is de diabeteszorg vanuit de ziekenhuiswereld deels gesubstitueerd naar de huisartsenpraktijk. Het diabetes zorgprogramma voorziet in geprotocoliseerde behandeling van diabetes type II, veel voorkomend bij vooral ouderen.

Het kabinet wil straks vier chronische zorgvormen functioneel gaan bekostigen. Behalve diabetes zijn dat COPD-zorg, cardiovasculair risicomangement en zorg voor hartfalen. Door deze functionele bekostiging kan deze zorg systematisch en efficiënt in de eerstelijns worden ondergebracht.

De wijkverpleegkundige kan in de aanbesteding van deze zorgprogramma's een plek worden gegeven. Mocht de wijkverpleegkundige niet meegecontracteerd zijn in het zorgprogramma, dan zal zij altijd nog een verbindende schakel vormen tussen de uitvoering van het zorgprogramma en de eventuele thuiszorg. "De rol van de wijkverpleegkundige is gerelateerd aan beperkingen in de thuissituatie. Zo'n beperking kan bijvoorbeeld zijn: niet in staat zelf insuline te spuiten. Dat is dan de taak van de wijkverpleegkundige, en dat zit niet in de dbc. Deze beperkingen kunnen allerlei oorzaken hebben. Het is niet gezegd dat deze beperkingen het gevolg zijn van de aandoening waar de dbc voor is" (Nelleke Gruijters, LHV).

Dementie

Case management voor mensen met dementie krijgt steeds meer aandacht. De case manager speelt in veel gevallen al een rol voordat er sprake is van thuiszorg. Veel organisaties maken van dit case management een specialisme. Dit hoeft echter niet. Sommige organisaties bieden case management aan als onderdeel van het thuiszorgteam. "De specialistisch case manager kan heel goed door de wijkverpleegkundige worden uitgevoerd" (Rosemarie van Troost, Van Kleef Instituut, V&VN).

Acute hoogcomplexere zorg

Complexe en acute zorgvragen in de thuissituatie komen steeds vaker voor, veelal in relatie met behandeling in ziekenhuis en/of poliklinische behandeling. In deze situaties zijn een veelheid aan vragen aan de orde. Op de eerste plaats natuurlijk het zorggerelateerde probleem van de cliënt, waarvoor een goed zorgplan in werking moet worden gezet, inclusief afhandeling van de administratieve vereisten daaromheen, zondig in samenhang en samenwerking met de huisarts. Op de tweede plaats het voorlichten van de cliënt en de mantelzorgers en hen zondig helpen met het nemen van beslissingen en maatregelen. Op de derde plaats het leggen van verbindingen met ander zorgaanbod, zoals hulpmiddelen, maar ook naar andere maatschappelijke hulpverlening, zoals wo-

ningaanpassingen, mantelzorgondersteuning etc. Iedereen is het er over eens dat de wijkverpleegkundige voor deze taken buitengewoon goed geëquipeerd is.

Multi-morbiditeit

Veel ouderen en chronisch zieken hebben te maken met meerdere gezondheidsproblemen die om aandacht vragen. Wat daarvoor nodig is, is afstemming van het zorgaanbod. "De kernvraag is dan steeds: wat is de beste oplossing vanuit de positie van de cliënt. Bij ouderen speelt multiproblematiek. Daar is het gevaar van versnippering dus groot" (Rosmarie van Troost, Van Kleef Instituut, V&VN). Ziektegerelateerde specialisaties houden het risico in dat er veel zorgverleners over de vloer bij de cliënt komen, die geen van allen het overzicht over het totaal hebben. De respondenten in dit onderzoek waren het hier over eens: de wijkverpleegkundige is de persoon die deze onwenselijke situatie kan oplossen, want zij bewaart het overzicht en kan in belangrijke mate zelf specialistische kennis inbrengen. Waar nodig schakelt zij specialistisch verpleegkundigen in. De mate waarin specialisten nodig zijn, of niet, is onderwerp van discussie. Maar het principe "de wijkverpleegkundige houdt het overzicht en de regie" wordt door iedereen gedeeld.

Preventie

Er zijn verschillende vormen van preventie. Primaire preventie houdt in het voorlichten en beïnvloeden van brede bevolkingsgroepen om te voorkomen dat zij gezondheidsrisico's ontwikkelen. Bijvoorbeeld campagnes tegen roken. Secundaire preventie houdt in dat risicogroepen extra voorlichting krijgen om veelvoorkomende problemen te voorkomen. Bijvoorbeeld valpreventie bij ouderen. En tertiaire preventie betekent dat cliënten die te maken hebben met een gezondheidsprobleem op een verantwoorde manier leven en handelen om te voorkomen dat de gezondheidsproblemen terugkomen of (te snel) verergeren of compliceren. De wijkverpleegkundige heeft preventie voor deze laatste doelgroep, de cliënten die in zorg zijn, hoog in het vaandel staan. Daarbij hoort ook dat de wijkverpleegkundige de cliënt zelf leert om te gaan met de ziekte en effecten zodat professionele zorg kan worden afgebouwd. Wijkverpleegkundigen worden ook betrokken bij secundaire preventieprogramma's, waarbij van hun kennis op projectbasis of structureel gebruik wordt gemaakt om bepaalde bevolkingsgroepen voor te lichten.

Maatschappelijke gezondheidszorg

Vanuit de cliënt bezien houdt een gezondheidsprobleem verband met vele aspecten van het leven. Daarom heeft een cliënt niet alleen te maken met het ziekenhuis en de huisarts, maar ook met de thuiszorg, en ook met overige maatschappelijke hulpverlening zoals huisvesting en ondersteuning. De wijkverpleegkundige heeft de opdracht om het probleem van de cliënt vanuit een holistische visie te benaderen en niet alleen vanuit de zorggerelateerde problematiek. Daarom is de wijkverpleegkundige bij uitstek de persoon om de verbanden te leggen met andere vormen van hulpverlening. Tot de instrumenten van de wijkverpleegkundige behoort ook haar kennis van de sociale kaart van wijk of dorp. Randvoorwaarde is natuurlijk wel dat zij binnen een duidelijk omliggend territorium opereert en ook de kans krijgt om haar netwerk op te bouwen binnen wijk of dorp. Eigenlijk gelden voor alle hier genoemde rollen van de wijkverpleegkundige belangrijke randvoorwaarden, die lang niet altijd vervuld worden. We komen in het volgend hoofd-

stuk te spreken over deze en andere randvoorwaarden voor het functioneren van de wijkverpleegkundige.

3.2 HET BELANG VOOR DE CLIËNT

De wijkverpleegkundige staat dicht bij de cliënt waardoor zij goed weet waar de cliënt behoefte aan heeft. Alle hulpverleners in de zorg werken natuurlijk in het belang van de cliënt. Daarin onderscheidt zich niet de rol van de wijkverpleegkundige. Wat haar vooral bijzonder maakt voor de cliënt, is het leveren van maatwerk, langdurig contactpersoon zijn, vertrouwen geven in de continuïteit van de zorg, en de cliënt leren de eigen zelfstandigheid te herwinnen.

Zorg op maat

De wijkverpleegkundige levert zorg op maat voor individuele cliënten met ieder hun eigen vraag.

Minder gezichten

De wijkverpleegkundige beperkt het aantal verschillende zorgverleners dat over de vloer komt bij de cliënt. "Minder wisselend personeel over de vloer bij de cliënt heeft als voordeel dat een beperkt aantal vaste zorgverleners de cliënt beter leren kennen. In het andere geval zullen veel wisselende zorgverleners de cliënt allemaal een beetje leren kennen, hetgeen net niet goed genoeg is" (Nelleke Hoogedoorn, Buurtzorg Nederland).

Continuïteit

De wijkverpleegkundige coördineert complexe situaties en zorgt voor samenhang. De wijkverpleegkundige werkt daarbij vanuit het perspectief van de cliënt, als belangenbehartiger van de cliënt. Daardoor kan de wijkverpleegkundige goed de rol op zich nemen van vertrouwenspersoon, de hulpverlener die meer dan andere hulpverleners de cliënt vertrouwen inboezemt rondom het gehele zorgproces.

Zelfzorg

De wijkverpleegkundige helpt de cliënt de situatie weer in eigen hand te nemen waardoor de zorg kan worden afgebouwd. "Een belangrijk aandachtspunt voor de wijkverpleegkundige is het regelen van zelfhulp, het zorgen dat de cliënt in staat is zijn ziekte zelf te managen" (Rosemarie van Troost, Van Kleef Instituut, V&VN). Daarbij mobiliseert de wijkverpleegkundige ook het sociale systeem rondom de cliënt.

3.3 HET BELANG VOOR OVERIGE STAKEHOLDERS

De wijkverpleegkundige heeft ook een bijzondere betekenis voor een aantal zorgverleners en -organisaties. Zij hebben iets verloren bij de stelselmatige neergang van de wijkverpleging de afgelopen decennia. Hoewel deze stakeholders zelf ook niet stil zijn blijven staan, en de inhoud van hun werk ingrijpend gewijzigd is, blijft de wijkverpleegkundige voor hen een cruciale schakel in de zorg. We gaan hier in op de meerwaarde

zoals deze wordt ervaren door huisartsen en ziekenhuizen. We voegen daar ook een belangrijk aspect aan toe: de meerwaarde die de wijkverpleegkundige kan betekenen in het beheersen van de uitgaven in de zorg.

Voor de huisarts

De as huisarts – wijkverpleegkundige is al meermalen genoemd. De meerwaarde van deze samenwerking voor de huisarts en de maatschappij als geheel wordt door alle respondenten genoemd als een kostbaar bezit dat zo goed als verloren is gegaan, maar op sommige plaatsen weer in ere wordt hersteld. Nelleke Gruijters, LHV: “de LHV pleit voor een goede koppeling van wijkverpleegkundige aan huisarts. Dus bij een vast huisarts horen vaste wijkverpleegkundigen. In het verleden was dit zo in de gezondheidscentra. Maar daar is ook verwatering opgetreden”. De LHV heeft hier speciaal een boekje over uitgebracht vol praktische tips³.

Wat zijn concreet de bijdragen die de wijkverpleegkundige levert aan de huisartsenzorg? We sommen ze hier op. De wijkverpleegkundige ...

- ... stemt cure en care in de eerstelijns af, waardoor huisarts en thuiszorg voor de cliënt met één stem spreken en samenwerken;
- ... is de rechterhand van de huisarts, in complexe situaties waar veel aan de hand is;
- ... snapt waar het om gaat en geeft de huisarts het vertrouwen dat de situatie thuis goed in de gaten wordt gehouden;
- ... regelt alle (flankerende) zorg en ondersteuning die het gevolg zijn van de aandoening in het verlengde van de behandeling door de huisarts;
- ... voorkomt escalatie en voorkomt dat de cliënt onnodig weer gezondheidsproblemen ontwikkelt waarvoor de cliënt een beroep moet doen op de cure, de huisarts;
- ... instrueert de cliënt over diens leefwijze, in het verlengde van de behandeling door de huisarts;
- ... kan specialistische handelingen verrichten in het verlengde van de behandeling door de huisarts;
- ... regelt de noodzakelijke communicatie met instanties rondom bureaucratische vereisten;
- ... signaleert problemen thuis die de huisarts dient te weten maar zelf niet kan waarnemen.

Voor het ziekenhuis

Ook de relatie ziekenhuis – wijkverpleegkundige is een bijzonder nuttige. Rosemarie van Troost (Van Kleef Instituut, V&VN): “opnames zijn tegenwoordig kortdurend, vaak maar enige dagen, en dan komt de cliënt thuis met een behoefte aan verpleegkundige nazorg. Deze cliënten zijn onthand. Hier kan de wijkverpleegkundige zorgen voor het vangnet. Vooral de regierol is belangrijk”.

³ Rijdt, dr. A.H.J van de – van de Ven: *Samenhangende zorg in de eerstelijns. De as huisartsen – wijkverpleegkundigen*. V&VN, LHV, NHG. Eindhoven.

In de hierboven gegeven opsomming van de zorgvraagstukken waar de wijkverpleegkundige een belangrijk aandeel in kan hebben, ligt de associatie met het ziekenhuis al voor de hand. Op deze plaats een opsomming van de concrete winstpunten van de wijkverpleegkundige inzet voor de ziekenhuiszorg.

De wijkverpleegkundige ...

- ... maakt een vlotte overgang mogelijk van het ziekenhuis naar huis en kan de cliënt voorbereiden op een ziekenhuis opname;
- ... maakt door haar inzet thuis een verkorting van de ligduur in het ziekenhuis mogelijk;
- ... draagt bij aan minder verkeerde bedproblematiek;
- ... leidt de zorg die nodig is na een ziekenhuisopname in goede banen;
- ... schenkt de cliënt vertrouwen dat de zorg thuis goed is geregeld en het ziekenhuisontslag verantwoord is;
- ... voorkomt escalatie en daardoor heropnamen (tertiaire preventie).

Beheersen zorguitgaven

Het belang van de wijkverpleegkundige voor huisarts en ziekenhuis is hierboven aan de orde geweest. Kort gezegd is de wijkverpleegkundige goed geëquipeerd om een brug te slaan tussen cure en care in de thuissituatie, niet alleen vanuit een zorginhoudelijk oogpunt, maar vooral ook om e.e.a. organisatorisch goed te laten verlopen.

Er is een tweede aspect wat door de respondenten naar voren wordt gebracht, namelijk het kostenaspect. De samenleving vraagt om kwalitatief zeer goede en tegelijk betaalbare zorg. De wijkverpleegkundige voorkomt onnodige uitgaven, doordat zij voorkomt dat problemen onnodig escaleren, doordat zij de cliënt helpt de zorg in eigen hand te nemen, doordat zij het sociale steunsysteem rondom de cliënt mobiliseert, doordat zij substitutie van de tweede naar de eerstelijns mogelijk maakt, doordat zij een belangrijk aandeel heeft in het langer thuis kunnen blijven wonen.

3.4 PRAKTIJKVOORBEELDEN

We beschrijven hier enkele praktijksituaties waar de wijkverpleegkundige aan het werk is. Deze voorbeelden maken de diepte en breedte van het werk goed zichtbaar.

Thuiskomst na ziekenhuisopname

Het komende voorbeeld is afkomstig uit de praktijk van een wijkverpleegkundige in Heusden, werkzaam bij Thebe.

Een terminale patiënte, 58 jaar oud, wordt op een vrijdagmiddag uit het ziekenhuis ontslagen. Haar man, tien jaar ouder, heeft zelf kanker en is bezig met een chemokuur. Deze vrouw komt thuis met een jenunumsonde, dat is een soort maagsonde die tot in de darmen loopt. Maar er is geen pomp, geen voeding, geen morfine, niets. Het is vrijdagmiddag 16.00 uur.

De eerste rol van de wijkverpleegkundige is rust bewaren. De vrouw is niet gerust. Op de tweede plaats komt de voeding aan de orde. Ze belt met het ziekenhuis, de oncoloog, om

het protocol van de jejunumsonde op te vragen. Het ziekenhuis heeft geen protocol. Ze vraagt röntgenfoto's. Ook faxt ze het ziekenhuis om morfine.

Om vijf uur belt ze de huisarts via zijn mobiel nummer. De huisarts besluit om diezelfde avond nog langs te komen. In de tussentijd regelt de wijkverpleegkundige voeding en zakken voor de pomp, via de fabrikant, die dezelfde avond nog worden gebracht. Tot slot zorgt zij ervoor dat er intensieve thuiszorg op gang komt. De uitvoeringsverzoeken die de huisarts moet ondertekenen maakt ze zovast gereed. De huisarts en zij hebben een goede verstandhouding en de huisarts vertrouwt op haar oordeel.

Helaas is deze patiënt een week later overleden. De indicatie van het CIZ kwam ook ongeveer na een week binnen. "De patiënt had geen 110 code geïndiceerd gekregen, dat wil zeggen, geen verpleegtechnisch handelen. Het CIZ is namelijk van oordeel dat de jejunumsonde een vorm van voeding is, en niet een vorm van verpleegtechnisch handelen". "Het feit dat een indicatie nodig is, is op zich niet slecht, ook de procedure is niet het probleem. Het probleem zit hem vaak in de uitvoering: er gaat te vaak iets mis bij de indicaties. Vooral bij complexe zorg is de indicatie in 80% van de gevallen niet passend. De indicatiestelling wordt per telefoon gesteld, en het is heel moeilijk om een juiste inschatting van de situatie te krijgen".

Samenwerking wijkverpleegkundige – huisarts

De wijkverpleegkundige kan door haar brede kennis problemen herkennen die anderen over het hoofd zien. Door haar brede kennis is zij ook breed inzetbaar. Ze combineert kennis van het vak met kennis van de cliënt.

Wondzorg begint in de meeste gevallen wondverzorging in de huisartsenpraktijk. We hebben een voorbeeld uit Maassluis, waar de wondzorg zoveel mogelijk wordt uitgevoerd door wijkverpleegkundigen.

Hoe werkt dat in Maassluis? De wijkverpleegkundige krijgt in veel gevallen een verzoek van de huisarts middels de "verkorte uitdraai" uit het HIS, het huisartseninformatiesysteem, waar zij overigens ook (beperkt) toegang toe hebben. De wijkverpleegkundige regelt direct de zorg door middel van een SIP, standaard indicatie protocol, zodat er niet gewacht hoeft te worden op een formele indicatie.

De wijkverpleegkundige neemt de wondzorg voor haar rekening. Er kunnen zich allerlei situaties voordoen. Treedt er geen verbetering op, dan zal de wijkverpleegkundige, naar bevinding van zaken, contact opnemen met de huisarts. En mogelijk volgt een gezamenlijk huisbezoek. Stel, er is een vermoeden dat er iets met de bloedsomloop niet in orde is, dan kan de wijkverpleegkundige een digitale wondfoto maken en toezenden aan de dermatoloog; zij hebben deze vaardigheid geleerd. Als de wijkverpleegkundige vragen heeft rondom de wondverzorging, dan kan zij contact opnemen met de wondverpleegkundige van de ziekenhuizen maar ook met de verpleegkundige van de fabrikant van de hulpmiddelen. Dit korte voorbeeld illustreert het vermogen van de wijkverpleegkundige om situaties te beoordelen en er naar te handelen.

In de praktijk zal niet alleen de wijkverpleegkundige een rol spelen bij wondverzorging. Vaak zijn hier wijkziekenverzorgenden bij betrokken. Vaak ook specialistisch verpleegkundigen. Wondzorg is een terrein waar de ene keer vooral een specialistisch verpleegkundige bij betrokken is, en de andere keer de meer generalistisch wijkverpleegkundige.

Beide opties zijn goed. Heeft de wijkverpleegkundige al een rol in de zorg voor een bepaalde cliënt, dan is het prettig om de wondverzorging in eerste instantie bij haar te laten. Is een cliënt verder niet in zorg, dan kan de specialistische verpleegkundige de zorg overnemen vanuit het ziekenhuis⁴.

Acute en complexe vraagstukken

Hier volgt een tweede voorbeeld uit Maassluis, een cliënt die een terminale ziekte heeft, en daarvoor een nefrodrain vanuit de nier heeft gekregen. De cliënt woont thuis om daar te sterven.

Bij het eerste bezoek na terugkomst uit het ziekenhuis blijkt dat de nefrodrain het niet doet. Paniek, vooral ook bij de familie, die het circus van ambulances, opnames etc. al weer ziet aankomen. De wijkverpleegkundige stelt hen gerust en belt de huisarts. Die is op dat moment nog even bezig met de laatste cliënt. Het is vrijdagmiddag 16.30. De huisarts weet wie er belt, en weet dat de wijkverpleegkundige dat niet doet voor een kleinigheidje. Na 5 minuten belt hij terug. Hij geeft de suggestie om de slang even wat te bewegen, en onderwijl belt hij naar de uroloog van het ziekenhuis om raad. Al na 15 minuten belt de huisarts terug: het is mogelijk om de nefrodrain door te spuiten met fysiologisch zout. Dan zou hij het weer moeten doen. Inmiddels heeft de wijkverpleegkundige door de slang wat te bewegen de doorloop van urine weer op gang gebracht en het probleem is opgelost.

In deze acute situatie, die zich voordeed tijdens een eerste bezoek van de wijkverpleegkundige na terugkomst uit het ziekenhuis, is snel gehandeld. En de goede samenwerking tussen wijkverpleegkundige en huisarts maakte dat mogelijk. Was het anders gelopen, dan had de cliënt hoogstwaarschijnlijk weer teruggemoeten naar het ziekenhuis.

Case management dementie

In Amsterdam Zuid-Oost en Nieuw West is een meldpunt dementie gestart. Huisartsen melden mensen met mogelijke dementie aan bij het meldpunt. De cliënten krijgen een diagnose in het ziekenhuis, en krijgen dan hulp van een case manager. De case manager heeft tot taak de betrokkenen voor te lichten, adviezen te geven en de hulp in gang te zetten. De case manager komt regelmatig langs bij de cliënt.

Veelal zijn de case managers in Zuid-Oost en Nieuw-West gespecialiseerde verpleegkundigen. Zij zijn dus niet werkzaam vanuit de reguliere thuiszorgteams, maar vormen een specialistisch team. Zij zijn dan ook niet werkzaam als wijkverpleegkundigen.

Buurtzorg Nederland levert ook case management in Amsterdam, maar niet door gespecialiseerd verpleegkundigen, maar door wijkverpleegkundigen. Buurtzorg is ook aangesloten bij de meldpunten dementie in Amsterdam. Buurtzorg ziet case management als één van de rollen voor de generalistisch werkende wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige van Buurtzorg is voor een aantal van de cliënten in de wijk case manager. Voor andere cliënten heeft ze weer een andere rol. Het is in de optiek van Buurtzorg niet per se nodig het case management te specialiseren.

⁴ Het project praktijkgebonden thuiszorg Maassluis is beschreven in Rosendal, H., De Graaff, F.: *Praktijkgebonden thuiszorg: In Maassluis een succes!* Hogeschool Leiden, Careyn en Van Kleef Instituut. 2008.

Regievoering door de wijkverpleegkundige rondom dementie

Case management is niet overal in het land beschikbaar. In dat geval kunnen oplettende huisartsen er voor zorgen dat de reguliere thuiszorg wordt ingezet. Bijvoorbeeld in Heusden, waar geen case management aanwezig is zoals in Amsterdam in het voorbeeld hierboven. Indien een situatie zich voordoet, wordt deze taak ingevuld door de wijkverpleegkundige van het thuiszorgteam. Dat de generalistisch werkende wijkverpleegkundige dit prima kan, bewijst het volgende voorbeeld van een echtpaar dat kortgeleden in Heusden is komen te wonen. Beiden zijn circa 75 jaar oud. Ze hebben besloten hun boerderij van de hand te doen en naar Heusden te verhuizen, waar de vrouw nog wat hoopt te doen in de antiekhandel. De man is dementerend.

De huisarts heeft het eerste contact met het echtpaar waarbij hij zich bewust wordt van de dementie van de man. Hij haalt de wijkverpleegkundige er bij omdat hij problemen voorziet in de thuissituatie. Binnen een AIV indicatie heeft de wijkverpleegkundige de mogelijkheid om een keer of vier op huisbezoek te gaan en het noodzakelijke te regelen.

De wijkverpleegkundige schat in dat het om een vergevorderd geval van Alzheimer gaat. Een diagnose, zoals in het Amsterdamse voorbeeld, is er niet. De verhuizing heeft de patiënt bepaald geen goed gedaan: zijn dementie is er door verslechterd. Zij denkt ook aan een vasculaire oorzaak van de dementie en houdt rekening met de specifieke gevolgen daarvan. De man is lichamelijk zwak, kan niet de trap op. En zijn echtgenote kan de situatie eigenlijk nauwelijks aan. De verhuizing heeft veel van hun energie gevegd. De wijkverpleegkundige delegeert een aantal zaken naar de wijkzorgenverzorgende uit het team. De wijkzorgenverzorgende krijgt de rol van zorgcoördinator, zoals alle cliënten hun eigen zorgcoördinator hebben.

Om mevrouw te ontlasten regelt de wijkverpleegkundige een indicatie voor ondersteunende begeleiding en persoonlijke verzorging. Binnen deze indicatie kan de wijkzorgenverzorgende zes maal per week de cliënt verzorgen. Eens per week is er ruimte om hem uitgebreider te verzorgen, en in die anderhalf uur heeft mevrouw de gelegenheid om boodschappen te doen.

De wijkverpleegkundige regelt incontinentiemateriaal, aanpassingen in de woning. Ze besluit om na een maand een herhalingsbezoek te brengen, waarvoor de AIV indicatie nog wat ruimte biedt. De cliënt gaat sneller achteruit dan gedacht. De man is bedlegerig en er dreigt decubitus. De situatie is dermate ernstig dat in overleg met de echtgenote tot opname wordt besloten. Zover is het echter nooit gekomen want de cliënt is overleden voor er een plaats vrij kwam.

Als case manager wilde deze wijkverpleegkundige de belangenbehartiger zijn voor de cliënt. Praktisch betekende dat, dat zij van alles regelt. Omdat zij geen gespecialiseerd case manager is voor deze doelgroep, kosten sommige dingen haar mogelijk meer tijd. Daar staat tegenover dat zij heel goed op de hoogte is van de lokale situatie en snel contacten kan leggen met andere hulpverleners. Het generalistische karakter van de wijkverpleegkundige heeft voordelen en nadelen.

Consultatiebureau voor senioren

Een vorm van secundaire preventie vinden we bij Careyn in Maassluis. Daar is een consultatiebureau voor senioren in het leven geroepen. Senioren, die een verhoogd gezond-

heidsrisico hebben, krijgen via hun huisarts het advies contact op te nemen met het consultatiebureau. De cliënten bepalen zelf of zij daar op ingaan. De wijkverpleegkundige van het consultatiebureau heeft vervolgens een gesprek waarbij een lijst met vragen wordt afgewerkt, bloeddruk en bloedsuikergehalte wordt gemeten. De vragen gaan ook over leefstijl. Doel is in een vroegtijdig stadium problemen en risico's op te sporen en aanknopingspunten te vinden voor aanpassing van slechte leefgewoonten.

Er is subsidie gekregen van ZonMW en in Maassluis betaalt de gemeente gedurende een jaar aan het project mee vanuit de WMO.

Chronische ziekte en zelfzorg

Een cliënt van Buurtzorg heeft Parkinson. De cliënt krijgt huishoudelijke ondersteuning en persoonlijke verzorging. Vanuit Buurtzorg wordt de cliënt geholpen door een wijkverpleegkundige en een wijkzickenverzorgende.

De laatste tijd is de Parkinson verslechterd, en de cliënt, die behoorlijk aan het gewicht is, zit eigenlijk alleen nog maar. Er is nu een risico op decubitus. Daarnaast roept de verslechterende situatie bij de familie veel vragen op. De wijkverpleegkundige van Buurtzorg kan de cliënt en de familie voorbereiden op wat er gaat komen. Zij kan vertellen wat de cliënt zelf kan doen om de situatie zo goed mogelijk onder controle te houden. Zij kan zorg voor de cliënt met een gerust hart delen met een wijkzickenverzorgende en houdt ondertussen een oogje in het zeil.

Afbouwen zorg

Wijkverpleegkundige kunnen door hun kennis en inzicht beter beoordelen of een cliënt voldoende zorg heeft of misschien te veel. Een wijkverpleegkundige van Omring noemde het volgende voorbeeld van een cliënt die 30 uur zorg per week kreeg. Op zich begrijpelijk, want in het verleden was deze zorg door ernstige gezondheidsproblemen nodig. Maar de situatie was inmiddels een stuk verbeterd, en eigenlijk kon de cliënt het nu voor een belangrijk deel weer zelf af. Het team wijkzickenverzorgenden heeft plichtsgetrouw al die jaren de indicatie ingevuld. Tot de wijkverpleegkundige weer terug kwam in het team en constateerde dat de zorg makkelijk terug kon naar 10 uur, wat in overleg met de cliënt ook is gebeurd.

Valpreventie

Het laatste voorbeeld dat we hier noemen is het project valpreventie van Buurtzorg, de risico-inventarisatie valgevaar verzorgingshuisbewoners, een voorbeeld van secundaire preventie. Buurtzorg maakt gebruik van methodieken die mede door henzelf ontwikkeld zijn. In deze gestructureerde methodieken wordt een brede risico inventarisatie gedaan bij de potentiële risicogroep: de afname van een vragenlijst, een handknijpkrachtmeting, een beoordeling van de medicatie, een beoordeling van de woning en de loophulpmiddelen enzovoorts. Buurtzorg stelt een "valkalender" op voor de cliënt en bespreekt die regelmatig.

4 DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE BEHOUDEN VOOR DE TOEKOMST

Als iedereen het zo eens is over het belang van de wijkverpleegkundige, waarom is zij dan langzamerhand van het toneel verdwenen? Dat is dan toch op zijn minst merkwaardig? Hier moet gewezen worden op het ontbreken van randvoorwaarden die voor het functioneren van de wijkverpleegkundige noodzakelijk zijn.

Willen we de wijkverpleging weer tot bloei laten komen, en de respondenten uit dit onderzoek delen deze doelstelling, dan moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Deze hebben te maken met de inbedding van de wijkverpleegkundige in de organisatie en met externe factoren. We starten met de interne randvoorwaarden, en daarna komen we te spreken over de externe randvoorwaarden.

4.1 DE ORGANISATORISCHE RANDVOORWAARDEN

De meerwaarde van de wijkverpleegkundige is te verzilveren als aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Deze worden hieronder benoemd.

Wijkverpleegkundige opereert vanuit team

De eerste randvoorwaarde is: de wijkverpleegkundige werkt niet als zelfstandige entiteit, maar maakt haar mogelijkheden waar dankzij inbedding in een thuiszorgteam.

De wijkverpleegkundige is binnen de teams de "primus inter pares". Zij is degene die de zorg in werking zet en afsluit. Zij is degene die de regie heeft over de zorg voor de cliënt. Zij is degene die het zorgplan opstelt en monitort. Zij onderhoudt de contacten met de huisarts. Maar dat niet alleen: ze levert ook daadwerkelijk zorg bij de cliënt. Zij is, in de kern, de integrale medewerker die voldoende van alle markten thuis is om overzicht te houden over het totaal en een belangrijk deel van de concrete zorgbehoefte van de cliënt invult.

Voor haar collega's in het team is zij niet de formeel leidinggevende, maar de facto wel de senior waar de wijkzorgenverzorgende terecht kan met al haar vragen. De wijkverpleegkundige is degene die de andere medewerkers inhoudelijk aanstuurt. Zoals bijvoorbeeld bij Thebe: "de wijkverpleegkundige kan haar werk vooral ook goed doen dankzij jaren ervaring. Ze heeft een goede relatie met de huisarts. In Heusden is zij leidend in het team. De wijkzorgenverzorgenden zijn erg leergierig, het is een fijn leerpubliek, ze willen alles weten: wat is hartfalen, hoe moet ik oogdruppelen. De wijkverpleegkundige heeft een belangrijke coachende rol. De wijkverpleegkundige deelt met de wijkzorgenverzorgende terminale zorg. De medewerkers bellen haar als ze iets niet weten" (Michel Wijngaards, Thebe).

De meerwaarde van de wijkverpleegkundige is gelegen in het uitvoeren van bovengenoemde rollen. De uitvoering van die taken ligt bij het kennis- en ervaringsniveau dat daar de competenties toe heeft, en dat is de wijkverpleegkundige. Zonder wijkverpleegkundige zou een team niet in staat zijn om ingewikkelde vragen rondom een cliënt goed in te schatten en daar de juiste zorg voor in gang te zetten, zou een team niet in staat zijn aan te sluiten bij de huisartsenpraktijk.

De andere medewerkers in het team - verpleegkundigen in de wijk en wijkziekenverzorgeren - hebben uiteraard ook hun onmisbare rol in het geheel.

Team werkt wijkgericht

De tweede randvoorwaarde is: het team werkt wijkgericht. De wijk is een begrensbaare en herkenbare ruimtelijke eenheid. Het kan een deel van een stad zijn, een buurt, maar ook een dorp.

Wijkgericht werken betekent dat het thuiszorgteam alle cliënten in een bepaalde wijk bedient. Bovendien onderhoudt het team relaties met andere dienstverleners in de wijk. De wijkverpleegkundige hierbinnen heeft de rol om de sociale kaart van de wijk goed te kennen en een netwerk op te bouwen met andere (maatschappelijke) organisaties. Zoals bij Omring: "concreet is het doel van ons project 24-uurs zorg in Middenmeer, een vast aanspreekpunt voor de inwoners, intensieve samenwerking met huisartsen, coördineren dagverzorging, organiseren buddy, versterken sociale netwerk rond cliënt, verbinden van welzijn, zorg en vrijwilligers" (Hanneke van den Berg, Omring).

In een landelijke regio moet "wijkgericht werken" ruim worden opgevat. De spoeling is dun. Dat maakt de zorgverlening logistiek niet eenvoudig. In sommige regio's concentreert de bebouwing zich in dorpen en is het buitengebied dun bevolkt. In andere gebieden is juist het buitengebied behoorlijk bevolkt en zijn de dorskernen klein. Nederland is wat dat betreft een afwisselend land. Ieder van die situaties stelt eigen eisen aan de werkwijze van de thuiszorgteams.

Kleine teams

Buurtzorg werkt met kleine teams van 12 medewerkers, samen circa 7,5 fte. Zo'n team bedient een wijk met een omvang van zo'n 15- 20.000 inwoners. Gemiddeld heeft het team 34 cliënten in zorg⁵. Deze omvang beschouwt Buurtzorg als optimaal, rekening houdend met de benodigde competenties en beschikbaarheid aan de ene kant, en de behoefte aan overzicht – de menselijke maat – aan de andere kant. Een team van 12 is een effectief team. In een team werken wijkziekenverzorgeren, verpleegkundigen in de wijk en wijkverpleegkundigen samen.

Kleine teams en wijkgericht werken gaan goed samen. Maar de praktijk is niet zo eenvoudig. Wijken en dorpen – laat staan het buitengebied – zijn zeer verschillende eenheden qua grootte en karakter. Het is te eenvoudig om te veronderstellen dat een team van 12 altijd perfect past op zo'n ruimtelijke eenheid. In de praktijk moeten daarom keuzes worden gemaakt: werkt een team in een groter gebied, of opereren er juist meerdere teams in één wijk.

Vanuit organisatorisch oogpunt komt de vraag op of het uitgangspunt van 12 wel een efficiënt beginsel is. Organisaties die, geïnspireerd door Buurtzorg, hun thuiszorgteams omvormen worstelen met dit vraagstuk.

⁵ Maatschappelijke Business Case Buurtzorg Nederland, maart 2009.

Team werkt samen met huisarts

Een randvoorwaarde is ook dat de samenwerking met de huisarts wordt hersteld. Op de eerste plaats is dit een concrete samenwerking tussen de wijkverpleegkundige en de huisarts. Op de tweede plaats is dit een afstemming van het werk van de huisartsenpraktijk met dat van het thuiszorgteam.

In Maassluis werkt Careyn met aan huisartsenpraktijken gekoppelde wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen hebben structureel overleg met hun eigen huisartsen (één wijkverpleegkundige op twee of drie huisartsen) en stemmen de werkzaamheden van het thuiszorgteam af op de vragen die bij de huisartsen binnen komen. Dit tandem is beter in staat om de zorgvragen op te lossen die op het grensvlak liggen van cure en care, en de meerwaarde van de wijkverpleegkundige in de zorg komt juist in dit segment van de zorg goed tot zijn recht. In een aantal van de praktijkvoorbeelden in het vorige hoofdstuk is dat ook duidelijk zichtbaar.

Ook Buurtzorg zoekt nadrukkelijk de aansluiting bij de huisartsen, om dezelfde reden: de complexe vraagstukken die op het grensvlak van cure en care liggen, vergen een gecoördineerde aanpak van huisarts en wijkverpleegkundige.

Tot zover de theorie; de praktijk is minder eenvoudig. Huisartsenpraktijken hebben hun cliënten vaak verspreid over een plaats wonen. Huisartsenpraktijken zijn zeer verschillend in grootte (zelfstandig versus HOED). Dat betekent dat een koppeling van één thuiszorgteam aan één huisartsenpraktijk eerder toeval dan regel is. Ook gaat praktijkgericht werken niet goed samen met wijkgericht werken in kleine teams omdat de huisarts over de grenzen van de wijk heen werkt. Er moeten hoe dan ook keuzes worden gemaakt waarin rekening wordt gehouden met reistijd, belang van de cliënt, de specifieke situatie.

Team werkt samen met ziekenhuis

Net als de relatie wijkverpleegkundige – huisarts is ook de relatie wijkverpleegkundige – ziekenhuis van belang. De wijkverpleegkundige vormt de rode draad in de zorg voor de cliënt die tijdelijk wordt opgenomen in het ziekenhuis. De wijkverpleegkundige kan de opname voorbereiden en kan de thuiskomst begeleiden. De zorg die verband houdt met de ziekenhuisopname kan zij voor haar rekening nemen, en de werkzaamheden van het thuiszorgteam worden afgestemd op deze tijdelijke zorgvraag.

Daarom is het van belang dat de wijkverpleegkundige een relatie onderhoudt met het ziekenhuis. Dat kan zijn met de transferverpleegkundigen maar soms ook met de afdelingsverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige kan in bepaalde situaties ook de rol van de transferverpleegkundige op zich nemen.

Breed takenpakket

Een randvoorwaarde voor het benutten van de mogelijkheden van de wijkverpleegkundige, is er voor te waken dat haar takenpakket wordt uitgehold. De trend in veel organisaties is geweest de wijkverpleegkundige alleen nog maar in te zetten voor verpleegkundige handelingen die expliciet zijn geïndiceerd bij de cliënt (de functie verpleging, VP), en veel van deze verpleegkundige handelingen zijn dan ook weer dermate specialistisch dat zij in de handen van een specialistisch team werden gelegd. Voor de wijkverpleegkundige bleef geen werk over.

Alles hangt met alles samen. De hierboven genoemde randvoorwaarden – wijkgericht, praktijkgebonden – zijn alleen te verzilveren mét een breed inzetbare wijkverpleegkundige. Het is dus nodig om het takenpakket van de wijkverpleegkundige weer te verbreden.

De buurtteams van Buurtzorg opereren zo breed mogelijk. Zij worden niet gesecondeerd door een team thuiszorgtechnologie, door een specialistisch team, door een avond-weekend team, door een 24-uurs oproepbaar team.

In deze keuze staat Buurtzorg alleen. Andere thuiszorgorganisaties hebben naast de reguliere thuiszorgteams ook een specialistisch team en een team dat (op oproep) beschikbaar is in de avonden, nachten en weekenden. Dit laatste is ook zo ontstaan omdat de thuiszorgwerknemers dit zelf prettig vonden. Niet iedereen wil ingezet worden in avonden, nachten en weekenden. In het project Praktijkgebonden Thuiszorg Maassluis is er naast de reguliere teams bijvoorbeeld nog een avond-weekendteam, en een team voor de ongeplande (nacht)zorg.

Hier tekent zich het verschil af tussen Buurtzorg en de andere voorbeeldprojecten. De wijkverpleegkundigen van Buurtzorg werken breed, integraal, met een 7 x 24-uurs beschikbaarheid. De wijkverpleegkundigen van de andere voorbeeldprojecten werken minder breed en integraal, omdat hun werk aangevuld wordt vanuit specialistische teams, teams voor avond en weekend, en teams voor 24-uurs ongeplande zorg.

De verhouding tussen generalistische wijkverpleegkundigen en specialistische verpleegkundigen is een punt van discussie. Historisch gezien zijn de specialismen opgekomen in antwoord op de verbreding en verdieping van de verpleegkunde. Zoals een van de respondenten opmerkte: "de tijden zijn veranderd. Je hebt meer complexe zorgvragen dan vroeger. Nu heb je meer expertise nodig van allerlei ziektebeelden. Er is ook veel meer mogelijk thuis dan vroeger maar daar is ook veel meer kennis en deskundigheid voor nodig. De wijkverpleegkundige kan niet alle details over de behandeling en begeleiding van elk ziektebeeld weten" (Willeke Mayenburg, coördinator zorgprogrammering en kwaliteit ZorgBrug Gouda). "Wordt het erg complex of verslechtert de situatie of als er behoefte is aan overleg of een inhoudelijk advies, dan wordt de specialistische verpleegkundige ingeschakeld. Wijkverpleegkundigen behouden de regie en maken gebruik van de deskundigheid van andere disciplines" (Wilma Bijsterbosch, ZorgBrug).

Maar waarom specialistische taken niet integreren in de wijkteams? "Sommige problemen komen weinig voor. Het onderhoud van de kennis kost in de specialistische teams minder tijd en dus geld" (Anita van Duin, manager Draagnet, ZorgBalans Haarlem).

Hier wordt verschillend over gedacht. Buurtzorg gelooft niet in aparte teams voor aparte taken. Dit leidt alleen maar tot versnippering en onnodig veel zorgverleners over de vloer bij de cliënt. Specialistische kennis wordt op peil gehouden doordat medewerkers ieder een eigen aandachtsveld hebben waarvan zij alle ontwikkelingen bijhouden, en collega's kunnen hen daarover raadplegen. Deze opvatting krijgt elders bijval. "Een wijkverpleegkundige zou mogelijk ook een specialistische taak kunnen hebben. Bijvoorbeeld een aandachtsterrein waar ze voor 20% op werkzaam is, en de overige 80% generiek. Je ziet dat ook bij huisartsen. Een huisarts is per definitie generiek. Daarnaast ontwikkelen een toenemend aantal huisartsen zich tot kaderarts. Zij verwerven specifieke deskundigheid op een bepaald gebied en vervullen daarmee een consultancy-functie voor andere huisartsen" (Nelleke Gruijters, LHV). En in de praktijk vinden wijkverpleegkundigen zo nodig wel de kennis die zij zoeken, soms op onverwachte manier: "een leverancier van vacuüm-

pompen heeft een servicemedewerker in dienst die je kan benaderen met een vraag over de werking van het systeem. Daar heeft een wijkverpleegkundige bijvoorbeeld gebruik van gemaakt bij een cliënt met een grote huidwond" (Joske Pontier, wijkverpleegkundige Careyn Maassluis). De discussie of je specialismen moet afzonderen danwel juist moet integreren in wijkteams, zal blijven, zoals Michel Wijngaards (Thebe) opmerkt: "de discussie rond differentiatie, specialisatie, generalisatie, aandachtsvelden is al 100 jaar oud".

Zelfstandig

Hierboven is al enige malen aangegeven dat het principe van wijkgericht werken en praktijkgebonden werken niet altijd praktisch te combineren is. Kort gezegd: de realiteit is te divers voor een eenvoudige organisatorische formule die op alle voorkomende situaties een adequaat antwoord geeft.

Toch is ook hier een helder uitgangspunt mogelijk, dat wel degelijk een antwoord geeft op de grilligheid van de dagelijkse werkelijkheid: leg de besluitvorming rond de inzet van de thuiszorg aan de basis, bij het thuiszorgteam, bij de wijkverpleegkundige. Dit sluit aan bij de wens die de werknemers zelf hebben. Stel dat het gros van de zich voordoende situaties, zorgvragen, zijn te beantwoorden binnen een gestandaardiseerde organisatiestructuur en werkwijze. Die standaardisatie gaat echter niet op voor een minderheid van de zorgvragen. Voor die laatste zorgvragen komt het oplossend vermogen van de wijkverpleegkundige om de hoek kijken. Zij lost een casus op door over alle grenzen heen te kijken, in het belang van de cliënt en rekening houdend met de financiële randvoorwaarden.

Vanuit het belang van de organisatie en samenleving moet er dan ook aan enkele criteria worden voldaan, namelijk: a) alle zorgvragen in het eigen werkgebied worden adequaat beantwoord, en b) de teams opereren efficiënt. Deze criteria zijn altijd al zo geweest. De vraag is echter of je deze criteria moet realiseren door middel van een faciliterende middenlaag in de organisatie, of door de besluitvorming over te laten aan de teams zelf. Buurtzorg kiest voor het laatste, voor zelfsturende teams die de beschikking hebben over eigen tools om adequaat en efficiënt te kunnen werken. De meeste grotere VVT-organisaties hebben zich in de loop der jaren juist toegelegd op het eerste, op verfijnde organisatorische structuren voor ICT, planning, cliëntcontact, indicatiebemiddeling, wachtlijstregistratie, zorgregistratie etc. etc.. Hier tekent zich het fundamentele verschil af tussen Buurtzorg en andere organisaties. Inmiddels is wel een kentering zichtbaar: de traditionele organisaties versterken de basis.

Een belangrijke vraag is hoe deze zelfstandigheid aan de basis moet worden geborgd. Enkele principes zijn hierboven (impliciet) al aan de orde geweest

- **Regels en protocollen**
Het team werkt binnen een set aan regels en protocollen waarmee zij de meerderheid van de cases af kunnen handelen. Natuurlijk is er draagvlak voor deze regels en protocollen, mede omdat zij in overleg met de medewerkers zelf zijn ontwikkeld. Het team heeft verder de vrijheid om bij de overige zorgvragen zelf keuzes te maken. De wijkverpleegkundige is hier de aangewezen persoon voor.
- **Borging**

De beslissingsbevoegdheden aan de basis zijn begrensd binnen twee criteria: a) adequate zorg voor alle relevante zorgvragen in het werkgebied; b) efficiënt. De organisatie en de teams zelf moeten kunnen verifiëren of aan deze criteria van kosten en kwaliteit wordt voldaan.

➤ Tools

Het team beschikt over tools en bevoegdheden die hen helpen bij het organiseren van het werk, zodanig dat aan de twee eerder genoemde criteria wordt voldaan, en die hen in staat stelt de eigen prestatie in termen van kwaliteit en efficiency te meten.

➤ Cultuur

De teams opereren binnen een cultuur waarin begrippen als motivatie, leren, creativiteit en gezamenlijke verantwoordelijkheid centraal staan.

4.2 DE MAATSCHAPPELIJKE RANDVOORWAARDEN

In het bovenstaande zijn de belangrijkste randvoorwaarden benoemd waar organisaties zelf aan kunnen werken om de meerwaarde van de wijkverpleegkundige weer te verzilveren. Daarnaast zijn er belangrijke randvoorwaarden op het vlak van wet- en regelgeving. Twee maatschappelijke voorwaarden zijn van belang: de wettelijke basis voor de wijkverpleegkundige in de AWBZ en daarmee de bekostigingsstructuur, en het zelfstandige regelvermogen van de wijkverpleegkundige. Deze twee randvoorwaarden worden hieronder uitgewerkt.

Wettelijke basis wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige heeft een rol binnen de care in de eerste lijn. Dit domein is verankerd in de AWBZ. Wijkverpleging, zoals we het in deze rapportage hebben omschreven, is echter geen functie in de AWBZ. Er bestaat geen indicatie "wijkverpleging". Cliënten krijgen wel indicaties voor verpleging, begeleiding, verzorging en behandeling.

Kan de wijkverpleegkundige haar werk – zoals beschreven in deze rapportage - doen binnen de indicatie verpleging (VP)?

De beleidsregel prestatieomschrijvingen extramurale zorg beschrijft verpleging (VP) als: "verheldering van de gezondheidsproblematiek van de cliënt in verpleegkundige termen en hierop aansluitend de nodige verpleegkundige interventies uitvoeren, zoals verpleegtechnisch handelen, controle lichaamsfuncties, wond- en/of stomaverzorging, ondersteuning bij uitscheiding (katheter, etc.), medicijnen klaarzetten en toedienen, oefenen met persoon om zelf injecties te geven. VP-basis bevat tevens enige begeleiding tijdens de verpleging in de vorm van advisering, instructie en voorlichting over omgaan met ziekte, behandeling, therapie, hulpmiddelen, waar onder advisering van informele zorgers. VP-basis kan ook enige persoonlijke verzorging bevatten, voorzover die direct samenhangt met het verpleegkundig werk bij de cliënt ("80-20 regel"). Bij een structurele en substantiële inzet van ADL-hulp zal naast VP apart de functie "persoonlijke verzorging" worden ingezet en geregistreerd." VP-Extra voegt daar beschikbaarheid aan toe. VP-Special is bedoeld voor gespecialiseerde verpleegkundige hulp.

Uit het bovenstaande valt af te leiden dat de functie verpleging in de AWBZ (VP) gelijk staat aan verpleegkundig handelen, en niet of nauwelijks is bedoeld voor de bredere taken van de wijkverpleegkundige. Zorgaanbieders stemmen de formatie aan verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen af op de mate waarin de functie VP wordt geïndiceerd. Organisaties constateren dat het aantal verpleegkundigen dat bij hen werkt ruim is in relatie tot de indicaties die worden afgegeven. De algemene trend is dat organisaties het aantal wijkverpleegkundigen in de reguliere thuiszorgteams dan ook afbouwen omdat daar de financiële basis voor ontbreekt.

Kan de wijkverpleegkundige haar werk dan niet doen binnen de indicatie persoonlijke verzorging (PV)? Op deze vraag valt een zorginhoudelijk en een financieel antwoord te geven.

Eerst het zorginhoudelijke antwoord. Een wijkzorgenverzorgende kan – op basis van de wettelijke omschrijving van persoonlijke verzorging – niet zomaar de taken van de wijkverpleegkundige overnemen. De functie verzorging is als volgt omschreven: "PV-basis omvat activiteiten op de volgende gebieden: 1) hulp bij ADL-taken, namelijk zich wassen, zich kleden, beweging en houding (waar onder in/uit bed gaan), eten en drinken, toiletgang, eventueel ook de controle van lichaamsfuncties; 2) hulp bij beperkingen op het vlak van zelfverzorging van haren, sieraden omdoen, zich opmaken, scheren, mond- en gebitsverzorging, hand- en voetverzorging, aanbrengen en uitdoen van prothesen, hoortoestel aan of uitzetten, bril opzetten en poetsen, medicijnen klaarzetten en toedienen. PV-basis bevat ook advies, instructie en voorlichting aan de cliënt die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging, waar onder hulp bij medicijngebruik of stimulering van de cliënt bij het deels zelf uitvoeren van activiteiten. Hiertoe behoort ook het desgevraagd adviseren van informele zorgers van de cliënt". Kortom, de indicatie verzorging is bedoeld voor verzorging, en niet voor de taken die we tot de wijkverpleging rekenen.

Een andere vraag is of de indicatie PV financieel uitkomt om een wijkverpleegkundige aan het werk te zetten. Kijken we naar het tarief van de functie verzorging, dan luidt het antwoord "nee": dit tarief is niet afgestemd op een HBO-salaris, maar op een MBO-salaris⁶. Alleen als een organisatie er in slaagt om de productiviteit te verhogen, de overige kosten laag te houden, binnen de 35% van de bandbreedte van de indicatie te blijven en daarmee de bonus van 1,56 per uur te verdienen, kan men net uitkomen. Dat is dan echter niet de verdienste van de regelgeving, om zo te zeggen, maar is een prestatie van die organisatie *ondanks* die regelgeving.

De conclusie is dat de wijkverpleegkundige functie geen duidelijke wettelijke basis heeft binnen de AWBZ, waardoor er geen financiële basis is voor typisch wijkverpleegkundige taken. Organisaties zetten de tering naar de nering. De regelgeving moet veranderen

Een vraag is dan nog wel hoe de inzet die in de praktijkvoorbeelden in de vorige hoofdstukken is beschreven, wordt bekostigd. Er zijn drie aanvullende bronnen die hiervoor

⁶ Ter onderbouwing. Een wijkverpleegkundige werkt in schaal 45, en in veel gevallen gaat het om mensen die hoog in de schaal zitten, circa 90%. De productiviteitseis (werk bij de cliënt) thuis vanuit de organisatie is doorgaans 50%. De loonkosten liggen dan op circa 52 euro per declarabel uur. Een verzorgende werkt in schaal 35, en gemiddeld is de loonopbouw iets lager, circa 80%. De productiviteitseis is in de meeste organisaties hoger, rond 60%. De loonkosten van deze verzorgende bedragen circa 36 euro per declarabel uur. Het tarief PV-basis is in 2009 42,96 euro. Het tarief Verpleging is 67,02.

door organisaties worden benut: de AWBZ-functie AIV (Advies, Instructie, Voorlichting), subsidies en in theorie afspraken met de tweedelijns om zorg te substitueren.

De bekostiging van de wijkverpleegkundigen binnen de teams geschiedt voor een belangrijk deel via het AIV tarief. Hiervoor is geen indicatie nodig. Wel is het aantal uren AIV per cliënt beperkt. Leidend zijn productieafspraken met het zorgkantoor. In het algemeen dient de huisarts te verklaren dat AIV nodig is in een bepaald geval. Regionale verschillen zijn mogelijk, zowel in afspraken als in omvang van de productie. AIV als financiële basis is wankel. Zorgkantoren zijn niet verplicht om contracten te sluiten, en de cliënt krijgt geen rechten mee in de vorm van een indicatiebesluit waarin AIV is opgenomen.

Een andere bron van inkomsten zijn subsidies. Buurtzorg heeft bijvoorbeeld subsidie voor de ontwikkeling voor software, Careyn heeft subsidies voor Zorg op Afstand, Omring draait mee in het Transitie Programma Langdurige Zorg.

Een laatste bron van inkomen kan bestaan uit eventuele afspraken met de tweedelijns of zelfs huisartsen waarbij bepaalde taken gesubstitueerd worden naar de thuiszorg.

Regelvermogen wijkverpleegkundige

Een tweede randvoorwaarde om de wijkverpleegkundige weer terug te krijgen in de wijk is haar haar regelvermogen terug te geven. De vergelijking met de huisarts is hier van toepassing. Wat de huisarts betekent voor de cure in de eerstelijns, kan de wijkverpleegkundige betekenen voor de care in de eerstelijns. De vrijheden betreffen dan:

1. Haar eigen inzet kunnen bepalen;
2. Meer invloed op de indicatiestelling;
3. Meer mogelijkheden om snel te kunnen handelen met goedkeuring en bekostiging achteraf.

Wat betreft het eerste punt is het interessant om te kijken in hoeverre de ABWZ functie AIV daar al dan niet in tegemoet komt. AIV (Advies, Instructie, Voorlichting) is geen onderdeel van een indicatiebesluit maar is een productieafpraak tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Binnen het afgesproken budget en de afgesproken voorwaarden kan de wijkverpleegkundige, in overleg en samenhang met andere stakeholders en zorgaanbod, haar eigen werk gestalte geven. Het nadeel van AIV is dat dit geen solide basis vormt voor de wijkverpleging, aangezien een zorgaanbieder geen principiële zekerheid heeft dat het zorgkantoor daadwerkelijk een budgetafpraak maakt.

4.3 SAMENVATTEND

Dit hoofdstuk kunnen we bij wijze van conclusie samenvatten in het benoemen van de belemmeringen die het functioneren van de wijkverpleegkundige in de weg staan:

1. Het ontbreken van een bekostigingsbasis voor de wijkverpleegkundige;
2. Het ontbreken van zelfstandige regelruimte;
3. Het opknippen van de wijkverpleegkundige rollen over meerdere personen en organisatieonderdelen;
4. De onzichtbaarheid van de thuiszorg binnen de wijk en de praktijk van de huisarts;
5. Het uit het oog verliezen van de menselijke maat.

Het wegnemen van deze belemmeringen vormt de kern van de agenda voor de toekomst, waarover het volgende, afsluitende hoofdstuk gaat.

5 AGENDA VOOR DE TOEKOMST

In dit laatste hoofdstuk staat de vraag centraal wat er moet gebeuren om de wijkverpleegkundige weer haar belangrijke plaats te geven in het centrum van de eerstelijnszorg. Er zijn vijf velden die extra aandacht verdienen om dit doel te bereiken. In het vorige hoofdstuk zijn deze vijf velden al benoemd in de vorm van vijf belemmeringen die het functioneren van de wijkverpleegkundige in de weg staan, namelijk wettelijke basis, regelruimte, opknippen rollen, onzichtbaarheid, en menselijke maat. Deze vijf aandachtsvelden worden in dit laatste hoofdstuk daarom beschreven als vijf aanbevelingen voor de toekomst.

5.1 ADVIES

Geef de wijkverpleegkundige een wettelijke basis

Zorg voor een bekostigingsbasis voor de wijkverpleegkundige. Op dit moment betaalt de AWBZ alleen verpleegkundige handelingen (VP) en niet de veel bredere rol van de wijkverpleegkundige. Dat is de reden waarom momenteel de wijkverpleegkundige uit de zorg verdwijnt. "De wijkverpleegkundige in Nederland is verworden tot iemand die verpleegtechnische handelingen doet. Daarmee doen we de wijkverpleegkundige te kort" (Walter Bastiaenssens, manager Omring). Dat wat Careyn meemaakt, gebeurt in het hele land: "binnen Careyn wordt het aantal verpleegkundigen gaandeweg minder. Door natuurlijk verloop verdwijnen er verpleegkundigen en deze worden vervangen door lagere niveaus. Dat komt omdat men een betere afstemming willen van de productmix en de personeelsmix. Het product verpleging (VP) wordt nauwelijks geïndiceerd, en er zijn te veel verpleegkundigen in relatie tot indicaties" (Chris Lommerde, manager Careyn). Alle organisaties maken veelvuldig gebruik van AIV om het werk van de wijkverpleegkundige mogelijk te maken. Buurtzorg ziet kans de wijkverpleegkundige kostendekkend in te zetten door lage overhead, relatief veel VP en PV indicaties, en een relatief hoge productiviteit. Brede VVT-organisaties slagen daar minder goed in.

Het werk van de wijkverpleegkundige is veel breder dan verpleegkundige handelingen die worden geïndiceerd. Een van de oplossingen is om van de wijkverpleging een basisvoorziening te maken, analoog aan de huisarts⁷.

Geef de wijkverpleegkundige haar regelvermogen terug

Het verdwijnen van de wijkverpleegkundigen is door de indicatiepraktijk van de laatste jaren in een stroomversnelling geraakt. Maar er zijn meer oorzaken, die ook aangepakt moeten worden om de wijkverpleegkundige terug te krijgen. Een van die oorzaken is de bureaucratie waar de betrokken wijkverpleegkundigen zich niet gelukkig bij voelen.

De interne bureaucratie hangt samen met de tendens om werkprocessen te rationaliseren, bijvoorbeeld door aparte functionarissen aan te stellen voor de planning, indicatie, en om de werkprocessen op een hoger plan te organiseren. Dit lijkt efficiënt, maar voor

⁷ ActiZ: *Basisvoorziening wijkverpleging. Een maatschappelijke functie.* Utrecht, 2009.

de thuiszorgmedewerkers onvoldoende inzichtelijk en beïnvloedbaar. "De geleerden zijn het niet eens over de mate waarin je dingen decentraal moet organiseren, dan wel centraal. We moeten wel toe naar een nieuw evenwicht. Een les die het verleden ons geleerd heeft: we moeten meer in dialoog gaan met de professionals" (Charles Laurey, bestuurder SVVE Eindhoven).

De interne bureaucratie is weer het gevolg van externe eisen, de gedetailleerde wet- en regelgeving, mede bedoeld om het maximale te bereiken in kosten en kwaliteit. Schaf onnodige bureaucratische barrières af. "Wat wil de professional in dit verhaal: regelcapaciteit, afwisseling, aantrekkelijk vak met meerdere kanten, korte lijnen, geen bureaucratie, zelf invloed op planning, zelf managen van de taak" (Charles Laurey, SVVE). Om dit te bereiken, kan de medewerkers tools worden aangereikt om zelf het werk te organiseren en de prestaties te bewaken. Beschikken medewerkers over kennis, dan kunnen zij zelf oordelen, zoals in Maassluis: "de medewerkers weten welke productie ze moeten draaien. Iedere dinsdag wordt door de manager van de vier teams de lijst uitgedraaid. Daaraan kan je per medewerker zien hoe de productie is, hoeveel reistijd, hoeveel zorguren, hoeveel ziek etc. Je kan dan snel zien in hoeverre iemand de productie niet haalt, en vaak ook waarom niet. Daar kan je dan iemand op aanspreken" (Pauline Jeff, manager thuiszorg Careyn Maassluis). En ook bij Buurtzorg: "De wijkverpleegkundigen doen zelf de planning. Je kan het met elkaar doen, je overziet de situatie" (Nelleke Hoogedoorn, Buurtzorg Nederland).

Verknip de zorg niet

De opdeling van taken over verschillende functionarissen is al aan de orde geweest. Waar ligt het evenwicht tussen specialisten en generalisten?

De eerste constatering is dat verpleging en verzorging bij elkaar horen in de thuiszorg. "Je moet een organisatorische eenheid hebben. Het werk is te veelomvattend om door een zelfstandige professional te laten doen" (Rosemarie van Troost, Van Kleef Instituut, V&VN). Een wijkverpleegkundige zonder team is geen goed idee.

De tweede constatering is dat veel betrokkenen het gevoel hebben dat het opknippen van de zorg in allerlei stukjes, is doorgesloten. "Het opknippen van de functies over functionarissen is niet in het belang van de wijkverpleegkundige zelf. Het is zeer de vraag of dit verknippen nu echt de efficiency heeft gebracht die organisaties er van hebben verwacht. Het Van Kleefinstituut stimuleert onderzoek hier naar" (Rosemarie van Troost). Voor sommigen is er wel een duidelijke begrenzing aan te geven: "Coördinatie van de complexe behandeling van een ziekte is werk voor de specialistisch verpleegkundige. Coördinatie van belemmeringen in de sociale context is werk voor de wijkverpleegkundige" (Wilma Bijsterbosch, ZorgBrug).

Veranker de wijkverpleegkundige in de wijk

Een volgende observatie die vaak te horen valt, is het belang van de herkenbaarheid van de wijkverpleegkundige, en met haar van het thuiszorgteam, in ... de wijk, uiteraard; het woord 'wijkverpleegkundige' zegt het al. "Je moet vanuit een centrum in de buurt werken", vindt Rosemarie van Troost. "De bestuurder heeft vandaag de dag de uitdaging om zichtbaar te zijn en de zorg te verankeren in de wijken. Dat model werkt als de basis beschikt over de grootst mogelijke autonomie, met een maximale facilitering vanuit de

organisatie”, merkt Charles Laurey op. “Vroeger was de situatie dat de wijkverpleegkundige een beeld had van de wijk, wie er woonde, en welke problemen er speelden. Bovendien kenden de mensen de wijkverpleegkundige, en konden haar ook aanspreken”, is de opvatting van Angela van Leeuwen, manager Careyn.

Omring probeert de wijkverpleegkundige weer die centrale plek te geven in de gemeenschap. “Het gaat twee kanten op: de wijkverpleegkundige kent de sociale kaart van het dorp, en het dorp kent de wijkverpleegkundige weer” (Walter Bastiaenssens, Omring).

Een variant hierop is de koppeling van de wijkzorg aan de huisartsenpraktijk. “Voor de huisarts is het handig als de verpleegkundige en de huisarts elkaar kennen. Je stemt vaker af. Bij extra zorg die nodig is gaat het sneller” (Nelleke Gruijters, LHV). In Maassluis werkt dit naar volle tevredenheid van de betrokkenen: “huisartsen en wijkverpleegkundigen in Maassluis zijn erg blij met deze werkwijze, en zouden niet anders meer willen” (Joske Pontier, Careyn).

Breng de menselijke maat terug

De laatste belangrijke randvoorwaarde die de respondenten naar voren brengen, is de menselijke maat. Dit hangt uiteraard samen met de eerder genoemde punten als zelfsturing, regelruimte, enzovoort. “Als bestuurder wil ik de menselijke maat terug in de werkprocessen en daarmee kwaliteit behalen”, is de opmerking van Charles Laurey, SVVE. “Ik loop vast op de stopwatchzorg, op de indicatiestelling, etc.. De tijd ontbreekt om alle ontwikkelingen in de zorg voldoende aandacht te geven. Het is een samenloop van factoren: druk op de budgetten, te veel verandering in te korte tijd, veranderende regels”.

De menselijke maat wordt door de hier besproken projecten daadwerkelijk geïmplementeerd. “Het toverwoord is vooral 'klein' [...]. Klein is autonomie, en korte lijnen, en menselijke maat, en collega's kennen, en klein team, en een beetje vriendinnen worden met je collega's” (Michel Wijngaards, Thebe). Of bij Omring: “de kleinst mogelijke eenheid is de huisartsenpraktijk, en die maatvoering zoekt Omring ook” (Walter Bastiaenssens, Omring).

Onderzoek

De bevindingen, opvattingen en ervaringen in deze rapportage zijn een weergave van de grootste gemene deler van wat een aantal voorlopers in de thuiszorg op dit moment uitdragen. Dit levert bij elkaar nog geen bewijs op voor de stelling dat de wijkverpleegkundige een relatief belangrijke bijdrage in de zorg heeft tegen relatief lage kosten, oftewel de effectiviteit en efficiency van het wijkverpleegkundig handelen. Om dit te kunnen vaststellen, is meer, kwantitatief onderzoek nodig.

5.2 RECENTE ONTWIKKELINGEN

Dat de versterking van de wijkverpleegkundige functie door velen gewenst wordt, blijkt uit de enorme publiciteit en vooral ook door de concrete plannen die op stapel staan of al uitgevoerd worden. We noemen er hier een aantal.

Actieprogramma STOOM / ActiZ

Het Actieprogramma van STOOM en ActiZ "Versterking van de positie van zorgaanbieders in de eerstelijns" heeft onder meer aandacht voor de rol van de wijkverpleegkundige. Onderhavige rapportage is een van de producten van dit actieprogramma.

Proeftuinen

De sector pleit voor ruimte voor proeven in het land om de wijkverpleegkundige weer als *basisfunctie* terug te krijgen in de eerstelijns⁸. In de proeftuinen wordt de bureaucratie afgeschaft die door velen zo knellend wordt ervaren. Het doel wordt gesteund door NPCF, LOC en V&VN⁹ en wordt inmiddels door VWS omarmd.

Motie Hamer

VWS voert de zogenaamde Motie Hamer uit door 40-miljoen euro beschikbaar te stellen voor de inzet van wijkverpleegkundigen in de aandachtswijken: het programma Zichtbare Schakel. Er zijn ruim 40 projecten gehonoreerd. Ook is er geld beschikbaar voor onderzoek. Zoals hierboven al is aangegeven, is het wenselijk dat er meer evidence-based uitspraken mogelijk zijn over bijdrage versus kosten van de wijkverpleegkundige.

Indicatiestelling

De wijkverpleegkundige heeft al de mogelijkheid om voor bepaalde situaties vooraf de zorg in gang te zetten en achteraf de indicatie te regelen. Dit systeem is bekend als SIP, Standaard Indicatie Protocol. VWS heeft inmiddels aangekondigd om de indicatiestelling nog meer te verleggen naar de uitvoerders van de zorg. De wijkverpleegkundige krijgt de mogelijkheid om een pre-indicatieadvies op te stellen.

Transitieprogramma Langdurige Zorg

VWS steunt ook het Transitieprogramma Langdurige Zorg en de daarin opgenomen projecten voor de versterking van de wijkverpleegkundige (www.transitieprogramma.nl).

Het veld

Wekelijks zijn er organisaties die aankondigen het roer om te gooien in de thuiszorg. Men laat zich onder meer inspireren door het voorbeeld van Buurtzorg. Bijvoorbeeld de STMR (uit *Nieuwsblad Geldermalsen*):

⁸ Erve, René van het: *Zorg thuis; ongedeeld en samenhangend. Een wenkend perspectief*. Collegamento Advies. Ede, juni 2009.

⁹ NPCF, LOC, V&VN: *Verpleging thuis: basiszorg voor chronisch zieken en ouderen*. Utrecht, juni 2009.

Nieuwe koers Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierenland (STMR) krijgt brede steun

woensdag 14 oktober 2009 00:02

GELDERMALSEN - Zorgorganisatie STMR kiest voor de kleinschalige organisatie van zorg en welzijnsdiensten, dicht bij de klant. De verbinding met de klant, medewerker en tussen de klant en medewerker staat centraal. Geen grote fusie, niet almaar meer managers, niet meer hooi op de vork, maar volledig kiezen voor de klanten. Die koers heeft STMR nu ingezet.

Tijd voor de klant

Woensdagmiddag 7 oktober gaven vertegenwoordigers van o.a. huisartsen, zorg- & welzijnsorganisaties, woningcorporaties aan dat zij blij waren met deze koers. Deze bijeenkomst vond plaats op uitnodiging van STMR.

De steunbetuiging van woensdag betekent dat STMR goed heeft geluisterd naar wat klanten en samenwerkende organisaties willen. De komende tijd zal er bij STMR het nodige veranderen. Alle veranderingen hebben maar één doel: ervoor zorgen dat STMR meer tijd en energie in haar klanten kan steken.

Tjapko van Dalen, directeur-bestuurder van woningcorporatie KleurrijkWonen kijkt terug op een prettige en waardevolle bijeenkomst waarin partners in de keten in gesprek zijn en blijven om wonen, welzijn en zorg op een goede manier, in het belang van de klant, te organiseren. "Ik vind de keuze van STMR een verstandige, zij leggen de focus op hun core business: zorg en welzijn. Zoeken de lokale verbinding en werken actief samen met de ketenpartners."

Keuzes maken

Natuurlijk hadden de samenwerkingspartners woensdagmiddag 7 oktober ook kritische opmerkingen. Directeur Ron Axt van STMR: "Bijvoorbeeld dat we sneller kunnen reageren op vragen van klanten. Maar tegelijkertijd waren onze samenwerkingspartners vol lof over de plannen om juist die snelheid in de toekomst waar te gaan maken. Dat kan alleen als we keuzes maken. We concentreren ons op diensten die klanten graag willen afnemen. Ook hebben we gezegd dat we niet onder de kostprijs zullen gaan werken. Onze dienstverlening is z'n prijs dubbel en dwars waard".

Alternatieven aanbieden

Keuzes maken wil bijvoorbeeld ook zeggen dat je rekening houdt met de tijdsindeling die klanten prettig vinden. Directeur Eric Verkaar van Zorgbelang Gelderland wilde in dit verband woensdagmiddag weten of STMR in staat is om alle klanten thuis die na het wakker worden hulp

nodig hebben, vóór 's ochtends negen uur kan helpen met aankleden. Ron Axt: "Dat is lastig. Het is erg moeilijk om voldoende medewerkers op deze piektijden tegelijk in te zetten. Maar alternatieven zijn wel denkbaar. Zo gaan we nu uitzoeken wie 's ochtends vroeg onze hulp wil hebben en wie liever wat later in de ochtend geholpen wordt met aankleden. Die laatste groep kan wel eens groter zijn dan we denken".

Meer vrijheid

STMR heeft de nieuwe koers samengevat in een bijzonder programma dat de ondersteuning aan klanten en medewerkers sterker moet maken. 'Meer vrijheid' heet deze aanpak. Het komt erop neer dat klanten meer te kiezen krijgen en dat medewerkers de vrijheid krijgen om samen met de klant, zonder tijdverlies, goede afspraken te maken. Voorheen moest vaak eerst met managers worden overlegd. Meer vrijheid dus voor klant en medewerker.

Kleine teams

Voor de verpleegkundigen en de verzorgenden betekent dit dat er per buurt kleine teams komen die het vertrouwde gezicht worden van STMR. Deze buurtteams gaan zoveel mogelijk in op alle vragen en problemen. Ze werken daarin ook intensief samen met huisartsen, mantelzorgers, vrijwilligers en andere zorg- en welzijnsverleners in de buurt.

Mijn werk is een stuk leuker geworden

Directeur Ron Axt van STMR: "We hebben de laatste tijd keihard geknokt om STMR een nieuw gezicht te geven. Dat is gelukt. Medewerkers zijn enthousiast. We hebben er zin in. Geen onduidelijkheid meer over de toekomst. STMR gaat helemaal voor haar klanten. Zorgverlening hoeft niet ingewikkeld te zijn als je mensen ook echt de ruimte geeft. Dat geldt zowel voor onze klanten als voor onze medewerkers. We worden liever steeds beter dan steeds groter".

Anneke Belaraj, zorgcoördinator (team Tiel centrum-oost): "De afgelopen maand hebben wij gemerkt dat onze klanten het prettig vinden dat er vaste medewerkers zorg komen leveren. Vertrouwde gezichten met wie ze afspraken kunnen maken. Doordat er minder verschillende medewerkers zich met de cliënt bezighouden, zijn we beter op de hoogte van de cliëntsituatie en kunnen we elkaar ook sneller informeren. Het grote voordeel voor ons is dat er meer professionele ruimte is om zaken zelf te regelen zonder tussenkomst van kantoor. Alle aandacht voor de cliënt! We kunnen beter inspelen op de wensen van de cliënt."

Bij STMR zijn in totaal zeventienhonderd medewerkers actief; zie bieden dagelijks zorg en ondersteuning aan circa vijfduizend cliënten in Rivierenland. De dienstverlening varieert van zorg thuis, verzorgingshuiszorg, jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk tot voedingsvoorzorging & diëtetiek, hulpmiddelen, cursussen en servicediensten.

6 TOT BESLUIT

In deze publicatie zijn meerdere organisaties en personen aan het woord geweest met hun visie op de inzet van de wijkverpleegkundige. De grootste gemeenschappelijke deler luidt: de wijkverpleegkundige is de persoon die op een hoog niveau het overzicht houdt over de situatie bij de cliënt thuis, en die in staat is zorg en welzijn te mobiliseren in het belang van deze cliënt.

De respondenten in deze studie zijn het er over eens. De samenleving vaart wel bij een inzet van de wijkverpleegkundige in de eerstelijns. De inzet van de wijkverpleegkundige levert voor de samenleving ruimte op voor de doorontwikkeling van een innovatieve curatieve gezondheidszorg, en maakt een hoge kwaliteit van leven van zorgvragers die thuis blijven wonen mogelijk.

De wijkverpleegkundige wist dit natuurlijk al. Daarom is het goed te eindigen met een recente uitspraak van Marian Kaljouw (website V&VN):

"Ze zijn weer terug, maar waar zijn ze al die tijd geweest? Niemand weet het, maar ze waren vastgelopen in een web van regels, afspraken, procedures en systemen. Toen ze vastzaten, niemand kon zich meer bewegen, zijn ze ingesnoerd met tijdschema's, richtlijnen en andere bureaucratie. Allemaal kregen ze een stopwatch die ze steeds maar moesten indrukken. Verpleegkundigen wisten al jaren dat het ook anders kan. Nu zijn er verpleegkundigen die de ruimte gevonden hebben om de procedures te omzeilen. Verpleegkundigen die het anders aanpakken en procedures en systemen mogen omzeilen. Het voelt als een grootscheepse ontsnapping! En dus... zijn ze terug! Terug in de schijnwerpers. En niet met lege handen, ze hebben hun beroep in ere hersteld! En bestuurders en overheid laten zien dat het anders moet en anders kan! Hulde!"

BIJLAGE – LITERATUUR, RESPONDENTEN EN BEGELEIDINGSCOMMISSIE

LITERATUUR

ActiZ: *Kern van verantwoorde zorg: verbeteren van kwaliteit van leven. Inzicht krijgen in de kwaliteit van leven van cliënten en de aspecten uit de organisatie die daarop van invloed zijn.* ActiZ. Utrecht, 2008.

ActiZ: *Zorg in de Toekomst - Toekomst in de Zorg. Urgentie en potentie in de eerstelijns. Visienota Eerstelijns.* Utrecht, oktober 2008.

ActiZ en STOOM: *Een geïntegreerde eerste lijn voor zorg thuis.* Juni 2009.

ActiZ: *Basisvoorziening wijkverpleging. Een maatschappelijke functie.* Utrecht, 2009.

Beusmans, G. et al.: *Ontwikkeling praktijkverpleegkundige richtlijn 'Complexe zorg voor ouderen'.* In: Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 2, p. 43-46. 2007.

Bouten, Lou, en Henk van Kampen: *Grootschalig regisseren – kleinschalig organiseren in de gehandicaptenzorg. Spagaat of pas de deux?* Afstudeerscriptie. Master of Health Business Administration. Erasmus Universiteit Rotterdam, 20 maart 2006

Breuchem-van de Scheur, van G.G et al. (2006). Euthanasia and physician assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse. *Journal of Advanced Nursing* 58 (1), 44-52.

Brinke, P. Ten: *Beleidsnota 'Profilering wijkverpleegkundigen binnen Carint.* 2006.

CBO: *Tools voor Ketenzorg.* Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO & Stichting Ketennetwerk.

Collegamento Advies: De kracht de van de keten. 2008.

De Veer, A.J.E. et al.: *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd.* NIVEL. 2008.

Eizinga, W.H. et al.: *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Palliatieve Zorg.* In: TVV, 6, blz. 1-6. 2006.

Erve, René van het: *Zorg thuis; ongedeeld en samenhangend. Een wenkend perspectief.* Collegamento Advies. Ede, juni 2009.

Eyck, Arthur, Peter Bob Peerenboom, Jan Spek, Anneloes van Staa: *Verkenning "verpleegkundige zorg" in de eerstelijns.* Etc Tangram. Leusden, november 2006.

Geelink, Annette: *Gespecialiseerde verpleegkundigen als rots in de branding verhalen van patiënten.* RPCP MH. Gouda, juni 2005.

Graaff de, Drs. F., Dr. H. Rosendal: *Praktijkgebonden thuiszorg: In Maassluis een succes!* Hogeschool Leiden.

Groenewoud, Hanny, Ilse Egers, Aart Pool, Jacomine de Lange: *Evaluatieonderzoek van de pilot case management dementie in de regio Delft Westland Oostland 2005-2007. Eindrapport.* Hogeschool Rotterdam. 2008.

Kort, Helianthe: *Zorg voor de laatste slaap. Postmortale zorg, Zorg tussen langdurige zorg en uitvaartzorg.* Vilans. Utrecht, 2008.

- Kunneman, Harry, Mirjan Slob: *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*. LSBK, STOOM, SGL. Bunnik, januari 2007.
- Ligthart, Suzanne A.: *Case management bij dementie. Aanpak en effecten van case management bij dementie. Een exploratieve studie in het kader van het Landelijk Dementieprogramma*. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. 26 september 2006.
- LVW: *Wijkverpleegkundigen werken aan 'come back'*. 2001.
- Maseland, A.: *Staat de wijkverpleegkundige straks buitenspel?* In: *Nursing*, 10 (11), p.28-31. 2004.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Brief aan de tweede kamer: de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging*. Den Haag, 22 december 2008.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Brief aan de tweede kamer: Een dynamische eerstelijnszorg*. Den Haag, 25 januari 2008.
- NPCF: *De patiënt als motor van zorgvernieuwing. 24 voorbeelden van goede zorg in de eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en telemedicine*. NPCF. Utrecht, februari 2006.
- NPCF: *Goed voorbeeld doet volgen. Conferentie over goede voorbeelden van curatieve zorg*. NPCF. Utrecht, 25 januari 2005.
- NPCF, LOC, V&VN: *Verpleging thuis: basiszorg voor chronisch zieken en ouderen*. Utrecht, juni 2009.
- Pasch, T. van de: *De kwaliteit van Thuiszorg Groningen*. TVZ tijdschrift voor verpleegkundigen, 12, p. 364-368. 2001.
- Quak, Rianne, Valerio Francati, Walter Balestra: *Functie indeling eerstelijnszorg*. Plexus, Amsterdam 2008.
- Rijdt, dr. A.H.J van de – van de Ven: *Samenhangende zorg in de eerstelijns. De as huisartsen – wijkverpleegkundigen*. V&VN, LHV, NHG. Eindhoven.
- Rosendal, H., De Graaff, F.: *Praktijkgebonden thuiszorg: In Maassluis een succes!* Hogeschool Leiden, Careyn en Van Kleef Instituut. 2008.
- Rosier, J.: *In de aanbidding: gratis extra zorg*. In: *Nursing*, 10 (8), p.32-33. 2004.
- Schipper, E., Wagter, B., van Daelen, M.: *Multidisciplinair werken onder spanning*. In: *TVZ: tijdschrift voor verpleegkundigen*, 113 (1), p.48-50. 2003.
- Simon, C., Kendrick, T.: *Informal carers – the role of general practitioners and district nurses*. *British journal of General Practice*. 2001.
- STOOM en ActiZ: *Een geïntegreerde eerste lijn voor zorg thuis. Versterking van de positie van zorgaanbieders in de eerste lijn*. Utrecht, juni 2009.
- Transitieprogramma in de langdurige zorg: *Maatschappelijke Business Case (mBC) Buurtzorg Nederland. Versie 1.0*. Maart 2009.
- V&VN: *Verbeter de zorg, begin (bij je)zelf! Inspirerende voorbeelden van en voor verpleegkundigen*. V&VN. Utrecht, 2007.
- Visser, G.: *Thuis sterven mogelijk maken*. *Pallium*, 8, p.20-23. 2006.

RESPONDENTEN

- Angela van Leeuwen, manager Careyn
- Anita van Duin, manager Draagnet, ZorgBalans
- Anja Leijten, wijkverpleegkundige Thebe
- Charles Laurey, bestuurder SVVE Eindhoven
- Chris Lommerde, manager Careyn
- Fietje Biesheuvel, coördinerend verpleegkundige Omring Noord-Holland
- Hanneke van den Berg, projectleider Omring Noord-Holland
- Joske Pontier, wijkverpleegkundige Careyn Maassluis
- Mariska de Bont, beleidsmedewerker V&VN
- Michel Wijngaards, manager Thebe
- Nelleke Gruijters, huisarts, voorzitter LHV Huisartsenkring Zuidoost Brabant
- Nelleke Hoogedoorn, Buurtzorg Nederland
- Pauline Jeff, manager thuiszorg Careyn Maassluis
- Rosemarie van Troost, directeur van Van Kleef Instituut en voorzitter afdeling eerste-lijnsverpleegkundigen V&VN
- Walter Bastiaenssens, manager Omring Noord-Holland
- Willeke Mayenburg, coördinator zorgprogrammering en kwaliteit ZorgBrug
- Wilma Bijsterbosch, directeur ZorgBrug

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

- Josée Bastiaenen, STOOM
- Mariska de Bont, V&VN
- Inge Borghuis, ActiZ
- Jan Coolen, NPCF
- René van het Erve, Collegamento
- Marcel de Groot, ZZG Zorggroep
- Nelleke Gruijters, LHV
- Nelleke Hoogedoorn, Buurtzorg Nederland
- Marjolein van Meggelen
- Henk Rosendal, Hogeschool Leiden
- Marie-José Smits, ActiZ
- Janny Verseput