



De wijkverpleegkundige van de toekomst

*Myrna Keurhorst, MSc
Sanne Kusters, MSc
Dr. Miranda Laurant*

Nijmegen, december 2011

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Missie

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een internationaal topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee willen we bijdragen aan effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.

Onze ambities

- Uitvoeren van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg. Bij een internationale visitatie werd IQ healthcare neergezet als 'excellent' en 'world leading' op het terrein van kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.
- Verzorgen van onderwijs op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Ondersteunen van zorgaanbieders, beleidsmakers, beroeps- en patiëntenorganisaties, instellingen, zorgverzekeraar en overheden bij de implementatie van optimale patiëntenzorg.

IQ healthcare is een onafhankelijke, zelfstandige afdeling van het UMC St Radboud. Het instituut is actief in de eerstelijnsgezondheidszorg, de intra- en transmurale zorg, paramedische wetenschappen, verplegingswetenschap en ethiek. In het instituut werken ruim 120 mensen. Het team is ervaren, deskundig en sterk door haar multiprofessionele samenstelling van artsen, verpleegkundigen, paramedici, gezondheidswetenschappers, epidemiologen, sociale wetenschappers en ethici.

Belangrijke thema's

- Implementatie van richtlijnen en 'best practices'
- Meten en evalueren van innovaties in de zorg
- Patiëntveiligheid en veiligheidsmanagement
- Professionele ontwikkeling van klinische professionals
- Ethische en morele aspecten van kwaliteit en veiligheid
- Versterken van de rol van patiënten in de zorg
- Indicatorontwikkeling, transparantie en publieksinformatie
- Integrale zorg, ketenzorg en 'disease management'
- Leefstijl, zelfmanagement en therapietrouw voor patiënten
- Zorg voor kwetsbare ouderen en palliatieve zorg

Contact

IQ healthcare
UMC St Radboud
Huispost 114
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen

www.ighealthcare.nl

Telefoon: 024 36 15 305

Fax: 024 35 40 166

Email: info@iq.umcn.nl

Bezoekadres: Geert Grootteplein 21, route 114 Nijmegen

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting.....	7
1. Inleiding	9
1.1 Leeswijzer	10
2. Methode	11
2.1 Vraagstellingen.....	11
2.2 Literatuurstudie.....	11
2.3 Interviews.....	11
2.4 Klankbordgroep	12
3. Resultaten literatuurstudie	13
3.1 Hoe ziet het beroepsprofiel van de toekomstige wijkverpleegkundige er uit?.....	13
3.2 Welke (nieuwe) competenties heeft de wijkverpleegkundige nodig om in te spelen op de veranderingen in zorgaanbod en zorgvraag?	14
3.3 Hoe kan het onderwijs ervoor zorgen dat deze (nieuwe) competenties in voldoende omvang en kwaliteit worden aangeleerd?	15
3.4 Welke andere maatregelen/randvoorwaarden zijn nodig om ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundigen met deze (nieuwe) competenties doelmatig kunnen worden ingezet?	16
3.5 Samenvatting	17
4. Resultaten interviews.....	18
4.1 Hoe ziet het beroepsprofiel van de toekomstige wijkverpleegkundige er uit?.....	18
4.1.1 Algemeen.....	18
4.1.2 Het verbinden van wonen-welzijn-zorg	19
4.1.3 Het uitvoeren van preventie.....	19
4.1.4 Het begeleiden van de patiënt bij zelfredzaamheid en zelfmanagement.....	19
4.2 Welke (nieuwe) competenties heeft de wijkverpleegkundige nodig om in te spelen op de veranderingen in zorgaanbod en zorgvraag?	20
4.2.1 Persoonlijke verzorging	20
4.2.2 Verpleging	21
4.2.3 Zelfmanagement	22
4.2.4 Spil	23
4.2.5 Professionaliteit	24
4.3 Hoe kan het onderwijs ervoor zorgen dat deze (nieuwe) competenties in voldoende omvang en kwaliteit worden aangeleerd?	25
4.3.1 Persoonlijke verzorging	25
4.3.2 Verpleging	26
4.3.3 Zelfmanagement	27
4.3.4 Spil	27

4.3.5 Professionaliteit	28
4.3.6 Overall basisvoorwaarden in de opleiding	28
4.4 Welke andere maatregelen/randvoorwaarden zijn nodig om ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundigen met deze (nieuwe) competenties doelmatig kunnen worden ingezet?	29
4.5 Samenvatting	30
5. Resultaten klankbordgroep	31
5.1 Herkenning	31
5.2 Concretiseren competentiegebieden naar taken en competenties	31
5.3 Resterende opmerkingen	33
5.3 Samenvatting	33
6. Conclusie	34
7. Discussie	38
Literatuur	41
Bijlagen	43

Voorwoord

In opdracht van Dr. Rob van der Sande, lector langdurige zorg, Hogeschool Arnhem en Nijmegen heeft IQ healthcare (UMC St Radboud) een onderzoek uitgevoerd naar de inzet van de wijkverpleegkundigen. De functie van wijkverpleegkundige geniet momenteel grote belangstelling. Zowel de overheid als de praktijk zelf kennen de wijkverpleegkundige allerlei nieuwe taken toe, waarbij de nadruk wordt gelegd op het verbinden van zorg en welzijn en het versterken van de preventie in de eerste lijn. Het is echter onduidelijk hoe het toekomstige takenpakket van de wijkverpleegkundigen eruit moet zien, welke competenties dit vereist en welke aanpassingen dit betekent voor de huidige wijkverpleegkundige opleiding.

Er is gekozen voor een kwalitatieve studie, waarbij allereerst de literatuur is bestudeerd en vervolgens individuele semi-gestructureerde interviews en focusgroep interviews zijn afgenomen bij stakeholders. De resultaten van deze onderzoeken zijn gebundeld en hebben geresulteerd in een aantal aanbevelingen voor de “wijkverpleegkundige van de toekomst”. De bevindingen en aanbevelingen zijn voorgelegd aan een klankbordgroep ter verificatie. De uitkomsten van de klankbordgroep zijn in deze rapportage verwerkt.

We hopen dat het rapport bijdraagt aan een concretisering van de wijkverpleegkundige functie en een leidraad biedt voor de opleidingen tot wijkverpleegkundige.

Dr. Miranda Laurant
Senior onderzoeker

Samenvatting

In opdracht van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) heeft IQ healthcare (UMC St Radboud) een onderzoek uitgevoerd naar het wijkverpleegkundige profiel van de toekomst. Doel van deze verkenning was een beeld te schetsen van het takenpakket van de toekomstige wijkverpleegkundige, haar competenties (kennis, vaardigheden, inzichten en attitude) en de gevolgen voor de opleiding tot wijkverpleegkundige. Hiertoe is een inventariserende studie uitgevoerd die bestond uit een (narratieve) literatuurstudie, individuele en groepsinterviews met wijkverpleegkundigen, huisartsen, bestuurders van thuiszorgorganisatie, beleidsmakers en docenten van de HAN en is de concept rapportage ter verificatie en verdere verdieping besproken met een klankbordgroep.

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat het takenpakket van de toekomstige wijkverpleegkundige niet alleen bestaat uit **verzorgende** en **verpleegkundige taken** in engere zin, maar ook uit **Advies, Instructie en Voorlichting (AIV)**, inclusief preventieve activiteiten en **begeleiden en coördineren** van zorg. Bij deze laatste taak gaat het ook om het verbinden van wonen, welzijn en zorg waarbij signalering een sleutelwoord is. Daarnaast vervult zij een openbare functie in de wijk en zou ze ook signalen moeten kunnen oppakken en op basis daarvan noodzakelijke activiteiten ontplooiën. Dit betekent dat zij haar werkzaamheden dus ook op groepsniveau (i.e. de populatie in de wijk) kan uitvoeren en een gevoeligheid voor zorgbehoeften op wijkniveau ontwikkelt. Om deze taken adequaat te kunnen uitvoeren is het essentieel dat de wijkverpleegkundige een breed netwerk heeft en samenwerkt met diverse organisaties en professionals in een multidisciplinair team. Een derde terrein – dat veelvuldig naar voren komt – is de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in de vorm van **zelfmanagement** en ‘empowerment van de cliënt’. De wijkverpleegkundige stelt de cliënt en diens mantelzorgers in staat om de zorg (deels) zelfstandig uit te voeren en sluit aan bij de mogelijkheden die cliënten daar in hebben. Deze drie taken dienen sterker geïntegreerd te worden in het wijkverpleegkundig handelen. Tot slot, zou het beroep van wijkverpleegkundige aan kracht winnen als het wijkverpleegkundig handelen gebaseerd is op wetenschappelijk onderbouwde interventies. Deze ‘evidence’ is bij voorkeur vastgelegd in richtlijnen en protocollen en draagt bij aan de **professionaliteit** van het wijkverpleegkundige beroep.

Noch de literatuur noch de door ons gesproken deskundigen geven aanleiding te veronderstellen dat het beroepsprofiel geheel herzien zal moeten worden. Grofweg kunnen zes competentiegebieden worden onderscheiden (i.e. persoonlijke verzorging, verpleging, AIV, begeleiding & coördinatie, zelfmanagement en professionaliteit). Wel kan worden geconcludeerd dat binnen deze competentiegebieden op de volgende taken meer en uitdrukkelijker accent moeten worden gelegd:

Zelfmanagement en ‘empowerment van de cliënt’: Dit wordt als afzonderlijk competentiegebied geformuleerd, in plaats van het onderdeel van een ander competentiegebied te laten maken. Competenties die hiervoor nodig zijn onder andere begeleiden, coachen en stimuleren. Belangrijke aanpassing hiervoor in de opleiding zou zijn dat er meer aandacht komt voor toepassing van motivational interviewing – een onmisbare vaardigheid bij dit competentiegebied.

Zorg op populatie/wijk niveau: de wijkverpleegkundige is in staat om haar werkzaamheden op individueel cliëntniveau (geïndiceerde zorg) naar wijkniveau te vertalen. De opleiding kan hierin faciliteren door studenten te leren hoe kennis van bijvoorbeeld GGD data toegepast kan worden in de wijk en zodoende interventies op wijkniveau kunnen uitvoeren. Het proactief aanbieden van preventieve activiteiten sluit hier op aan.

Verbinding wonen, welzijn en zorg: de wijkverpleegkundige is de verbindende factor tussen wonen, welzijn en zorg. De wijkverpleegkundige moet breed acteren: naast signaleren gaat het ook om het uitzetten van de juiste activiteiten in coördinatie en begeleiding. Hierbij is de wijkverpleegkundige de spil in het web, waarbij proactief handelen erg belangrijk is. De opleiding kan hier op inspelen door het gebruik van een sociale kaart in een wijk aan te leren, in combinatie met het ontwikkelen van een

breed netwerk. De opleiding zou ook meer moeten inspelen op de relatie tussen wonen, welzijn en zorg en de interactie hiertussen.

Professionalisering: het vierde en laatste belangrijke accentverschil is de professionalisering van het wijkverpleegkundig vak. Ook dit is als afzonderlijk competentiegebied geformuleerd. De opleiding kan hierop inspelen door aan te leren hoe wetenschappelijke inzichten geïnterpreteerd en vertaald kunnen worden naar toepassing in de dagelijkse praktijk en naar protocollen en standaarden.

Tot slot is het belangrijk dat de opleiding voortdurend aansluit bij de actuele praktijk; sterker nog de praktijk zou leidend moeten zijn voor de invulling van de opleiding. Dit vereist een grote mate van flexibiliteit om tijdig op nieuwe ontwikkelingen te kunnen inspelen. Op grond van de huidige inventarisatie verdient het de aanbeveling om eerst bij elk van de genoemde competentiegebieden de taken en de hiervoor benodigde competenties verder te concretiseren in termen van kennis, vaardigheden, inzichten en attitudes. Vervolgens dient dit naar de opleiding te worden vertaald zodat noodzakelijke aanpassingen in de opleiding kunnen worden gerealiseerd.

1. Inleiding

Wijkverpleegkundige is een eeuwenoud beroep. Rond de wisseling van de 19^e en 20^e eeuw, vanuit de opgerichte lokale kruisverenigingen, werd zij voor het eerst ingezet om mensen thuis te verplegen en te verzorgen.[1] Door de jaren heen vond er in het werk van de wijkverpleegkundige een transitie plaats van preventie van infectieziekten en hygiëne naar de zorg voor chronisch zieken. De medische kennis van de wijkverpleegkundige nam toe. Rond 1950 betekende dit dat de wijkverpleegkundige vooral taken en competenties bezat voor het verplegen en begeleiden van zieken in de thuissituatie. Tevens was er groeiende aandacht voor verpleegkundig preventieve taken.[1-3] Er was een natuurlijke en zeer nauwe samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige(n) in de wijk. Rond 1960 ontstonden er zogenaamde 'hometeams'. [4, 5] Deze hometeams zijn multidisciplinaire, wijkgerichte samenwerkingsverbanden die bestaan uit een groep professionals in de zorg die betrokken zijn bij de verzorging en/of verpleging van een specifieke patiënt. Het hometeam was geen vast team, maar werd afgestemd op de patiënt waarbij de wijkverpleegkundige en de huisarts nauw samenwerkten.[4, 5]

Vanaf 1990 fuseerden de kruisverenigingen met gezinszorginstellingen onder de naam thuiszorg.[2] Deze schaalvergroting had ook invloed op de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Door een proces van functiedifferentiatie verdween de all-round wijkverpleegkundige van weleer.[1] De wijkverpleegkundige functie richtte zich op taakgerichte verpleging. [6, 7] Deze functiedifferentiatie kwam bijvoorbeeld tot uiting in het ontkoppelen van de indicatiestelling van het zorgverleningsproces. De indicatie wordt niet langer door de wijkverpleegkundigen gesteld, maar is ondergebracht bij het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Het CIZ bepaalt de toegankelijkheid van de cliënt tot de thuiszorg en beoordeelt de hoeveelheid zorg die een cliënt mag ontvangen. Onder invloed van bestuurlijke en economische waarden van de thuiszorgorganisaties nam de mate van autonomie en sociale status van wijkverpleegkundigen af.[2] De schaalvergroting had ook invloed op de samenwerking van wijkverpleegkundigen met huisartsen en andere professionals in de wijk. De huisarts en de wijkverpleegkundigen groeiden uit elkaar. De marktwerking en concurrentie in de zorg maakten dat de nadruk op doelmatigheid van de zorg kwam te liggen. Deze ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben ertoe geleid dat het wijkverpleegkundige beroep geen duidelijk profiel meer heeft. In vergelijking met dertig jaar geleden is de functie van wijkverpleegkundige tegenwoordig niet eenduidig en bestaat er grote variatie in de uitoefening van het wijkverpleegkundige beroep.[8] De aantrekkelijkheid van het wijkverpleegkundige beroep is verloren gegaan.

Medio 2000 is een tegenbeweging ontstaan. Zorgverleners, managers en ambtenaren herbezinnen zich over de organisatie van de zorg. Er zijn toenemende geluiden om de zorg meer lokaal, in de wijk, te organiseren. De wijkverpleegkundigen zouden hierin een belangrijke plaats moeten innemen. Een van de eerste initiatieven en voorbeeld op dit gebied is Buurtzorg. Buurtzorg werkt met kleine, autonome zorgteams die bestaan uit ervaren en hoogopgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die zorg thuis bieden en nauw samenwerken met de huisarts. De wijkverpleegkundige is het centrale aanspreekpunt voor de cliënt.[9]

Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorg en in de maatschappij is een herbezinning op de wijkverpleegkundige functie essentieel. De zorgvraag en -behoeften van patiënten thuis verandert qua karakter. Patiënten gaan veel eerder met ontslag en zullen thuis verder moeten herstellen van de ziekte, al dan niet met de hulp van (nieuwe) medische technologieën die specialistische kennis en vaardigheden vereisen. Om de kosten beheersbaar te houden, is het streven om zoveel mogelijk van de zorg thuis te leveren.[3, 10] Tevens zal er een omslag plaats moeten vinden van de huidige benadering gericht op zorg en ziekte naar een meer preventieve benadering gericht op gedrag en gezondheid.[11] In deze benadering is er meer aandacht voor preventie en voor zelfmanagement. Tot slot, niet de zorg maar het welzijn van de burger dient op de voorgrond te staan. Investeren in het welzijn van de burger kan ziekten voorkomen of uitstellen. Zorg aan huis impliceert in de praktijk een wijkgerichtheid van de zorg. Het gaat hierbij om een verbintenis van de zorg met wonen, werken en mobiliteit.

Voorgaande ontwikkelingen en zienswijzen hebben logischerwijs ook gevolgen voor de inhoud van de wijkverpleegkundige functie (in de toekomst). Het is hierbij van belang dat de functie wordt afgestemd op de ontwikkelingen van de komende jaren.[3, 11-13] Maar hoe?

- Wat betekenen deze veranderingen voor het beroepsprofiel van de wijkverpleegkundige?
- Welke competenties zijn noodzakelijk?
- Is de huidige opleiding voldoende toegerust om dergelijke competenties aan te leren?
- En welke andere maatregelen of randvoorwaarden zijn nodig voor de uitoefening van de wijkverpleegkundige functie?

Deze thema's staan centraal in dit rapport.

1.1 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 3 volgt een beschrijving van de resultaten van de literatuurstudie. Hoofdstuk 4 schetst de uitkomsten van de interviews met stakeholders. Hoewel deze op een hoog abstractieniveau worden weergegeven, zijn hierbij ook citaten ter verlevendiging gegeven. De citaten geven over het algemeen de visie van het grootste deel van de respondenten weer. Hoofdstuk 5 beschrijft de reflecties van de klankbordgroep. Hoofdstuk 6 beschrijft de conclusie en tevens wordt er gereflecteerd op de betekenis van de bevindingen voor het toekomstige profiel van de wijkverpleegkundige. Als laatste in hoofdstuk 7 worden de kernboodschappen nog eens kort en krachtig weergegeven en wordt de betekenis van de resultaten in een breder kader geplaatst. Ter bevordering van de leesbaarheid wordt over de wijkverpleegkundige als 'zij' gesproken. Wij willen daar echter niet mee zeggen dat de wijkverpleegkundige per definitie vrouwelijk is.

Het is niet onze pretentie om een blauwdruk te geven voor wijkverpleegkundige opleidingen en wijkverpleegkundige organisaties, wel hopen we dat de inzichten in dit rapport een positieve bijdrage zullen leveren aan de verdere concretisering (in tegenstelling tot abstractie) aan het wijkverpleegkundige beroepsprofiel en resulteert in essentiële veranderingen in de huidige wijkverpleegkundige opleidingen.

2. Methode

2.1 Vraagstellingen

Voorliggend rapport geeft antwoord op de volgende vier hoofdvraagstellingen:

1. Hoe ziet het beroepsprofiel van de toekomstige wijkverpleegkundige er uit?
2. Welke (nieuwe) competenties heeft de wijkverpleegkundige nodig om in te spelen op de veranderingen in zorgaanbod en zorgvraag?
3. Hoe kan het onderwijs ervoor zorgen dat deze (nieuwe) competenties in voldoende omvang en kwaliteit worden aangeleerd?
4. Welke andere maatregelen/randvoorwaarden zijn nodig om ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundigen met deze (nieuwe) competenties doelmatig kunnen worden ingezet?

Om een antwoord te krijgen op bovenstaande vraagstellingen hebben we in de periode november 2010 tot september 2011 een inventariserende studie, bestaande uit een literatuurstudie, semigestructureerde individuele en focusgroep interviews en reflectie door klankbordgroep, uitgevoerd. Gedurende de studie zijn de tussentijdse bevindingen uit iedere fase van het onderzoek besproken met de opdrachtgever. Dit heeft op enkele punten geleid tot een verdere aanscherping van de analyses en interpretaties van de bevindingen.

2.2 Literatuurstudie

Om meer inzicht te krijgen in de algemene visie op het competentieprofiel van de (toekomstige) wijkverpleegkundige is dit project begonnen met een literatuurstudie (november 2010 t/m maart 2011). Hierin is gekeken naar knelpunten in het huidige functioneren van de wijkverpleegkundige en de in de literatuur terug te vinden visies op het te herziene competentieprofiel. De literatuurstudie kan gekenmerkt worden als een narratieve literatuurstudie, waarbij vooral gezocht is naar grijze literatuur zoals beleidsdocumenten en toekomstvisies uitgebracht door de overheid, Raad voor de Volksgezondheid, thuiszorg- en wijkverpleegkundige organisaties, overige organisaties in de eerstelijns en koepelorganisaties van eerstelijns zorgverleners (bijv. V&VN, LHV, NHG) en (wijk)verpleegkundige opleidingen. Een open internetsearch via Google met trefwoorden 'wijkverpleegkundige' al of niet gecombineerd met 'competentieprofiel verpleging', 'Buurtzorg', 'Zichtbare Schakel', 'preventie', 'wonen, zorg & welzijn' leverde een veelvoud aan documenten. Via 'sneeuwbal'- methode zijn aanvullende documenten opgespoord. Bij verzadiging van kennis – geen nieuwe inzichten – zijn we gestopt met het doorzoeken van de literatuur. In het totaal zijn circa 70 tot 80 documenten gelezen, waarvan uiteindelijk 24 relevante documenten gebruikt zijn in dit literatuuroverzicht. Allereerst zijn de verschillende teksten samengevat en vervolgens zijn de kernpunten uit deze samenvattingen gedistilleerd en in het volgend hoofdstuk beschrijvend weergegeven. In bijlage I zijn per document de aan bod gekomen onderwerpen (afgeleid van de 4 vraagstellingen) schematisch weergegeven.

2.3 Interviews

Vervolgens hebben we 9 individuele interviews en 3 focusgroep interviews (periode maart/april 2011) afgenomen. In totaal zijn er 29 personen geïnterviewd (zie bijlage II). De geïnterviewden kunnen gekenmerkt worden als stakeholder; waarbij grofweg onderscheid gemaakt kan worden in: 1) uitvoerder van de zorg (de wijkverpleegkundigen, huisarts), 2) managers/bestuurders, en 3) beleidsmedewerkers.

De in de inleiding beschreven hoofdvragen omtrent het toekomstige profiel van de wijkverpleegkundige, de bijbehorende competenties, de rol van de opleiding en overige maatregelen en randvoorwaarden vormden de leidraad voor de interviewstructuur. In alle interviews zijn deze hoofdthema's besproken. Aan de hand van de reacties en antwoorden van respondenten is dieper op deze hoofdthema's ingegaan. Op basis van de bevindingen uit de literatuurstudie is in de interviews expliciet aandacht besteed aan de volgende drie thema's: 1) verbinding tussen wonen-zorg-welzijn, 2) preventie, en 3) zelfredzaamheid en zelfmanagement van de patiënt. De individuele interviews

duurden minimaal 20 minuten en maximaal een uur; de focusgroepen namen drie kwartier tot maximaal anderhalf uur in beslag.

Van alle individuele en focusgroep interviews is een semiletterlijke transcriptie gemaakt. Vervolgens zijn deze transcripties geordend volgens de vier vooraf opgestelde hoofdvraagstellingen. Dit werd door 2 interviewers/onderzoekers (MK, SK) onafhankelijk gedaan, waarna beide uitwerkingen zijn vergeleken en eventuele discrepanties werden opgelost en besproken met derde onderzoeker (ML). Vervolgens werden de transcripties samen met ordening volgens de hoofdvraagstellingen teruggegeven aan respondenten. Zij konden daarop hun reacties en aanvullingen geven. In de volgende stap zijn de uitgewerkte transcripties op een hoger abstractieniveau geanalyseerd. Hiervoor werden kernwoorden uit interviews gehaald en onderling vergeleken om overeenkomsten en discrepanties tussen interviews te detecteren. Op basis daarvan kon aan de hoofdvraagstellingen een overkoepelende invulling gegeven worden. De resultaten van deze analyse zijn beschreven in hoofdstuk 4.

2.4 Klankbordgroep

Als laatste stap is de conceptrapportage aan een klankbordgroep voorgelegd. De klankbordgroep is een afvaardiging van de geïnterviewden, aangevuld met een huisarts-onderzoeker die niet heeft deelgenomen aan het individuele interview. Alle disciplines – uitvoerder, bestuurder/management, docent en beleidsmaker - zijn in de klankbordgroep vertegenwoordigd. De klankbordgroep is eind september 2011 georganiseerd, waarbij gedurende 1½ uur gediscussieerd is over de bevindingen en aanbevelingen zoals in de conceptrapportage is beschreven. Hierdoor kon gekeken worden of de rapportage overeen kwam met algemene visies uit het veld en eventuele onduidelijkheden konden worden opgelost. Ook gaven zij hun visie op thema's waar het rapport eerder nog geen concrete antwoorden op kon geven en vulden zij in die zin het rapport verder aan. Feedback van de klankbordgroep gaf de laatste input voor deze eindrapportage. De resultaten zijn samengevat in hoofdstuk 5.

3. Resultaten literatuurstudie

De literatuurstudie schetst een beeld van de huidige wijkverpleegkundige functie en (aanbevolen) ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarbij het belang van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg wordt benadrukt. De literatuur wijst uit dat de wijkverpleegkundige (in theorie) een belangrijke plaats inneemt in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit kan echter alleen worden waargemaakt als aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan en de relevante maatregelen worden getroffen. Terwijl men mag verwachten dat de opleiding een belangrijke rol heeft bij de hervorming van de wijkverpleegkundige functie, blijft de hervorming van de opleiding in de literatuur buiten beeld.

3.1 Hoe ziet het beroepsprofiel van de toekomstige wijkverpleegkundige er uit?

De wijkverpleegkundige is een generalist; zij is de equivalent van de huisarts als het gaat om “care”. [3] De wijkverpleegkundige biedt hoogwaardige verpleegkundige zorg aan cliënten in de thuissituatie. Ze gaat hierbij uit van de behoeften en beleving van zorgvragers en plaatst de zorgvraag in een breed perspectief. Coördinatie, afstemming van de zorg met behandelaren en andere zorgverleners maakt deel uit van het takenpakket. [3, 14]

Het takenpakket van een wijkverpleegkundige is erg breed, maar bestaat voornamelijk uit [2, 15]:

1. Het verplegen van ouderen of mensen met een (chronische) ziekte of handicap;
2. Het vroegsignaleren en doorverwijzen;
3. Het geven van informatie, advies en instructies;
4. Het verlenen van psychosociale steun;
5. Het verrichten van medisch-technische verpleegactiviteiten;
6. Het coördineren van zorg van verschillende zorgverleners;
7. Het vergroten van het bereik van interventies onder relevante doelgroepen;
8. Het ontwikkelen van multidisciplinaire en transmurale zorgnetwerken; en
9. Het monitoren van beleidsrelevante informatie als feedback voor lokaal gezondheidsbeleid.

Het wijkverpleegkundige profiel kan worden samengevat in zeven rollen. Deze rollen zijn afgeleid van de systematiek van de CanMeds (Canadian Medical Education Directions for Specialists)[16, 17] en schetsen de taak van de verpleegkundige in elke rol:

1. Vakinhoudelijk handelen: zorgverlener;
2. Communicatie: communicator tussen patiënt/cliënt en professional;
3. Samenwerking: samenwerker;
4. Kennis en wetenschap: afstemmer van evidence en implementatie van practice-based kennis en inzichten;
5. Organisatie: organisator;
6. Maatschappelijk handelen: gezondheidsvoorlichter en opvoeder;
7. Professionaliteit en kwaliteit: professional en kwaliteitsbevorderaar

Zoals in de inleiding reeds is geschetst, is de realiteit echter anders. Functiedifferentiatie en specialisatie van de wijkverpleegkundige hebben afbreuk gedaan aan de generalistische functie van de wijkverpleegkundige en maakt dat de wijkverpleegkundige niet aan al deze rollen een adequate invulling kan geven. De meerwaarde van de wijkverpleegkundige functie in de eerstelijnsgezondheidszorg zit echter in het generalistisch werken en de hiervoor geschetste rollen en taken.

De wijkverpleegkundige nieuwe stijl is als het ware de wijkverpleegkundige van vroeger. De wijkverpleegkundige vervult een generalistische functie en werkt nauw samen met de huisarts en andere professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg. De wijkverpleegkundige vervult een brede rol en werkt complementair aan de huisarts in de zorg voor de mensen thuis. [3]

3.2 Welke (nieuwe) competenties heeft de wijkverpleegkundige nodig om in te spelen op de veranderingen in zorgaanbod en zorgvraag?

In 2005 hebben Mast & Pool wijkverpleegkundige rollen vertaald in competenties.[14] Hieronder volgt per rol een opsomming van de benodigde competenties:

1. Zorgverlener: professionele wijkverpleegkundige zorg, het geven van advies, instructie en voorlichting (A.I.V.), verlenen van verpleegkundige zorg, verlenen van medisch-technische zorg, verlenen van psychosociale zorg, ondersteunen van mantelzorgers en verlenen van terminale/palliatieve zorg;
2. Regisseur: herindiceren van zorg en zorgdragen voor een integraal zorgaanbod;
3. Coach: coachen en geven van werkbegeleiding;
4. Ontwerper: ontwikkelen van A.I.V. programma's en instrumenten voor kwaliteit;
5. Beroepsbeoefenaar: functioneren in een dienstverlenende organisatie en op hbo-niveau, en het ontwikkelen van het beroep.

De rollen zijn ondergebracht in 3 overkoepelende domeinen: zorg (zorgverlener en regisseur), organisatie van zorg (ontwerper en coach) en beroep (beroepsbeoefenaar). Zij geven hierbij aan dat het beroep wordt gekenmerkt door de zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden; het bieden van individuele en collectieve preventie; het geven van gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (GVO).

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een nieuwe oriëntatie van zorg noodzakelijk.[11] Een groeiende en sterk veranderde zorgvraag, meer medische (technologische) mogelijkheden en kennis hierover bij het publiek, een kritische zorgconsument en een dubbele rem op het groeipotentieel (inkrimping van de arbeidsmarkt en zorgbudget) maken een heroriëntatie op de huidige inrichting van de gezondheidszorg noodzakelijk. In het nieuwe model zou niet de zorg en de ziekte leidend moeten zijn, maar zou de gezondheid en het gedrag centraal gezet moeten worden. In het model is een centrale rol weggelegd voor verpleegkundigen.[10-12, 18, 19] In deze visie past de versterking van de rol van de wijkverpleegkundige die samen met de huisarts vanuit een generalistische aanpak mensen thuis zorg aanbiedt. Verpleegkundigen kunnen veel vragen beantwoorden en mensen doorverwijzen naar de juiste zorgverleners of de juiste instanties. Mensen hebben vertrouwen in (wijk)verpleegkundigen; verpleegkundigen zijn communicatief sterk en sociaal vaardig.

In het nieuwe model zouden de wijkverpleegkundigen tevens in staat moeten zijn om een brug te slaan tussen zorg en welzijn, in de vorm van zorgcoördinatie, ondersteuning bij zelfmanagement, inloopfunctie, wijkgeoriënteerde preventie en zorg.[11] Ook moeten zij in staat zijn om mensen te helpen hun eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en gedrag te nemen. Zij kunnen ondersteuning bieden bij zelfmanagement en zelfredzaamheid, maar tevens daar waar nodig ook zorg bieden die past bij persoonlijke leefsituaties van cliënten. Hiertoe moeten wijkverpleegkundigen beschikken over de juiste vakkennis van ziekte en gezondheid.[10]

Het nieuwe model vraagt om een wijkgerichte aanpak, waarbij integratie van welzijn, wonen en zorg centraal staat.[13, 19] De wijkverpleegkundige wordt als schakel in de wijk gepositioneerd en vervult samen met de praktijkondersteuner uit de huisartsenpraktijk een loketfunctie waar zorgverleners en bewoners in de wijk hun signalen kunnen melden. Op deze manier kan een wijkgerichte, multidisciplinaire ketenaanpak gerealiseerd worden. De wijkverpleegkundige treedt op als casemanager voor de cliënt en zorgt voor afstemming van zorg.[13, 20] Ketenzorg wordt gezien als een belangrijk hulpmiddel om samenhangende zorg van voldoende kwaliteit in de eerste lijn te organiseren. Afstemming van zorg is belangrijk aangezien multimorbiditeit veel voorkomt bij chronisch zieken en ouderen. De wijkverpleegkundige heeft als generalistisch functionaris in de zorg de verantwoordelijkheid om alle benodigde zorg goed op elkaar afstemmen.[21]

De wijkverpleegkundige is dus het aanspreekpunt binnen de wijk. Naast afstemming voor de zorg van (chronisch) zieken en gehandicapten geeft de wijkverpleegkundige voorlichting en voert preventieve werkzaamheden uit. In het programma 'Zichtbare Schakel'[22] worden in haar functie naast reguliere taken als coördinatie en regie, advisering en doorverwijzing, signalering en probleemanalyse op wijkniveau versterkt en/of vernieuwd. Hierbij verbindt zij wonen en werken met beleidsterreinen:

- Vroegsignaleren en doorverwijzen;
- Zorg verlenen en adviseren, verbinden en toe leiden;
- Het vergroten van het bereik van interventies onder relevante doelgroepen (dan wel het op maat maken, passend bij de doelgroepen en context van de wijk);
- Registreren en volgen; en
- Monitoren van beleidsrelevante informatie als feedback voor lokaal gezondheidsbeleid.

De wijkverpleegkundige richt zich niet alleen op de individuele cliënt en diens mantelzorgers, maar ook op groepen, met andere woorden op de populatie in een wijk. Net als de huisarts is de wijkverpleegkundige weer herkenbaar en hebben mensen vertrouwen in de wijkverpleegkundige. Hierdoor is de wijkverpleegkundige in staat laagdrempelige zorg te bieden. Om deze taken te kunnen uitvoeren is het belangrijk dat de verantwoordelijkheid van de zorg bij hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen (niveau 5) komt te liggen.[6]

3.3 Hoe kan het onderwijs ervoor zorgen dat deze (nieuwe) competenties in voldoende omvang en kwaliteit worden aangeleerd?

Sinds 1 augustus 1997 zijn de opleidingen in de thuiszorg aangepast. De opleidingen vallen onder het samenhangend stelsel voor verzorgende en verpleegkundige beroepen. Er worden vijf functies/diploma's onderscheiden:

- 1) Zorghulp: kwalificatieniveau 1
- 2) Helpende: kwalificatieniveau 2
- 3) Verzorgende: kwalificatieniveau 3
- 4) Verpleegkundige in de wijk (MBO-niveau): kwalificatieniveau 4
- 5) Wijkverpleegkundige (HBO-niveau): kwalificatieniveau 5

Er zijn twee opleidingen waarmee je als verpleegkundige in de wijk aan de slag kunt. Met een MBO opleiding word je opgeleid tot verpleegkundige in de wijk (niveau 4). De HBO-opleiding leidt wijkverpleegkundigen (niveau 5) op. Hoewel een deel van de zorg die door verpleegkundigen in de wijk en wijkverpleegkundigen verleend wordt vergelijkbaar is, worden wijkverpleegkundigen in het algemeen voor meer complexe zorgtaken ingezet.

De HBO-opleiding onderscheidt een propedeuse (1 jaar) en een hoofdfase (3 jaar). Verpleegkundigen die de HBO-opleiding succesvol afronden ontvangen een getuigschrift hoger beroepsonderwijs (Bachelor of Nursing). Tijdens het propedeusejaar komen alle studieonderwerpen kort aan bod. In de hoofdfase worden de vakgebieden uitgediept en tevens wordt er ervaring in de praktijk opgedaan. In de voltijd- en deeltijdvariant bestaat circa 30% van de studietijd uit stages in verschillende zorginstellingen. Er bestaat ook een duale opleiding waarbij de 'student' in het tweede leerjaar in een instelling gaat werken. Bij de duale opleiding wordt ongeveer 50% van de studietijd besteed aan het praktijkgedeelte. Het praktijkgedeelte vindt grotendeels plaats bij de instelling waar de student als werknemer is aangenomen.

De HBO-opleiding is een brede opleiding, waarbij aandacht is voor verschillende soorten patiënten en bijbehorende zorgverlening. In de huidige opleiding voor verpleegkundigen niveau 5 worden de rollen zoals beschreven in CanMeds systematiek (zie vraagstelling 2) aangeleerd.[3] In de hoofdfase kiest een student uit één van de volgende differentiaties:

- Kraam-, kind- en jeugdzorg
- Zorg voor langdurig zieken (inclusief zorg voor ouderen)

- Klinische zorg (zorg voor ziekenhuispatiënten)
- Zorg voor mensen met een psychiatrisch ziektebeeld of met een verstandelijke handicap

De differentiaties bereiden de student voor op het werkveld dat hen in eerste instantie het meest aanspreekt. De differentiatie is echter niet bindend, met andere woorden iemand die de differentiatie zorg voor langdurig zieken kiest, kan na de opleiding ook in het ziekenhuis gaan werken.

In de literatuur hebben we geen aanwijzingen gevonden die erop duiden dat de huidige opleiding wordt herzien of wordt aangepast aan de competenties die voor de uitvoering van de toekomstige wijkverpleegkundige functie noodzakelijk zijn. Een ander probleem dat zich voordoet is dat slechts 8.700 van de in totaal 149.000 niveau 4 en 5 verpleegkundigen in de thuiszorg werkt.[23] Eén van de uitdagingen van de opleiding is het beroep van wijkverpleegkundige - gezien de grote behoefte aan wijkverpleegkundigen – sterker en aantrekkelijker te positioneren binnen de opleiding. Dit moet ertoe leiden dat veel meer studenten tijdens en na de opleiding kiezen voor het vak van wijkverpleegkundige.

3.4 Welke andere maatregelen/randvoorwaarden zijn nodig om ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundigen met deze (nieuwe) competenties doelmatig kunnen worden ingezet?

De wijkverpleegkundige functie zal anders ingevuld moeten gaan worden om in te spelen op de veranderde zorgvraag en –behoeften van de thuiswonende cliënt. Het volstaat niet om uitsluitend (nieuwe) competenties aan te leren. Andere maatregelen zijn nodig om de wijkverpleegkundige nieuwe stijl tot volledige wasdom te laten uitgroeien.

De volgende organisatorische randvoorwaarden zijn noodzakelijk[3]:

- inbedding in een thuiszorgteam;
- team werkt wijkgericht;
- kleine teams;
- samenwerking met de huisarts wordt hersteld;
- team werkt samen met het ziekenhuis;
- breed takenpakket/generalistisch;
- zelfstandig.

Ook beschrijft de literatuur verschillende maatschappelijke randvoorwaarden die essentieel zijn voor het functioneren van de toekomstige wijkverpleegkundige.[3] Ten eerste dient er bijvoorbeeld een wettelijke basis te zijn voor wijkverpleegkundigen. Deze heeft momenteel een rol binnen de care in de eerste lijn. Dit domein is verankerd in de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), maar wijkverpleging is echter geen functie in de AWBZ. Er bestaat nu geen indicatie “wijkverpleging”. Het ontbreekt momenteel aan een bekostigingsbasis voor de wijkverpleegkundige.[3, 19]

Ten tweede moet het regelvermogen van een wijkverpleegkundige omhoog gebracht worden. De wijkverpleegkundige moet eigen inzet kunnen bepalen, meer invloed hebben op de indicatiestelling en meer mogelijkheden krijgen om snel te kunnen handelen met goedkeuring en bekostiging achteraf. Het ontbreekt momenteel aan deze zelfstandige regelruimte.[3, 19]

Ook het feit dat de wijkverpleegkundige taken zijn verdeeld over meerdere personen ten gevolge van specialisatie en functiedifferentiatie belemmert de uitvoering van een generalistische rol.[3, 19] De wijkverpleegkundige – een generalist – moet binnen de wijk en in de huisartsenpraktijk weer zichtbaar worden, zodat een goede samenwerking kan worden gerealiseerd.

In de literatuur zijn verschillende actiepunten terug te vinden die de huidige belemmeringen kunnen aanpakken[10]:

1. Investeer in verpleegkundige en verzorgende;
2. Regel de toegankelijkheid van verpleegkundigen: Vanwege de huidige financieringsstructuur wordt het voor de wijkverpleegkundige moeilijk gemaakt om laagdrempelig benaderbaar te zijn. Vanuit de politiek zouden mogelijkheden gecreëerd moeten worden om te bekostiging eenduidig te organiseren. Deze moet aansluiten op de lokale populatie en reduceren van financiële onmogelijkheden zoals de AWBZ en zorgverzekering;
3. Laat verpleegkundigen, huisartsen en andere eerstelijns professionals zo dicht mogelijk bij de patiënt goede basiszorg leveren (buurtgericht en kleinschalig);
4. Realiseer een bereikbare eerste lijn;
5. Investeer in een generalistische functie in de eerstelijnszorg;
6. Laat verpleegkundigen de zorg coördineren;
7. Stimuleer preventie, zelfmanagement en zelfredzaamheid;
8. Zet in op taakherschikking;
9. Laat verpleegkundigen de indicatie stellen; en
10. Treed buiten de lijn. Dit wil zeggen dat de wijkverpleegkundige niet uitsluitend werkt en denkt voor de eerste lijn, omdat grenzen met de tweede en derde lijn zullen gaan vervagen. De wijkverpleegkundige is voor de patiënt de centrale persoon in zijn of haar gehele zorgproces van verpleegkundigen, specialisten en behandelaren.

3.5 Samenvatting

Het wijkverpleegkundige beroep zou terug moeten naar de oorsprong: generalistisch, in de wijk en in nauwe samenwerking met de huisarts. Naast verpleegkundige zorgtaken is preventie een belangrijk onderdeel van het takenpakket. In de wijkgerichte aanpak zijn welzijn, wonen en zorg verbonden. De wijkverpleegkundige is de spil en zorgt voor adequate toeleiding en doorverwijzing. Burgers en patiënten krijgen een grotere eigen verantwoordelijkheid. De wijkverpleegkundige heeft de taak hen hierin te begeleiden, zodat zij in staat zijn zelf de regie te voeren over zorg en daarbij zelfmanagement uit te voeren.

Het huidige takenpakket van de wijkverpleegkundige bestaat naast het verplegen van ouderen of mensen met (chronische) ziekte of handicap onder andere uit het geven van informatie, advies en instructies, het verlenen van medisch-technische zorg, het ondersteunen van cliënten en mantelzorgers en het zorgen voor een integraal zorgaanbod. Het verbinden van welzijn, wonen en zorg, het uitvoeren van primaire preventie, cliënt empowerment (i.e. begeleiden bij zelfmanagement) en het samenwerken met de huisarts, andere eerstelijns zorgverleners en het ziekenhuis zijn belangrijke competenties voor de toekomstige wijkverpleegkundige. Deze competenties lijken in het huidige competentieprofiel onvoldoende naar voren te komen. Binnen de opleiding zou meer aandacht kunnen worden besteed aan het aanleren van deze competenties.

4. Resultaten interviews

In totaal zijn er 9 mensen individueel geïnterviewd en hebben er 20 mensen deelgenomen aan focusgroep interviews (zie bijlage II). Respondenten in dit onderzoek functioneren op verschillende niveaus in de organisatie van wijkverpleging: wijkverpleegkundigen, huisarts, managers/bestuurders van een thuiszorginstelling, beleidsmakers en docenten van de verpleegkundige opleiding. Hierdoor is uit verschillende functiegebieden informatie vergaard over het profiel van de wijkverpleegkundige in de (nabije) toekomst en de consequenties hiervan voor de inrichting van de (toekomstige) wijkverpleegkundige opleiding. Een schematisch overzicht van besproken onderwerpen, met enkele citaten per respondent ter illustratie, is terug te vinden in bijlage III.

Opvallend was dat vrijwel alle respondenten vonden dat het huidige profiel van de wijkverpleegkundige aan vernieuwing toe was. Qua invulling was hierin echter nog geen volledige consistentie tussen de verschillende respondenten. Onderstaand wordt een beeld geschetst op basis van de visie van de verschillende respondenten. In de uitwerking hebben we gestreefd naar het bij elkaar brengen van de verschillende visies tot een overkoepelend beeld, waarbij tevens aandacht is voor verschillen in visies en meningen. De resultaten zijn uitgewerkt aan de hand van de vier hoofdvraagstellingen van het onderzoek.

4.1 Hoe ziet het beroepsprofiel van de toekomstige wijkverpleegkundige eruit?

4.1.1 Algemeen

De wijkverpleegkundige wordt door alle respondenten als een *generalist* gezien. De wijkverpleegkundige is de *spil* in de zorg voor zowel individuele cliënten als op populatieniveau. Dat betekent dat zij de gehele context rondom een cliënt en de inwoners van een wijk kan overzien.

Daarvoor is nodig dat zij de situatie kan *analyseren* en de behoeften op individueel en populatieniveau adequaat kan inschatten. Op basis van de uitkomsten van deze analyse zal de wijkverpleegkundige de juiste *acties* in gang moeten zetten. Soms zal de wijkverpleegkundige zelf de benodigde acties uitvoeren, maar het kan ook beperkt blijven tot het *inschakelen* van andere hulpverleners of organisaties die vervolgens verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de benodigde activiteiten. Dit geldt niet alleen voor de eerste lijn, maar de wijkverpleegkundige stemt tevens activiteiten af met de tweedelijns zorgverleners. De taken van de wijkverpleegkundigen beslaan naast *preventie en zorg*, ook *welzijn en wonen*.

De wijkverpleegkundige is *deskundig* op uiteenlopende niveaus van zorg: zowel medisch-technische handelingen als management behoren tot haar taken. De *medisch-technische handelingen* zullen vooral worden uitgevoerd bij laag tot middel complexe zorg, bij de opstart van de zorg en als borging van de geleverde zorg door verpleegkundigen met een lager deskundigheidsniveau (niveau 3 of 4). De wijkverpleegkundige zal op het verpleegtechnisch gebied vooral op de achtergrond aanwezig zijn, maar altijd beschikbaar zijn voor *consultatie*. Daarnaast zal de wijkverpleegkundige zelf in belangrijke mate de medisch-technische handelingen bij *hoogcomplexiteit* blijven uitvoeren.

De generalistische visie is een sterk faciliterende factor bij het *coördineren* en *verwijzen* van cliënten naar de juiste hulpverlener en organisaties. De wijkverpleegkundige dient hiervoor goed op de hoogte te zijn van de *maatschappelijke context* van een wijk. Met andere woorden: de actualiteiten, de krachten en de 'stakeholders'. Hierdoor is de wijkverpleegkundige in staat de cliënt op een juiste manier door te verwijzen naar hulpverleners en organisaties die binnen het *netwerk* van de eerste lijn werkzaam zijn. De interdisciplinaire *samenwerking* bestaat voor een belangrijk deel uit samenwerking met de huisarts. Volgens de respondenten moeten deze twee professionals elkaar *aanvullen in de eerste lijn*, maar ze zijn niet eenduidig over precieze invulling en hiërarchische structuren.

Daarnaast zijn de respondenten het er nagenoeg over eens dat de wijkverpleegkundige *autonoom* moet kunnen functioneren en dat ook moet uitdragen richting andere disciplines. In haar vakgebied werkt ze vanuit haar *eigen professionele standaarden* gebaseerd op (wetenschappelijk) bewijs. De

meerderheid van de respondenten gaf aan dat er *continue bijscholing* vereist is om de veelzijdigheid van het wijkverpleegkundige vak op peil te houden. Zij moet niet alleen kunnen toepassen, maar ook kunnen initiëren in haar vakgebied. De wijkverpleegkundige zal een *pro-actieve houding* moeten ontwikkelen.

4.1.2 Het verbinden van wonen-welzijn-zorg

De meerderheid van de respondenten vond dat de wijkverpleegkundige een *verbindende* rol heeft tussen de sectoren wonen, zorg en welzijn. De wijkverpleegkundige voert taken uit op het gebied van *cure, care, preventie* en uitgangspunt hierbij is de vraag of *behoefte van de cliënt*. Eén van de respondenten benadrukte dat de verbintenis tussen wonen, welzijn en zorg een beleidsmatige invulling van het werk van de wijkverpleegkundige is. Dit werpt onnodig schotten op. De vraag van de *cliënt* zou *centraal* moeten worden gesteld, zonder dat de wijkverpleegkundige wonen, welzijn en zorg altijd verbindt omdat het beleidsmatig besloten is. De vraag van de cliënt is leidend voor de verdere acties die de wijkverpleegkundige moet ondernemen. Het verbinden van wonen met zorg en welzijn kan dan een gevolg zijn op basis van de vraag van de cliënt of van problemen en vragen die op populatieniveau in een wijk zich voordoen.

Doordat de wijkverpleegkundige *generalistisch* werkt en de vraag van de cliënt in zijn totaliteit benadert kan zij bij uitstek de drie domeinen met elkaar verbinden. Dit betekent niet dat de wijkverpleegkundige ook inhoudelijk activiteiten moet uitvoeren binnen al deze domeinen. Op basis van *signalen en analyses* op zowel individueel als populatieniveau moet zij wel in staat zijn *de juiste personen of instanties in de verschillende domeinen in te schakelen*. De wijkverpleegkundige is dus een belangrijke *schakel* tussen verschillende disciplines tussen en binnen de verschillende domeinen. Diverse respondenten geven aan dat de wijkverpleegkundigen op dit moment *onvoldoende bekwaam* zijn om de domeinen wonen, zorg en welzijn te beslaan. Hierbij wordt herhaaldelijk aangegeven dat het domein wonen lastig is. Er is weinig consistentie onder respondenten over de rol van de wijkverpleegkundige hierin. Enkele respondenten bepleiten ‘schoenmaker, blijf bij je leest’. De wijkverpleegkundige is niet gekwalificeerd om bijvoorbeeld met woningcorporaties samen te werken voor een wijkinrichting. Andere respondenten geven aan dat de wijkverpleegkundige bij uitstek geschikt is voor het meedenken en adviseren over de inrichting van de wijk. De wijkverpleegkundige heeft namelijk een goed overzicht van hetgeen op populatieniveau belangrijke aspecten zijn. Dus zij zou haar functie als *casemanager* op individueel niveau ook moeten kunnen optillen naar wijkniveau.

4.1.3 Het uitvoeren van preventie

De wijkverpleegkundige krijgt een steeds grotere rol in de preventie op zowel individueel als *populatieniveau*. Daarvoor werkt zij niet meer alleen vraaggestuurd, maar ook *signalerend*. Van belang is dat op individueel niveau verder gekeken wordt dan uitsluitend de indicatie. Een *pro-actieve* houding is belangrijk, zodat *vroegtijdig signaleren* van problemen gevolgd door adequate actie mogelijk wordt. Volgens een aantal respondenten met verschillende achtergronden is een indicatie geen voorwaarde om achter de voordeur te komen. De wijkverpleegkundige is *laagdrempelig*. Zij kan daardoor makkelijk door andere disciplines zoals een huisarts ingeschakeld worden om de situatie in te schatten. Belangrijk is dat de wijkverpleegkundige de *gehele context* rondom de cliënt in ogenschouw neemt en op basis hiervan inschat welke discipline nodig is voor een eventueel benodigde interventie.

Op populatieniveau is de wijkverpleegkundige in staat om een *analyse van de wijk* te maken en de meest voorkomende problemen in kaart te brengen. Bij deze analyse worden ook andere professionals en wijkbewoners betrokken om de uitkomsten te *verifiëren*. Het is noodzakelijk dat de wijkverpleegkundige weet welke disciplines in haar *brede netwerk* relevant zijn in het aanpakken van de gesignaleerde problemen en welke acties er ondernomen dienen te worden om de preventie op populatieniveau tot uitvoering te brengen.

4.1.4 Het begeleiden van de patiënt bij zelfredzaamheid en zelfmanagement

Nagenoeg alle respondenten zien het *optimaliseren van zelfmanagement* als een van de belangrijkste taken van de wijkverpleegkundige. Zelfmanagement is meer dan uitsluitend het stimuleren van

zelfzorg. Het gaat hierbij om het *empoweren* van de cliënt en het bevorderen van de zelfredzaamheid. Bij zelfredzaamheid gaat het erom dat de wijkverpleegkundige *samen met de cliënt* kijkt naar de mogelijkheden die de cliënt heeft om bepaalde taken zelf uit te voeren. Hierin staat het cliëntenbelang centraal: het gaat om keuzes en de haalbaarheid binnen de context van het systeem van die cliënt. De wijkverpleegkundige kijkt samen met de cliënt, als een *coach*, naar de beschikbare hulpbronnen om deze al of niet in te zetten. Het stimuleren van empowerment door de *informatievoorziening/ voorlichting af te stemmen* op het kennisniveau van de cliënt, wordt hierbij als belangrijk gezien. Cliënten moeten zoveel mogelijk hun leven met een bepaalde aandoening in *eigen regie* zien te krijgen. *Leefstijlbegeleiding* door een wijkverpleegkundigen wordt hierbij door een deel van de respondenten ook als essentiële taak gezien.

4.2 Welke (nieuwe) competenties heeft de wijkverpleegkundige nodig om in te spelen op de veranderingen in zorgaanbod en zorgvraag?

In de interviews zijn de rollen en competenties niet als geheel en op zichzelf staande factoren besproken, maar de interviews waren gericht op belangrijke competenties en taken in het huidige en toekomstige profiel zoals respondenten deze zien. Op basis van deze resultaten hebben wij onderscheid gemaakt in vijf competentiegebieden. Deze definiëren samen het wijkverpleegkundige beroep in nieuwe stijl:

1. Persoonlijke verzorging
2. Verpleging
3. Zelfmanagement
4. Spil
5. Professionaliteit

Deze competenties passen bij de rollen die door CanMeds [16, 17] en Mast & Pool [14] zijn gedefinieerd (zie ook hoofdstuk 2, resultaten literatuurstudie), zij het in een andere ordening. Maar klaarblijkelijk leggen de respondenten andere accenten in de verschillende competentiegebieden.

4.2.1 Persoonlijke verzorging

Beschrijving: Persoonlijke verzorging is voor de verschillende niveaus van verpleegkundigen een fundamenteel competentiegebied. Hoewel de medisch-technische handelingen bij laag tot middel complexe zorg voornamelijk door verpleegkundigen niveau 3 of 4 gedaan zullen worden, is de wijkverpleegkundige (niveau 5) altijd op de achtergrond aanwezig voor *consultatie* en zorgt voor de *opstart van een zorgtraject*. Het uitvoeren van *medisch-technische handelingen* door de wijkverpleegkundige zal daarbij vooral een *signalerende functie* hebben. Om deze signalerende functie uit te kunnen voeren, is de wijkverpleegkundige in staat om het gehele facet aan benodigde medisch-technische handelingen en zorg zelf uit te voeren.

“Het gaat vaak niet om kousen aantrekken, maar het gaat er om dat iemand hartproblemen heeft en andere problemen die leiden tot mogelijke risico's. Daar kun je mee aan de gang gaan door te kijken naar leefstijl en tegelijkertijd nadenken over hoe het bijvoorbeeld met het werk van deze vrouw zit, er kan wellicht iemand anders de kousen aantrekken en een oogje in het zeil houden.” (Respondent 10)

Competentie:

- Medisch-technisch handelen: wanneer mensen niet in staat zijn om, of zich slechts gedeeltelijk zelf kunnen verzorgen is het aan verpleegkundigen van alle niveaus om de persoon hierbij te helpen en te ondersteunen. Ook dient het medisch-technisch handelen ter voorkoming van complicaties. Hiervoor moet de wijkverpleegkundige medisch-technische zorg

regelen, kunnen uitvoeren en demonstreren aan cliënten, maar ook onregelmatigheden kunnen signaleren.

4.2.2 Verpleging

Beschrijving: Samen met persoonlijke verzorging is het verpleegkundig competentiegebied de basis voor de wijkverpleegkundige. Vanuit dit competentiegebied is zij in staat om de overige hierna te beschrijven competenties uit te voeren. Het verpleegkundig domein omvat alle activiteiten die worden verricht naar aanleiding van verwijzingen, signaleringen al dan niet door de wijkverpleegkundige zelf, ten behoeve van de thuiswonende cliënt inclusief alle medisch-technische handelingen. Respondent 4 beschrijft dat in ieder geval de verpleegkundige kennis en vaardigheden weer opgeschroefd moet gaan worden:

“We hebben weinig kennis over de werkingen en bijwerkingen van medicatie, contra-indicaties. Als ik als verpleegkundige een medicijn toedien, vind ik dat ik hoor te weten waarom ik het je toedien, wat er kan gebeuren als het fout gaat en vervolgens welke acties ik dan moet ondernemen. Zo zijn er heel veel praktische kennisstukken waar aan wordt gesnuffeld maar dat niet beklijft.”

Competenties

- Verpleegtechnisch handelen: Dit vormt de overtreffende trap van competenties bij persoonlijke verzorging. Zaken die de wijkverpleegkundige op dit gebied signaleert, moet zij kunnen omzetten naar concrete acties. Om problemen te herkennen is veel *kennis* van het *menselijk lichaam* vereist. Hiervoor wordt kennis van anatomie, fysiologie en pathologie gevraagd, met bijbehorende urgentie-inschatting. Daarnaast moet de wijkverpleegkundige kennis van *medicatiwerking* hebben om hier kritisch op te kunnen zijn. Verder is de wijkverpleegkundige in staat om een volledige *intake* bij een cliënt af te nemen. Zij kan daarbij de *context van de cliënt* betrekken in de intake. Hiervoor kijkt de wijkverpleegkundige naar de rol van mogelijke mantelzorgers en overige hulpbronnen, de buurt van de cliënt en de sociale situatie waar de cliënt in verkeert.
- Generalistisch handelen: Om generalistisch te kunnen zijn is de wijkverpleegkundige creatief en flexibel (past zich makkelijk aan in verschillende situaties), mede omdat oplossingen moeten worden afgestemd met maatschappelijke ontwikkelingen en de zorg- en welzijnsbehoeften die mensen hebben. Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige veel kennis van gezondheid en ziektebeelden, maar ook *kennis van wet- en regelgeving*. Ook moet zij als generalist verpleegtechnische en medisch-technische handelingen kunnen uitvoeren, kunnen communiceren op verschillende niveaus en analyserende vaardigheden bezitten. Verder moet zij de taal van andere disciplines kennen, om mee samen te kunnen werken en generalistisch te blijven. Om een generalist met *veel basiskennis* te zijn moet de wijkverpleegkundige het *gehele zorgproces kunnen overzien* en kunnen *coördineren*. Hiervoor moet goed *samengewerkt* kunnen worden. De wijkverpleegkundige onderhoudt een *breed netwerk* van contacten binnen diverse domeinen (wonen-welzijn-zorg).
- Preventie: Preventieve werkzaamheden zouden ingebed moeten zijn in de allerhande werkzaamheden die de wijkverpleegkundige verricht. Binnen het preventieve takenpakket van de wijkverpleegkundige is (*vroeg*)*signalering* op uiteenlopende vlakken evident. De wijkverpleegkundige kan dan bijdragen aan preventie door *proactief* te handelen op basis van waargenomen signalen. Hiervoor is de wijkverpleegkundige ondernemend en innovatief ingesteld. De signalering op wijkniveau kan de wijkverpleegkundige uit het resultaat van een *wijkanalyse* afleiden die de wijkverpleegkundige heeft uitgevoerd. Zij is tevens op de hoogte van de *sociale kaart* in de wijk: welke organisaties in de wijk kunnen een bijdrage leveren aan het verbeteren van aspecten op het gebied van wonen, welzijn en zorg. De wijkverpleegkundige communiceert dit naar wijkbewoners en zoekt naar de grootst haalbare

gezondheidswinst. Verder *verifieert* de wijkverpleegkundige haar bevindingen uit de wijkanalyse met enerzijds overige professies en anderzijds inwoners van de wijk.

Signalering op cliëntniveau gebeurt op basis van ervaring tijdens het medisch-technisch of verpleegkundig handelen, maar kan ook resulteren uit een 'niet-pluis' gevoel van andere specialismen die de wijkverpleegkundige inschakelen om de situatie te onderzoeken. Naast signaleren is het *monitoren* van cliënten en de wijk belangrijk binnen preventieve vaardigheden. Tot slot is de wijkverpleegkundige op de hoogte van *ICT toepassingen* die kunnen helpen bij het uitvoeren van preventieve activiteiten (denk bijvoorbeeld aan e-health interventies).

- Coachen van andere disciplines/ verpleegkundigen: Veel medisch-technische handelingen zullen niet alleen worden uitgevoerd door de wijkverpleegkundige, maar nog meer door niveau 3 en 4. Toch zullen deze handelingen wel moeten passen in het groter geheel van het zorgproces van een cliënt. Daarom is het belangrijk dat de wijkverpleegkundigen de uitvoerende kan *aansturen en coachen*. Hiervoor weet de wijkverpleegkundige hoe zij de verzorgende moet bevragen over de dagelijkse gang van zaken, kan daar goed naar luisteren, en kan samen met de verzorgende afstemmen wat er nog nodig is en hoe dit onderling verdeeld wordt. Hierbij is delegatie ook een belangrijke vaardigheid, waarbij de wijkverpleegkundige *vertrouwen* in andere professionals heeft.
- Sociale slimheid: De wijkverpleegkundige heeft belangrijke taken in signalering en kan ten aanzien daarvan actiepunten uitzetten. Om de gevoeligheid hiervoor te vergroten, is "sociale slimheid" vereist. De belangrijkste voorwaarde voor die ontwikkeling is *nieuwsgierigheid*. Daarnaast is de wijkverpleegkundige gevoelig voor bepaalde sociale settingen (de maatschappelijke context), kan systematisch analyseren, is zelfstandig, creatief, solist en gericht op verbindingen.

4.2.3 Zelfmanagement

Beschrijving: Omdat het *optimaliseren van zelfmanagement* als een van de belangrijkste taken van de wijkverpleegkundige wordt gezien, zien wij dit als een afzonderlijk domein binnen het wijkverpleegkundige competentieprofiel. Cliënten moeten hun beperking zo veel mogelijk in eigen regie gaan krijgen. Het belangrijkste middel om zelfmanagement te optimaliseren is vergroten van *empowerment*. Respondent 9 licht toe hoe dit bewerkstelligd kan worden:

"De kunst is dan als (wijk)verpleegkundige, om aan te sluiten op het kennisniveau van de klant die tegenover jou zit. Dus hoe kun je nu, met de al aanwezige kennis van degene die tegenover je aan tafel zit (je moet wel toetsen of die kennis correct is), daar op aansluiten en samen een vervolgplan maken."

Competenties

- Shared decision making: De wijkverpleegkundige is in staat om door middel van 'shared decision making' *samen met de cliënt* een zorgplan op te stellen gericht op het in eigen regie krijgen van de aandoening of beperking. De wijkverpleegkundige signaleert de knelpunten hierbij en maakt deze *bespreekbaar*. Zij is in staat om *kritisch reflecterend* te blijven. De wijkverpleegkundige benadert de cliënt op een passende manier waarbij ook gewezen wordt op de eigen verantwoordelijkheid. Hierbij sluit de wijkverpleegkundige aan op het kennisniveau van de cliënt. Hiervoor bezit zij zowel communicatieve, overredings- als onderhandelingsvaardigheden.
- Motiveren: Zij kan de cliënt *motiveren* tot gedragsverandering (motivational interviewing). Een belangrijk aspect bij het stimuleren van zelfredzaamheid is het *vertrouwen* van de cliënt. Het is belangrijk dat de wijkverpleegkundige weet welke *fasen van gedragsverandering* een cliënt moet doorlopen, alvorens de gedragsverandering zal worden gerealiseerd en beklijft. Een ander aspect binnen vertrouwen is dat de wijkverpleegkundige uitdraagt altijd *toegankelijk* te blijven voor consultatie.

- Inzicht in relevante hulpmiddelen: Hulpmiddelen kunnen behulpzaam zijn bij het bevorderen van zelfmanagement. Daarom is de wijkverpleegkundige op de hoogte van *beschikbare (ICT) hulpmiddelen* die helpen de cliënt te empoweren binnen de eigen context. Ook weet zij hoe de cliënt kan worden aangeleerd om van die hulpmiddelen gebruik te maken. Het inschakelen en coachen van mantelzorgers kan deel uitmaken van het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt.

4.2.4 Spil

Beschrijving: De wijkverpleegkundige is de *spil* tussen cliënt, de wijk en stakeholders op het gebied van wonen-zorg-welzijn. Om door te verwijzen naar andere disciplines, of sterker nog samen met andere disciplines problemen op cliënt- of wijkniveau aan te pakken, moet de wijkverpleegkundige goed kunnen *samenwerken*. Dat geldt voor samenwerking met verscheidene professies, op verschillende niveaus. Dit gaat verder dan op een juiste manier *communiceren*, omdat de meerwaarde van de wijkverpleegkundige kan worden aangetoond wanneer ze kan samenwerken met specialistische disciplines. Volgens respondenten kan de wijkverpleegkundige haar uitgebreide netwerk bij uitstek gebruiken in haar spilfunctie. Respondent 1 licht toe dat de spilfunctie op verschillende niveaus dient te worden uitgevoerd:

“De wijkverpleegkundige vervult een spilfunctie op twee niveaus:

- *een spilfunctie op wijkniveau, de wijkverpleegkundige is namelijk de spil in een multidisciplinair netwerk;*
- *een spilfunctie op individueel patiëntniveau, de wijkverpleegkundige moet namelijk de coördinatie van het zorgproces op zich nemen (casemanager).*

Voor de spilfunctie op wijkniveau moet de wijkverpleegkundige gebruik maken van bestaande netwerken.”

Competenties

- Verbinden van wonen-zorg-welzijn: De wijkverpleegkundige *verbindt* deze drie domeinen door te kijken op welke manier het welzijn van cliënten wordt beïnvloed en hoe de woonomstandigheden en zorgactiviteiten voor cliënten kunnen bijdragen aan dat welzijn. Omdat de wijkverpleegkundige op individueel niveau bij het afnemen van een totale *intake* ziet op welke terreinen er nog aanvulling vanuit andere disciplines nodig is, gebruikt zij haar uitgebreide *netwerk* om de drie betreffende domeinen voor een cliënt te optimaliseren. Daarvoor weet de wijkverpleegkundige de weg naar *verschillende stakeholders en disciplines* in de wijk. Van deze stakeholders en disciplines weet de wijkverpleegkundige hun *meerwaarde* voor bepaalde problemen bij de cliënt. De acties uitgevoerd op *individueel* niveau, moeten ook doorvertaald kunnen worden naar behoeften op *wijkniveau*. Daarvoor is de wijkverpleegkundige in staat om een *wijkanalyse* uit te voeren, die inzicht geeft in hiaten in de wijk. Om deze uit te voeren zoekt de wijkverpleegkundige op een gestructureerde en gevalideerde manier naar knelpunten waar de grootste (gezondheids)winst in de wijk valt te behalen. Ook weet de wijkverpleegkundige hoe het informatiesysteem van de huisarts, apotheek en dergelijke zijn in te zetten in het maken van de wijkanalyse. De bevindingen *spiegelt* de wijkverpleegkundige vervolgens met bewoners en belangrijke stakeholders in de wijk. Daaropvolgend weet de wijkverpleegkundige welke handelingen nodig zijn om de hiaten binnen de domeinen wonen-zorg-welzijn te verbeteren. Hiervoor kent de wijkverpleegkundige de *sociale kaart* van de wijk, waarbij de wijkverpleegkundige weet welke instanties nodig zijn om de gesignaleerde problemen ter reduceren. Voor deze inschatting weet de wijkverpleegkundige ook welke omgevingsinvloeden het welzijn kunnen beïnvloeden.
- Gespreksvaardigheid: de wijkverpleegkundige kan op *verschillende niveaus* (zowel interdisciplinair als met cliënten) en op verschillende dieptelagen *communiceren*. Richting cliënten weet ze te motiveren, door te vragen richting diepere causale lagen, te analyseren, te onderhandelen en te confronteren. Ook is *assertiviteit* vereist. De wijkverpleegkundige moet

niet alleen met cliënten en diens omgeving kunnen communiceren, maar ook communicatie met andere disciplines is essentieel vanwege de spilfunctie die de wijkverpleegkundige vervult.

- Vertrouwen en trots op het vak: De wijkverpleegkundige draagt *vertrouwen* uit en laat tevens zien dat ze *trots* is op het vak. De wijkverpleegkundige moet door anderen als een eigen *professional* worden gezien en gewaardeerd. Dit geldt als voorwaarde om als spil in de zorg te kunnen functioneren.

4.2.5 Professionaliteit

Beschrijving: De wijkverpleegkundige baseert haar handelen op *verpleegkundige protocollen, richtlijnen en evidence based technieken*. De wetenschappelijke inzichten worden geïntegreerd in het handelen. Daarnaast wordt nieuwe kennis voortdurend bijgehouden door *continue bijscholing*. Om de professionaliteit uit te dragen, is er sprake van tweerichtingsverkeer. Enerzijds stelt de wijkverpleegkundige zichzelf op als een *zelfstandig functionerend professional* en draagt dit ook naar buiten uit. Dit vergroot haar aandeel in het *interdisciplinair* nemen van beslissingen. Ook fungeert de wijkverpleegkundige op een *voldoende gelijk kennisniveau* met andere disciplines om op niveau te kunnen overleggen. Anderzijds wordt de wijkverpleegkundige door andere professionals als zodanig *gezien en benaderd*. De veel gedeelde visie van respondent 8:

“Wetenschappelijke inzichten dienen gebruikt te worden in het handelen. Hiervoor moet de wijkverpleegkundige ontwikkelingen in de maatschappelijke omgeving (de wijk) waarin ze opereert en de consequenties van die woon- en leefomgeving in relatie tot zorgvraagstukken kunnen doorvertalen (epidemiologie, de voor- en nadelen van preventieprogramma's, het effect van preventieprogramma's, en het kunnen doen van onderzoek naar effecten van preventie).”

Competenties

- Zelfstandigheid: De wijkverpleegkundige is uniek in de wijk door de *‘overall’ blik* op zowel de wijk als geheel, als op de individuele cliënten in de wijk. Zij is vaak de *sleutelpersoon* in de zorg voor de cliënt; de wijkverpleegkundige draagt zorg voor het toe leiden van cliënten naar de juiste instanties. De wijkverpleegkundige heeft hierin veel *vrijheid*, een grote mate van *zelfstandigheid*. Er is *leef* nodig om bepaalde problemen aan te durven pakken, maar ook om de eigen *autonomie* te optimaliseren. Dat betekent dat de wijkverpleegkundige ook andere disciplines durft aan te spreken op hun handelen en vertrouwt op eigen signaleringen.
- Ontwikkelen beleid: Om de samenwerking op wijkniveau te optimaliseren, zou de wijkverpleegkundige een belangrijke bijdrage moeten leveren in het *definiëren van lokaal gezondheidsbeleid*. Hiervoor moeten eigen activiteiten worden geanalyseerd. Verder zou de wijkverpleegkundige de nog aanwezige witte vlekken in de wijk moeten signaleren en dit aangeven bij gemeente of de zorgverzekeraar. Op basis van de wijkanalyses, weet de wijkverpleegkundige welke disciplines in de wijk kunnen bijdragen aan de nog aanwezige problemen. Zij kunnen deze andere disciplines inschakelen en werken met deze professionals samen.
- Vertalen van (wetenschappelijk) bewijs: Om *wetenschappelijke inzichten* te kunnen verwerken in het handelen moet de wijkverpleegkundige ontwikkelingen in de maatschappelijke omgeving (de wijk) waarin ze opereert en de consequenties van die woon- en leefomgeving in relatie tot zorgvraagstukken kunnen doorvertalen. Hiervoor heeft zij kennis van toepassing in epidemiologie; preventieprogramma's met hun effecten, voor- en nadelen; en kan zij onderzoek doen naar effectiviteit van preventief handelen. Daarnaast kunnen wetenschappelijke inzichten worden gebruikt bij de ontwikkeling van zorgpaden.
- Gebruik maken van ICT: De wijkverpleegkundige past *technologische ontwikkelingen* toe, gericht op verkrijgen van een meerwaarde voor het verlenen van zorg. Hiertoe moet de wijkverpleegkundige op de hoogte zijn van de technologische ontwikkelingen, maar daarnaast

ook vernieuwingen in die technologische ontwikkelingen kunnen integreren in zijn/ haar werkzaamheden.

- Zelfreflectie: Voor het bijdragen aan impliciete kennis moet de kijk op *persoonlijke ontwikkeling* worden versterkt. Inhoudelijke expertise, jezelf zien als een middel om mensen verder te helpen, wordt sterk bepaald door persoonlijke ontwikkeling ('identiteit'). Hiervoor heeft de wijkverpleegkundige inzicht in belemmeringen, eigen visie en manieren om met eigen beperkingen aan de slag te gaan. De wijkverpleegkundige is zich voortdurend bewust van de eigen kijk op zorgvraagstukken en op welke manier de wijkverpleegkundige deze kijk overdraagt naar de wijk en cliënt. Daarom is de wijkverpleegkundige in staat om *kritisch* naar zichzelf te kijken. Dit is onder andere nodig om aan te geven op welke terreinen de wijkverpleegkundige nog scholing behoeft.
- Verantwoordelijkheid voor eigen ontwikkeling: Het wijkverpleegkundige vak behoeft *voortdurende bijscholing*. Dit is nodig om voortdurend de nieuwste inzichten en ontwikkelingen toe te passen in het evidence-based werken: werken volgens aangescherpte protocollen en richtlijnen en nieuwste signaleringsinstrumenten. De wijkverpleegkundige neemt hier zelf verantwoordelijkheid in en is in staat om van zichzelf aan te geven op welke terreinen of domeinen er nog scholing nodig is. Tevens onderneemt de wijkverpleegkundige actie om zichzelf te laten bijscholen.
- Innovatief: Naast uitvoering van het vak, draagt de wijkverpleegkundige actief bij of liever nog onderneemt de wijkverpleegkundige zelf actie, om tot *innovaties* ten behoeve van het zorgproces te komen. Hiervoor kan de wijkverpleegkundige *buiten de kaders denken*, durft *initiatief tot veranderingen* te nemen, en is in staat om het *analytisch vermogen* te vertalen naar behoeften en innovatieve acties.

4.3 Hoe kan het onderwijs ervoor zorgen dat deze (nieuwe) competenties in voldoende omvang en kwaliteit worden aangeleerd?

Aanbevelingen voor onderwijs zijn net als de competenties geordend naar de vijf - door de respondenten genoemde - competentiegebieden van het wijkverpleegkundige vak. Hierbij wordt de nadruk gelegd op aanbevelingen voor de opleiding die nog versterkt of opgezet zou moeten worden. Zodoende worden de aspecten die reeds in voldoende mate in huidige HBO-v opleidingen aanwezig zijn in mindere mate belicht.

Daarnaast zijn er door respondenten aanbevelingen gegeven die meer de opleiding in zijn totaliteit betreffen en niet één competentie afzonderlijk. Deze aanbevelingen zijn na de weergave van de afzonderlijke vijf competentiegebieden als losstaande aanbevelingen weergegeven.

4.3.1 Persoonlijke verzorging

"Ik zou willen dat ze wat minder probleemoplossend vermogen hebben, een van de competenties waar nu op getoetst wordt. We moeten eens achterover gaan leunen en vragen wat de patiënt als een probleem ziet, in plaats van wat de wijkverpleegkundige als probleem ziet. Zit er geen probleem achter het probleem, wat zijn de oorzaken daarvan en zet daarvoor een plan op." (Respondent 7:)

Medisch-technisch handelen

- Op dit vlak geven respondenten aan dat de huidige verpleegkundigen goed in staat zijn om medisch-technische handelingen uit te voeren. Volgens velen voeren wijkverpleegkundigen die vaak zelfs te veel uit, en worden aanvullende competenties te weinig benut.

Wijkverpleegkundigen zouden juist moeten leren hoe alle in dit beschreven rapport extra competenties geïntegreerd kunnen worden in het medisch-technische handelen.

4.3.2 Verpleging

“Steeds meer opleidingen leiden op tot casemanager. Dan ben je casemanager dementie, - ouderenzorg, etc. Ik vind dat casemanagement een taak is, die bij uitstek bij de verpleegkundige past. Dat je het voor een dementerende doet, vraagt extra kennis van een dementerend persoon, maar daar hoeft je geen casemanager dementie voor te worden. Je bent casemanager voor alle wat complexere patiënten die zorg krijgen. Daar zijn basisvaardigheden voor nodig die in de opleiding naar voren moeten komen.” (Respondent 4)

Verpleegtechnisch handelen

- De opleiding wordt aanbevolen om het kennisniveau van de student omhoog te brengen, waaronder: werking van het menselijk lichaam, symptomen bij ziektebeelden, werking medicatie en contra-indicaties medicatie.
- Studenten moet aangeleerd worden welke protocollen en richtlijnen de beroepsgroep hanteert om zo goed mogelijk bij te dragen aan de oplossing van een probleem op cliënt- of wijkniveau. Daarnaast moet de student de slag naar toepassing kunnen maken. De basis wordt gevormd door fysiologische en anatomische ziektekennis, gecombineerd met de rol van wijkverpleegkundige in de oplossingen en consequenties op cliënt- of wijkniveau.

Generalistisch handelen

- Studenten dienen op de hoogte te zijn van de verschillende disciplines in de eerste lijn, als voornaamste bron van samenwerking. Daarnaast weten studenten welke andere disciplines en stakeholders in de wijk relevant zijn, zodat studenten een beeld krijgen welke discipline de beste partij is om naar door te verwijzen of mee samen te werken. Studenten moeten aangeleerd worden te netwerken: hoe bouw je een netwerk op, welke disciplines moeten tot je netwerk behoren en hoe onderhoudt je de contacten binnen dit netwerk. De student dient daarbij te beoordelen wat de waarde van andere professionals is ten opzichte van de wijkverpleegkundige waarde.
- Veel studenten worden opgeleid tot casemanager in een bepaald deelgebied van wijkverpleging. Maar allround casemanager moet een taak worden binnen de wijkverpleging. Daarvoor moeten basisvaardigheden worden aangeleerd.
- Voor coördinerende competenties is er een aardige theoretische onderbouwing in de opleiding. Echter, de praktijktoets ontbreekt. Zo weten studenten niet goed hoe zij hun rol in een Multidisciplinair Overleg (MDO) moeten uitoefenen. Deze toetsing zou plaats kunnen vinden door oefening en supervisie tijdens stages.
- Wet- en regelgeving zouden geïntegreerd moeten worden in de opleiding.

Preventie

- In de opleiding wordt al aandacht besteed aan de methodologie van preventieprogramma's en gedragsbeïnvloeding. Echter, de focus op maatschappelijk bewustzijn/ betrokkenheid bij het opstellen van preventieprogramma's ontbreekt. De opleiding zou deze focus moeten betrekken bij het aanleren van het opzetten van preventieprogramma's op verschillende niveaus van preventie en gedragsbeïnvloeding.

Sociale slimheid

- Studenten kunnen tijdens de opleiding sociale slimheid ontwikkelen door het gesprek met mensen aan te gaan voor een gerichte opdracht. Hierdoor worden studenten gestimuleerd tot zelf doordenken en creatief zijn.

4.3.3 Zelfmanagement

“De student moet inzicht gegeven worden in gedragspsychologie, zodat ze empowerment bij de cliënt kan stimuleren. Zelfsturing zit nu in de opleiding, maar empowerment gaat verder dan zelfsturing.” (Respondent 8)

Shared decision making, motiveren en gebruik van hulpmiddelen:

- Volgens de meerderheid van de respondenten is de opleiding nu nog te somatisch gericht. Ook hier moeten de andere domeinen, waaronder zelfredzaamheid en zelfmanagement, meer betrokken worden. In de huidige opleiding ligt de nadruk te veel op zelfsturing, maar empowerment gaat verder dan zelfsturing. De student dient geleerd te worden hoe hij/zij een cliënt kan motiveren tot gedragsverandering zodat uiteindelijk empowerment van de cliënt wordt bereikt. Het gaat hierbij om het in eigen regie krijgen van de aandoening en/of beperking. Hiervoor is nodig:
 - o Inzicht in gedragspsychologie: technieken om empowerment bij een cliënt te bevorderen.
 - o Studenten moeten in hun opleiding activiteiten richting het stimuleren van zelfmanagement en empowerment van de cliënt meer planmatig aanpakken. Bovendien is professionele bejegening vereist: leren vanuit de cliënt te denken, zodat deze tools aangereikt krijgt voor eigen regie. Dit bereik je onder andere door studenten aan te leren om bewuster en professioneler (gebaseerd op evidence en planmatig) om te gaan met het aansturen van empowerment bij de cliënt en de beschikbare technieken hiervoor.
 - o De opleiding heeft een belangrijke bijdrage aan de attitudeverandering in de sector waarbij het empoweren van cliënten, naast zorg verlenen, minstens zo belangrijk is.
 - o Om cliënten zoveel mogelijk in eigen regie te laten moet studenten aangeleerd worden om de client zo veel mogelijk zelf te laten doen (“handen op de rug te houden”) en vooral ook door te motiveren een goede manier van zorg verlenen. Zo is te zien hoe een klant het zo goed mogelijk zelf kan doen.
 - o De praktijktoets naar het bereiken van empowerment en zelfmanagement/ zelfredzaamheid mist nog in de opleiding. Deze toetsing zou plaats kunnen vinden door oefening en supervisie tijdens stages.
 - o Qua infrastructuur in de wijkverpleging kan de opleiding kijken naar het infrastructurele functioneren in de wijkverpleging: wat houden hulpmiddelen (bijvoorbeeld: zorg op afstand) in op welke manier dragen ICT-toepassingen bij het aan zorgproces.

4.3.4 Spil

“Je gaat de cirkel rond maken: je gaat gelijk kijken wat moet je inschakelen, wat moet je weten, wat moet er gedaan worden om het hele welzijn van de mensen in de thuissituatie zo prettig mogelijk te maken.” (Respondent 2)

Verbinden wonen-zorg-welzijn

- De opleiding zou meer inzicht in het domein wonen moeten geven: de student moet leren om in doelgroepen en op populatieniveau denken, zodat interventies ingezet kunnen worden op probleemgebieden en preventie kan worden uitgevoerd. Het gaat hierbij niet uitsluitend om probleemoplossend denken, maar ook om proactief vooruit denken zodat tijdig ingespeeld kan worden op toekomstige problemen. Het is relevant dat de student leert om een dergelijke analyse samen met belangrijke disciplines binnen de diverse domeinen uit te voeren. Tevens is voor het maken van een wijkanalyse relevant om de vereiste kennis van epidemiologie in de opleiding te integreren. De kennis die studenten wordt aangeleerd op individueel niveau zou moeten kunnen worden opgetild naar analyseren op populatieniveau (public health). Hierbij

moeten de studenten de maatschappelijke context, zoals actuele knelpunten in de wijk, krachtenvelden en stakeholders meenemen in hun analyse.

Gespreksvaardigheid

- Oefenen met mede HBO-v studenten, maar ook studenten van andere opleidingen om al vroegtijdig de multidisciplinaire vaardigheid in te bouwen. Opgedane kennis kan vervolgens geoefend worden in stages, waarin studenten opgepakte signalen bespreekbaar kunnen maken.
- Om studenten de competentie van 'vertrouwen winnen' aan te leren kunnen ze getraind worden in motivational interviewing. Daarbij is veel supervisie vereist met supervisors die goed door kunnen vragen. Ook moeten studenten hierbij gebruik kunnen maken van hun vakkennis.

4.3.5 Professionaliteit

"Er moeten zorgprogramma's en zorgstandaarden beschikbaar zijn voor vroege opsporing t/m palliatieve zorg, en in de opleiding naar voren komen. Voor de grote 10 volksgezondheidsvraagstukken moeten allround opgeleide HBO-verpleegkundigen snappen wat er in de zorgstandaarden staat en wie wat kan toevoegen." (Respondent 5)

Vertalen van (wetenschappelijk) bewijs

- De opleiding zou meer aandacht moeten besteden aan de competentie van het vertalen van wetenschappelijke inzichten naar de praktijk. Daarbij moeten ook de meest actuele zorgprogramma's en richtlijnen/ standaarden geïntegreerd worden in de opleiding, zodat studenten kennis maken met de opzet daarvan en hun werk op die standaarden kunnen baseren.
- Studenten moeten leren waar meest recente wetenschappelijke inzichten kunnen worden gevonden. Daarnaast moeten ze literatuur kunnen lezen en kunnen vertalen naar het eigen handelen in de dagelijkse praktijk.

Zelfreflectie

- Na het afronden van de brede wijkverpleegkundige opleiding, zouden studenten een jaar de diepte in moeten en ervaren wat het wijkverpleegkundige vak dagelijks inhoudt met al zijn diversiteit. Daarna zou nogmaals gekeken moeten worden naar eventueel benodigde extra ondersteuning in competenties zoals: initiatief nemen, ondernemen, nieuwe kansen zien, herkennen van witte vlekken in een wijk waar wat mee gedaan moet worden. Dit kan middels een ondersteunend assessment dat invulling geeft aan bijscholing.
- Rollenspellen, skillslabs, stages, observaties en videomateriaal kunnen zelfreflectie faciliteren. Tevens worden hierdoor zelfstandigheid en creativiteit bevorderd.

Verantwoordelijkheid voor eigen ontwikkeling

- Studenten moeten een attitude ontwikkelen waarbij het continue leren en bijscholen vanzelfsprekend is.

Innovatief

- Studenten dienen niet alleen te weten hoe professionele standaarden en protocollen zijn opgebouwd, zij zouden dit ook zelfstandig moeten kunnen opzetten of daar tenminste aan bijdragen. Daarvoor moet de opleiding studenten meer inzicht geven in het opbouwen van eigen professionele richtlijnen en standaarden.

4.3.6 Overall basisvoorwaarden in de opleiding

- Het overgrote deel van de respondenten geeft aan het belangrijk te vinden dat de opleiding en praktijk meer naar elkaar toe gaan komen. Deze kloof vinden zij nu te groot. Lessen kunnen sterk praktijkgericht gemaakt worden door casusgericht te onderwijzen en daar ook mensen uit het veld voor uitnodigen. Er moet meer uitwisseling tussen opleiding en praktijk komen,

waarbij de opleiding ook op één lijn zit met technologische ontwikkelingen. De vraag vanuit de praktijk moet leidend zijn voor de inhoud van de opleidingen.

- Stages moeten georganiseerd worden in een setting van meester-gezel relaties. Hierbij is het van belang om eisen te stellen aan wijkverpleegkundigen in de rol van 'meester'. De 'meester' is een wijkverpleegkundige met een vergelijkbaar deskundigheidsniveau. Zij zijn de rolmodellen. Daarbij dient een diversiteit aan stages in de wijk te worden aangeboden om de dynamiek in de wijk te laten zien. Dit dient ook als middel om studenten in contact te laten komen met mensen 'achter de voordeur'.
- Docenten zouden ook met enige regelmaat terug moeten naar de praktijk: meelopen met wijkverpleegkundigen. Wat speelt er nu? Alleen dan is het mogelijk om met het lespakket aan te sluiten bij hetgeen in de huidige praktijk afspeelt. Vice versa zouden wijkverpleegkundigen als docenten ingezet kunnen worden, bijvoorbeeld bij het bespreken van casussen.
- Studenten moeten in stages gestimuleerd worden om mee te denken in verdere ontwikkeling van de nieuwe stijl, zoals onderwerp in onderhavig rapport. Zij kunnen pro-actief meedenken in het gebruik van nieuwe technieken of methodieken en worden zo gestimuleerd in creativiteit.
- De specialisatie Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) wordt door respondenten momenteel als een onderbelicht onderwerp gezien in de opleiding. Daarom zou er in de opleiding al zeer vroegtijdig een MGZ-blok aangeboden moeten worden.
- De specialisatie MGZ kan aantrekkelijker gemaakt worden door in de opleiding weer te geven om welke kerncompetenties het nu werkelijk draait, in plaats van het huidige beeld waarbij de thuiszorg als productiewerk wordt gezien. Studenten moeten meegenomen worden in het vak wijkverpleging en uitgedaagd worden door de diversiteit van het vak te laten zien.
- Student zouden betrokken moeten worden in het exploreren/ vormgeven van (meet)instrumenten.

4.4 Welke andere maatregelen/randvoorwaarden zijn nodig om ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundigen met deze (nieuwe) competenties doelmatig kunnen worden ingezet?

Er zijn door respondenten verschillende maatregelen en randvoorwaarden genoemd die een bijdrage kunnen leveren aan het toekomstige profiel van de wijkverpleegkundigen. Deze punten zijn geordend in een vijftal categorieën: attitude, organisatie en financieringsstructuur, autonomie, cliënt, niveauverschil en infrastructuur/facilitair.

Attitude

Vakinhoudelijk moeten er attitudeveranderingen plaatsvinden. Zo is opname van bevordering van zelfredzaamheid en zelfmanagement in het cultuurgoed een belangrijke voorwaarde. Maar het wijkverpleegkundig vak moet ook meer gezien en uitgedragen worden als professie. Bovendien moet het verpleegkundig handelen zoveel mogelijk gebaseerd worden op verpleegkundige protocollen en standaarden.

Organisatie en financieringsstructuur

De organisatie zou ingericht moeten worden op het competentieprofiel in nieuwe stijl. Eventueel kan hiervoor per organisatie iemand verantwoordelijk gemaakt worden voor uitvoering van de wijkverpleging. Die kan de organisatie helpen inrichten op: wijze van financiering, bemoeienis van verzekeraars en gemeenten. Dus dat betekent dat de hele wijkverpleging, maar ook de verzorging van de teams op een andere manier vormgegeven gaat worden, door de respondenten vaak weergegeven als kleinere teams. Dat vraagt jaren vooruit denken op organisatieniveau.

Herziening van financieringsstructuren is een belangrijke randvoorwaarde. De behoeften van de patiënt zouden belangrijker moeten zijn dan het genereren van omzet. Tevens geldt dat waar nu altijd vanuit indicatie wordt gewerkt, zou dat in het herziene competentieprofiel geen voorwaarde meer hoeven te zijn voor het verlenen van wijkverpleegkundige zorg. Zorgverzekeraars zouden ook meer mogelijkheden moeten creëren om het herziene competentieprofiel mogelijk te maken.

Daarnaast zou er tussen organisaties meer samengewerkt moeten worden met minder concurrentiestrijd, om meer op één lijn van wijkverpleegkundige zorg te komen. De huidige aanwezige verschillen worden hiermee verkleind.

Verder zou er voor wijkverpleegkundigen momenten van reflectie georganiseerd moeten worden, omdat zij daar behoefte aan hebben gezien hun autonome functie.

Autonomie

De bureaucratie in thuiszorgorganisaties moet verminderd worden, zodat de wijkverpleegkundige in staat wordt gesteld om autonoom en zelfstandig te werken. Hier hoort ook het vergroten van verantwoordelijkheden bij.

De cliënt centraal

Organisaties moeten de cliënt centraal gaan stellen, zodat dat leiding geeft aan hun organisatie-inrichting. Organisaties moeten zich richten op klanten en hulpverleners waarmee ze zaken doen, in plaats van op eigen organisatorische optiek en motivatie. Nu worden organisaties te veel geleid door indicatiestellingen.

Niveaueverschil

Het onderscheid tussen niveau 3 (verzorgenden) en 4 (verpleegkundigen) moet verdwijnen. Respondenten stellen voor slechts onderscheid te maken tussen verzorgende (huidige niveau 3) en wijkverpleegkundige (niveau 5).

Infrastructuur/ facilitair

De infrastructuur binnen een organisatie moet op orde zijn voor het algemeen functioneren van een wijkverpleegkundige (telefoon, transferpunt, achterwacht, crisisopvang en dergelijke). Dat betekent ook dat moderne technieken en instrumenten toegepast dienen te worden, ter ondersteuning en het reduceren van administratieve lasten en vergemakkelijken van werkzaamheden.

4.5 Samenvatting

Ook in de interviews komt duidelijk naar voren dat de wijkverpleegkundige een generalist is, die samen met de huisarts verantwoordelijk is voor de zorg voor de mensen thuis. Naast de generalistische wijkverpleegkundige zijn er ook specialistische verpleegkundigen werkzaam in de wijk. De wijkverpleegkundige heeft voornamelijk taken en competenties op het gebied van wonen-zorg-welzijn, preventie en zelfredzaamheid en zelfmanagement. Om deze gebieden in te vullen kunnen aan de hand van de interviews 5 competentiegebieden omschreven worden: 1. Persoonlijke verzorging; 2. Verpleging; 3. Zelfmanagement; 4. Spil; 5. Professionaliteit. De eerste 2 genoemde competentiegebieden vormen de basis van het wijkverpleegkundig handelen. De overige 3 competentiegebieden vormen daar belangrijke aanvullingen op.

Omdat een aantal competentiegebieden vernieuwend zijn voor het wijkverpleegkundige vak, moet de opleiding daaraan aangepast worden. Hierbij zouden de competenties van persoonlijke verzorging en verpleging aangescherpt moeten worden, waar er voor het kunnen bevorderen van zelfmanagement, spil en professionaliteit nieuwe elementen in de opleiding moeten worden aangebracht. Voor de wijkverpleegkundige van de toekomst worden randvoorwaarden op het gebied van attitude, organisatie en financieringsstructuur, autonomie, cliënt, niveaueverschil en infrastructuur/facilitair genoemd.

5. Resultaten klankbordgroep

Als derde stap in de dataverzameling is de conceptrapportage aan een klankbordgroep voorgelegd. Alle disciplines – uitvoerder, bestuurder/management, docent en beleidsmaker - zijn in de klankbordgroep vertegenwoordigd. Feedback van de klankbordgroep gaf de laatste input voor deze eindrapportage. Aan leden van de klankbordgroep is gevraagd of zij:

1. zich in het conceptrapport herkennen;
2. konden helpen om het in hoofdlijnen geschetste beroepsprofiel verder te concretiseren naar taken en competenties;
3. konden weergeven wat het een en ander voor de toekomstige opleiding van wijkverpleegkundigen betekent. Met andere woorden: welke vraagstukken liggen er nog?

5.1 Herkenning

Tijdens de klankbordgroep werd duidelijk dat de leden zich herkenden in het voorgelegde (concept)rapport. Naast herkenning waren er ook aanvullingen. De klankbordgroep gaf aan dat de domeinen persoonlijke verzorging en verpleging de basis vormen in de zorg voor de thuiswonende cliënt. Er werden twee andere kerncompetentiegebieden benoemd:

- 1) Advies, Instructie en Voorlichting (AIV); en
- 2) Begeleiding en Coördinatie.

De preventieve activiteiten behoren tot het competentiegebied AIV en het in vorige hoofdstukken beschreven competentiegebied “Spil” zou beter onder begeleiding & coördinatie kunnen worden ondergebracht. Tot slot beschouwt de klankbordgroep de competentiegebieden zelfmanagement en professionaliteit als twee overkoepelende competentiegebieden. Deze twee competentiegebieden zijn verweven in de hiervoor geschetste kern competentiegebieden.

De klankbordgroep bevestigt dat over de wijkverpleegkundige van vroeger gesproken kan worden, zij het in een sterk aangepaste vorm vanwege veel voorkomende multimorbiditeit. Het gaat om een generalistische functie, het bieden van zorg bij de patiënt thuis (individueel) en het bieden van preventieve zorg voor de populatie in een bepaalde wijk (groep). Bovendien worden er meer technieken ingezet om cliënten langer thuis te laten wonen en moet er adequater en vakkundiger worden gehandeld. Bovendien is de competentie begeleiding & coördinatie in toenemende mate belangrijk. Hierbij is de verbintenis tussen wonen, welzijn en zorg van belang; zowel op cliënt als op populatieniveau. Preventie - advies en voorlichting - zijn belangrijke uitingen.

Daarnaast zouden de wijkverpleegkundige en de huisarts een tandem moeten vormen. De huisarts en wijkverpleegkundige (ook wel ‘de ogen en oren van de huisarts’ genoemd) geven als generalisten een gezamenlijk beeld van de zorg die de cliënt behoeft; het gaat hierbij om de combinatie tussen preventie, cure en care.

5.2 Concretiseren competentiegebieden naar taken en competenties

Aan de klankbordgroepleden is vervolgens gevraagd om de 5 competentiegebieden te concretiseren.

Persoonlijke verzorging

Hoewel bepaalde verzorgende taken strikt genomen door lager opgeleide professionals kan worden uitgevoerd, kan juist het uitvoeren van taken op dit gebied belangrijke aanknopingspunten opleveren voor knelpunten in welzijn en gezondheid van de cliënt. Het is daarnaast belangrijk dat de wijkverpleegkundige voldoende kennis heeft en voldoende vaardig is in het uitvoeren van medisch-technische handelingen.

Verpleging

De competentie generalistisch handelen, nu ondergebracht bij het competentiegebied ‘verpleging’, zou ook als rol kunnen worden benoemd in plaats van een competentie. Om verpleging adequaat te kunnen uitvoeren is kennis nodig van regelmatig voorkomende ziektebeelden en doelgroepen. Ook

zijn vaardigheden nodig ten aanzien van verpleegtechnische en medisch-technische handelingen, communicatie en analyserend vermogen.

Advies, instructie & voorlichting

De wijkverpleegkundige heeft een belangrijke taak bij de transitie van zorg voor ziekte naar gedrag en gezondheid. Dit uit zich in de competenties preventie en het bevorderen van de zelfredzaamheid.

De wijkverpleegkundige zou in staat moeten zijn preventieve programma's te initiëren. Daarbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen geïndiceerde zaken (i.e. inzetten van voorlichting en advies op individueel niveau) en het uitvoeren van een wijkanalyses en doelgroepen screening (i.e. hierbij gaat het om preventieve activiteiten op groepsniveau).

De wijkverpleegkundige is zich bewust van haar toegevoegde waarde in een maatschappelijke omgeving. Zij is een brug om bij cliënten achter de voordeur te komen en heeft de mogelijkheid om met de brede blik van een zogenaamd 'niet pluis gevoel' en vanuit haar kennis van de sociale kaart de juiste acties in te zetten. De wijkverpleegkundige weet tevens relaties te leggen tussen de omgeving en gezondheidsproblemen en kan van daaruit ook acties ondernemen die gericht zijn op de populatie in een wijk. De wijkverpleegkundige kan de signalen plaatsen binnen haar eigen professionaliteit en kan daarbij horende instrumenten raadplegen. Zorgvermijders zijn een belangrijke doelgroep die door wijkverpleegkundigen zichtbaar kunnen worden gemaakt, doordat de wijkverpleegkundige (letterlijk) zichtbaar is in de wijk. Uit monitoringssystemen kan vervolgens worden afgeleid welke mensen weinig bij de zorgaanbieders aankloppen. Daarbij kan multidisciplinair bepaald worden hoe deze mensen het beste kunnen worden benaderd om ze in beeld te krijgen.

Begeleiding en coördinatie

De begeleiding en coördinatie is deels verweven in de persoonlijke verzorging en verpleegkundig handelen. De wijkverpleegkundige kan bij uitstek worden ingezet voor programma's voor specifieke ziektegroepen (disease management). Binnen deze programma's is het begeleiden van cliënten en het coördineren van de zorg een belangrijke taak. Om deze begeleiding en coördinatie op wijkniveau te kunnen uitvoeren dient de wijkverpleegkundige een overzicht van frequente ziekten in de wijk te hebben. Hiervoor moet er een wijkmonitor toegepast worden, zodat cliënten actief naar zorgprogramma's toe worden geleid. Daarnaast is kennis van de wijkmonitor evident om op niveau mee te kunnen praten in een multidisciplinair overleg of met de huisarts.

De bewustwording van relatie tussen politiek en gezondheidszorg zou sterker in de opleiding naar voren kunnen worden gebracht.

Zelfmanagement

Het competentiegebied zelfmanagement is een overkoepelend competentiegebied. Op het gebied van persoonlijke verzorging dienen cliënten maximaal te gestimuleerd te worden om hun eigen verzorging uit te voeren. Een ander toegepast gebied is het gebruiken van AIV voor bijvoorbeeld stoppen met roken. Motivational interviewing (MI) is een belangrijke competentie voor het stimuleren van zelfmanagement. Deze competentie dient sterk aangescherpt te worden, maar zit nog niet structureel in de opleiding voor iedere student.

Daarnaast is kennis van de sociale kaart vereist voor stimulering van zelfmanagement: netwerken kennen, toegang tot de wijkverpleegkundige laagdrempelig inrichten, mantelzorg organiseren en waar nodig de cliënt tijdelijk ondersteunen. De spilfunctie komt hier duidelijk in terug. In de opleiding wordt studenten aangeleerd inzicht te krijgen in de sociale kaart. Gegevens uit de wijk vormt voor studenten de basis van een wijkanalyse. Samen met kennis van epidemiologie moet dit gecontinueerd gaan worden in de opleiding. Daarbij is herkenning van hiaten van de sociale kaart erg belangrijk.

Professionaliteit

Ook professionaliteit wordt als een overkoepelende competentie gezien. Bij professionaliteit is het belangrijk dat er meetinstrumenten worden ontwikkeld en de eigen professionaliteit zichtbaar gemaakt wordt. (Wijk)verpleegkundigen moeten in samenwerking met beroepsverenigingen hun eigen standaarden samenstellen. Het onderwijs dient studenten hierbij te betrekken als onderdeel van het

leerproces. Standaarden helpen om het wijkverpleegkundige beroep af te kaderen en op die manier duidelijkheid en uniformiteit te scheppen. De ontwikkeling van deze standaarden zou onafhankelijk en op landelijk niveau moeten gebeuren.

5.3 Resterende opmerkingen

De vertaalslag van taken, naar competentiegebieden en naar competenties blijkt zeer lastig te worden gevonden. Het is moeilijk om tot concretisering te komen.

Feit blijft wel dat wijkverpleegkundigen generalist blijven en moeten oppassen voor te ver gaande segmentering van hun vak. Duidelijk is dat het competentieprofiel eerst landelijk vastgesteld moet worden voordat er consequenties voor het onderwijs en wijkorganisaties aan verbonden kunnen worden.

De klankbordgroepleden plaatsen een aantal aanbevelingen voor het onderwijs. Als eerste zou de huidige MGZ specialisatie integraal deel uit moeten gaan maken van de opleiding. In de opleiding zouden motivational interviewtechnieken aangeleerd moeten worden, daar het een kerncompetentie is voor het bevorderen van zelfmanagement. Daarnaast moet het uitvoeren van wijkanalyses doorlopend terugkomen in de opleiding. De wijkanalyse moet namelijk niet alleen begrepen worden maar op basis van een wijkanalyse ook toegepast worden. Tot slot zal er meer aandacht moeten zijn voor 'professionaliteit'. Het is belangrijk dat wijkverpleegkundige tijdens hun opleiding doorlopend in aanraking komen met wetenschappelijke onderbouwing van hun handelingen en in staat zijn kritisch te kijken naar hun eigen handelen en beroep.

5.4 Samenvatting

De klankbordgroep gaf belangrijke aanvullingen op het aan hen voorgelegde conceptrapport. De leden hebben input gegeven aan aanscherping van de indeling van competentieprofielen door AIV en begeleiding & coördinatie als competentiegebieden toe te voegen. Het blijft lastig om tot concrete operationalisatie van competenties te komen.

6. Conclusie

In dit rapport stonden vier vraagstellingen centraal:

1. Hoe ziet het beroepsprofiel van de toekomstige wijkverpleegkundige er uit?
2. Welke (nieuwe) competenties heeft de wijkverpleegkundige nodig om in te spelen op de veranderingen in zorgaanbod en zorgvraag?
3. Hoe kan het onderwijs ervoor zorgen dat deze (nieuwe) competenties in voldoende omvang en kwaliteit worden aangeleerd?
4. Welke andere maatregelen/randvoorwaarden zijn nodig om ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundigen met deze (nieuwe) competenties doelmatig kunnen worden ingezet?

De inventariserende studie (literatuur, interviews en reflectie klankbordgroep) resulteert in de volgende competentiegebieden met bijbehorende competenties:

1. Persoonlijke verzorging (ADL verzorging en medisch-technisch handelen);
2. Verpleging (verpleegtechnisch handelen, generalistisch handelen, coachen, 'sociale slimheid');
3. Advies, Instructie en Voorlichting (advisering, instrueren, geven van voorlichting, preventieve activiteiten en proactiviteit);
4. Begeleiding en Coördinatie (begeleiding van cliënt, coördinatie van de zorg, case-management, verbinding van wonen, welzijn en zorg, communicatieve vaardigheden, spil, netwerkbeheer en vertrouwen);
5. Zelfmanagement (shared decision making, motiveren, inzicht en inzet van relevante hulpmiddelen ter bevordering zelfmanagement); en
6. Professionaliteit (zelfstandigheid/autonomie, vertrouwen, beleidsontwikkeling, evidence based handelen, zelfreflectie, eigen ontwikkeling en innovatief)

Het gaat hierbij om 4 kerncompetentiegebieden (1-4) en 2 overkoepelende competentiegebieden (5 en 6). In figuur 1 wordt dit schematisch weergegeven.



Figuur 1: 4 kern competentiegebieden; 2 overkoepelende competentiegebieden

Op grond van de literatuur, interviews en klankbordgroep kan geconcludeerd worden dat de wijkverpleegkundige van de toekomst een generalist in de wijk is die autonoom functioneert en een belangrijke signaleerfunctie heeft en als spil in een wijk functioneert. Zij baseert haar handelen op gesignaleerde problemen van individuele cliënten en inwoners in de wijk en het voorkomen daarvan.

Deze signalen ontvangt zij van cliënten, eigen signaleringen of signalen van andere disciplines en stakeholders in de wijk. De huisarts is de belangrijkste samenwerkingspartner voor de wijkverpleegkundige en zij zouden samen een tandem moeten vormen. Zij hebben samen een grote verantwoordelijkheid voor inwoners van de wijk. Het gaat hierbij niet alleen om de zorg voor de zieke mens, maar ook het aanbieden van preventie aan inwoners is een belangrijke taak van de wijkverpleegkundige in haar bijdrage aan de transitie van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Dit is ingebed in haar alledaagse werkzaamheden. Verder is de wijkverpleegkundige deskundig op veel gebieden en heeft zij coördinerende en verwijzende taken. De wijkverpleegkundige heeft een breed netwerk waardoor zij in staat is haar signalerende, coördinerende en verwijzende taken goed te kunnen uitvoeren. Bij deze begeleiding en coördinatie is het niet alleen belangrijk dat de zorg in strikte zin geregistreerd wordt, maar ook dat continuïteit, veiligheid en kwaliteit bewaakt worden. De wijkverpleegkundige heeft belangrijke taken waarbij wonen, welzijn en uiteindelijk zorg met elkaar verbonden worden. Het stimuleren en aanleren van zelfredzaamheid en zelfmanagement maakt integraal onderdeel uit van de zorg voor cliënten. Verder is de wijkverpleegkundige een autonoom functionerende professional die voortdurend nieuwe kennis bijhoudt en wetenschappelijke inzichten integreert in het handelen.

Noch de literatuur noch de door ons gesproken deskundigen geven aanleiding te veronderstellen dat het beroepsprofiel geheel herzien zal moeten worden. Om in haar werkzaamheden tegemoet te komen aan de huidige veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod heeft de wijkverpleegkundige volgens de respondenten een omvangrijk pakket aan competenties nodig. Grofweg kunnen de volgende competentiegebieden worden onderscheiden: 1) persoonlijke verzorging, 2) verpleging, 3) AIV 4) begeleiding en coördinatie, 5) zelfmanagement, en 6) professionaliteit. Wanneer de wijkverpleegkundige persoonlijke verzorging uitvoert, zal dit vooral een signalerende functie hebben. De overtreffende trap van persoonlijke verzorging en de basis van het wijkverpleegkundig functioneren zijn de verplegingscompetenties: verpleegtechnisch handelen, medisch-technische handelingen, generalistisch handelen, coachen van andere disciplines/ verpleegkundigen en 'sociale slimheid'. Uitvoering van wijkanalyses en doelgroepenscreening zijn onmisbare competenties binnen AIV. Voor begeleiding & coördinatie geldt dat de spilfunctie onmisbaar is. De wijkverpleegkundige is de 'spil' tussen cliënt, wijk en stakeholders en tevens kan de wijkverpleegkundige wonen, welzijn en zorg verbinden. De wijkverpleegkundige kan op verschillende niveaus communiceren. Zij straalt vertrouwen en trots op haar vak uit. Het bevorderen en optimaliseren van zelfmanagement wordt steeds belangrijker bij een toenemend aantal ouderen dat thuis blijft wonen, waarbij empowerment de boventoon voert. Het zesde en laatste competentiegebied professionaliteit vraagt om zelfstandigheid, bijdragen aan lokaal gezondheidsbeleid, vertaling van wetenschappelijk bewijs, ICT toepassing, zelfreflectie, verantwoordelijkheid voor eigen ontwikkeling en innovatie.

Deze invulling van competentiegebieden laat zien dat er in de inventariserende studie voornamelijk een beroepsmatige invulling van wijkverpleegkundige naar voren is gekomen. De competenties zelf worden, zowel in de literatuur als door de respondenten en de klankbordgroep, nog in weinig gedetailleerde en concrete termen besproken.

In het onderwijs dienen nog diverse competenties nieuw aangeleerd of versterkt te worden. Deze aanbevelingen komen voornamelijk naar voren uit de interviews en klankbordgroep. In de literatuur vonden we geen aanwijzingen die erop duiden dat de huidige opleiding wordt herzien of wordt aangepast aan de competenties die voor de uitvoering van de toekomstige wijkverpleegkundige functie noodzakelijk zijn.

Voor de competentiegebieden van persoonlijke verzorging en verpleegkundig handelen betekent dit dat de opleiding vooral het leren inzien van de betekenis en functie van de basishandelingen in de wijkverpleegkunde versterkt en optimaliseert. Voor AIV is het kunnen uitvoeren van preventie een factor die uitgebreider aangeleerd dient te worden. Voor de competentie 'spil' als onderdeel van het competentiegebied 'begeleiding & coördinatie' geldt dat er zowel vaardigheden moeten worden aangesterkt als nieuw moeten worden aangeleerd door de opleiding. Voor de competentiegebieden zelfmanagement en professionaliteit geldt dat er vernieuwende competenties moeten worden

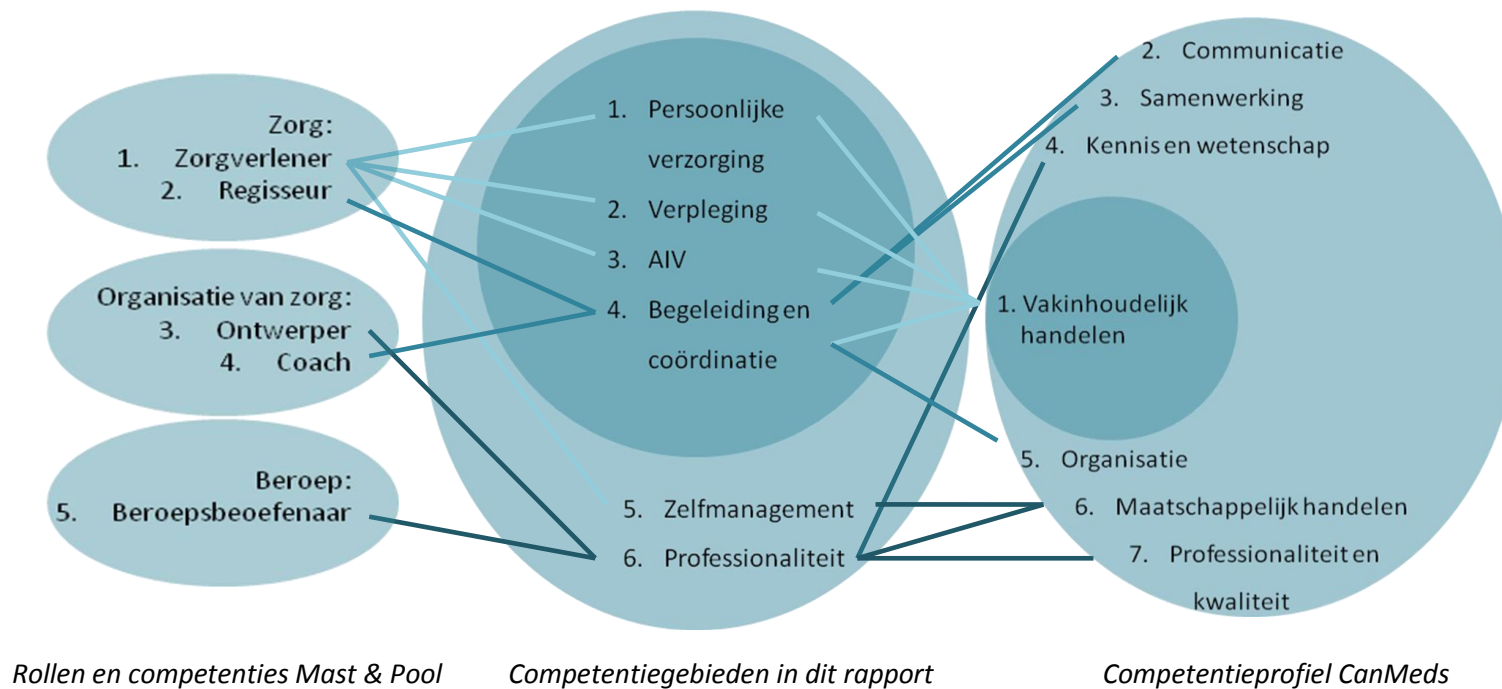
aangeleerd voor de huidige wijkverpleegkundige, om naar de wijkverpleegkundige van de toekomst te gaan. Een van de belangrijkste aanbevelingen hierbij is om structureel een praktijktoets met de opleiding in te bouwen om de huidige kloof tussen praktijk en opleiding te verkleinen.

Zowel de literatuur als de door ons gesproken deskundigen gaven niet aan dat er een geheel nieuwe herziening van het competentieprofiel nodig is. Het competentieprofiel uit dit rapport past bij de rollen die door CanMeds en Mast & Pool zijn gedefinieerd (zie figuur 2). In figuur 2 worden de bevindingen uit onze studie naast de modellen van Mast & Pool en CanMeds gelegd. Er is met verbindende lijnen weergegeven welke competentiegebieden gerelateerd zijn.

In vergelijking met genoemde modellen hebben wij 4 belangrijke accentverschillen aangebracht in het nieuwe competentieprofiel. Binnen de door ons beschreven zes competentiegebieden zal op de volgende taken meer en uitdrukkelijker accent moeten worden gelegd:

- 1) **Zelfmanagement en 'patient empowerment'**: In de nieuw omschreven competentiegebieden ligt meer nadruk op zelfmanagement van de cliënt en is er dus meer mogelijkheid voor zogeheten patient empowerment. Belangrijke aanpassing die de opleiding hiervoor in haar curriculum moet aanbrengen is het leren toepassen van motivational interviewing. Dit is een onmisbare competentie bij het bevorderen van zelfmanagement en cliënt empowerment. Competenties die hiervoor nodig zijn onder andere begeleiden, coachen en stimuleren.
- 2) **Zorg op populatie/ wijk niveau**: De wijkverpleegkundige kan haar werkzaamheden op individueel niveau (i.e. geïndiceerde zorg) vertalen naar wijkniveau. Het ontwikkelen van een gevoeligheid voor zorgbehoeften op groepsniveau is zeer belangrijk. De opleiding kan hierin faciliteren door studenten aan te leren hoe kennis van GGD data toegepast kan worden in de wijk en zodoende interventies op wijkniveau kunnen uitvoeren. Het proactief aanbieden van preventieve activiteiten sluit hier op aan.
- 3) **Verbinding wonen, welzijn en zorg**: Het derde belangrijke accentverschil is dat de wijkverpleegkundige de verbindende factor is tussen wonen, welzijn en uiteindelijk zorg. Hiervoor moet de wijkverpleegkundige breder kunnen kijken dan alleen de indicatie; adequate signalering is hierbij dus onmisbaar. De wijkverpleegkundige moet in een breed kader acteren, coördineren en begeleiden om een spil in het web te kunnen vormen voor de cliënt en de wijk. Een grote mate van proactiviteit is cruciaal. De opleiding kan hier op inspelen door kennis en toepassing van de sociale kaart van een wijk aan te leren, in combinatie met het ontwikkelen van een breed netwerk. De opleiding zou ook meer moeten inspelen op de relatie tussen wonen, welzijn en zorg en de interactie hiertussen.
- 4) **Professionalisering**: Het laatste belangrijke accentverschil is dat professionaliteit van wijkverpleegkundigen opgehoogd wordt, met name in vergelijking met het model van Mast & Pool. De kern daarvan is dat de wijkverpleegkundige haar handelen richt op protocollen, richtlijnen en evidence based handelen. De opleiding kan hier op inspelen door aan te leren hoe wetenschappelijke inzichten geïnterpreteerd en vertaald kunnen worden naar toepassing in de dagelijkse praktijk en naar protocollen en standaarden.

Tot slot moet er wel aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan om de benoemde competenties te kunnen: juiste attitude, de organisatie inrichten op het nieuwe competentieprofiel met onder andere kleinere teams en herstel van samenwerking met de huisarts, een financieringsstructuur waarbij de behoeften van de cliënt belangrijker zouden moeten zijn dan het genereren van omzet, eigen autonomie voor de wijkverpleegkundigen, de cliënt centraal in de organisatie-inrichting, minder niveaus in verzorgende en verpleegkundige functies en adequate infrastructuur en faciliteiten.



Figuur 2. Onze bevindingen in vergelijking met model van Mast & Pool en CanMeds

7. Discussie

Verhouding resultaten klankbordgroep, interviews en literatuuroverzicht

Dit rapport geeft een uitgebreid overzicht van de benodigde competentiegebieden en competenties van de wijkverpleegkundige om te kunnen voldoen aan de veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod. De competenties die in de interviews naar voren zijn gekomen, komen grotendeels overeen met de implicaties voor het nieuwe competentieprofiel van de wijkverpleegkundige zoals die in onze literatuurstudie naar voren kwamen: de wijkverpleegkundige als generalist en sleutelpersoon voor integratie van wonen, welzijn en zorg in de ketenzorg en de steeds belangrijker wordende preventie en zelfmanagement. Een belangrijke overeenkomst daarmee is dat er door transitie van zorg voor ziekte naar gedrag en gezondheid consequenties voor de eerstelijns -en in het bijzonder de wijkverpleegkundige- zowel in de literatuur als in de klankbordgroep en interviews duidelijk naar voren komen. De respondenten en klankbordgroepleden kwamen tot competentiegebieden die pasten bij de weergave uit de literatuur. Echter, bij interviewresultaten verlegden de respondenten accenten van de competentiegebieden, waardoor tot een andere indeling van competenties gekomen is. Naar aanleiding van de discussie met de klankbordgroep is het overzicht van competentiegebieden nogmaals aangescherpt. In tegenstelling tot hetgeen in hoofdstuk 3 en 4 is beschreven, heeft de klankbordgroep 'AIV' en 'begeleiding & coördinatie' als aparte competentiegebieden benoemd. Dit heeft uiteindelijk geleid tot 4 belangrijke accentverschillen in vergelijking met modellen uit de literatuur.

Een ander verschil is dat de literatuur meer lijkt terug te grijpen op de oorspronkelijke wijkverpleegkundige. De geïnterviewden en klankbordgroepleden erkennen de belangrijke elementen van de 'vroegere wijkverpleegkundige' maar leggen meer nadruk op aanpassing aan de huidige tijdsgeschiedenis.

Het is mogelijk dat de resultaten in de interviews enigszins vertekend zijn doordat expliciet aandacht was voor de thema's die in de literatuurstudie naar voren zijn gekomen. Deze beïnvloeding is naar inschatting gering, aangezien de interviews met een open vraag is begonnen: "Hoe ziet volgens u het wijkverpleegkundige profiel er over 10 jaar uit?". Hoewel anders geordend (in 7 beroepsrollen, gebaseerd op CanMeds) blijken de in dit rapport beschreven competenties grotendeels overeen te komen met de competenties die in het project "V&V 2020" zijn gevonden (persoonlijke communicatie met opdrachtgever en met Mariska de Bont (V&VN)). "V&V 2020" is een inventariserende studie die gelijktijdig met onderhavige studie werd uitgevoerd. Het doel van V&V 2020 is het actualiseren van het verpleegkundige beroepsprofiel. Onze studie kijkt op enkele punten af van het V&V 2020 project: wij hebben het formuleren van 'competentiegebieden en competenties' als uitgangspunten genomen en tevens beperkt ons project zich tot de wijkverpleegkundige professie. We hebben getracht de informatie uit het project 'V&V 2020' in dit rapport te integreren door het interviewen van Mariska de Bont (V&VN). Tevens heeft zij schriftelijk gereageerd op de concept rapportage. Feedback die ondersteunend was en in verlengde van discussies in klankbordgroep zijn in voorliggende rapportage verwerkt.

Factoren die onderbelicht zijn

Dit rapport gaat in op de rol van wijkverpleegkundige in het beschreven beroeps- en competentieprofiel. Echter, er is nog weinig (wetenschappelijk) bewijs dat de wijkverpleegkundige de meest geschikte persoon is om de benoemde taken te vervullen of dat dit tot betere zorg leidt. Er zijn enkel nog studies op (zeer) kleine schaal die aanwijzingen ten gunste van de wijkverpleegkundige geven.[24] De wijkverpleegkundige zou geschikt kunnen zijn omdat ze veel bij mensen thuis komt. Maar wellicht is de praktijkondersteuner huisarts of verpleegkundig specialist ook wel geschikt voor beschreven takenpakket. Dat er behoefte is aan een verpleegkundige in de eerste lijn is duidelijk. Het is echter onduidelijk of dit perse door een wijkverpleegkundige moet worden uitgevoerd die bij een thuiszorginstelling werkzaam is of dat de taken uitgevoerd moeten worden door een verpleegkundige die in dienst is bij een huisarts(groep).

Verder lijkt er een spanningsveld te zijn tussen het optimaliseren van actualiteit van opleidingen en de snelle ontwikkelingen die in de praktijk plaatsvinden. Door respondenten wordt aangegeven dat praktijk en opleiding beter moeten aansluiten. De praktijk ontwikkelt zich echter erg snel en niet overal in het land gelijkmatig. Dit is voor de opleiding moeilijk bij te houden. Anderzijds lijkt de opleiding nu nog te statisch, en zou het dynamischer moeten worden om te kunnen reageren en inspelen op de veranderingen in de praktijk.

Kracht en beperkingen

Dit rapport geeft de meest recente 'state of the art' van het veelbesproken nieuwe competentieprofiel van de wijkverpleegkundige weer. Door de toepassing van een literatuurstudie, gevolgd door individuele en focusgroep interviews en een klankbordgroep denken wij een verzadiging aan op dit moment beschikbare informatie te hebben bereikt. Dat wil zeggen dat er op dit moment waarschijnlijk het maximaal haalbare aan informatie naar voren is gekomen.

We hebben een redelijk duidelijk beeld van de beroepsmatige invulling (taakgebieden) van het beroep kunnen geven. Het is echter nog niet gelukt op het niveau van taken en de daarbij behorende competenties te concretiseren. De literatuur en de gesprekken gaan ons inziens nog te vaak over het perspectief van de wijkverpleegkundige als professie; de functie van wijkverpleegkundige. Uit zowel de literatuurstudie als de interviews en klankbordgroep blijkt daarom dat op dit moment een zeer concrete weergave van taken en de daarvoor benodigde competenties eenvoudigweg nog niet mogelijk is.

Hoe nu verder

Op grond van de uitkomsten van literatuurstudie, interviews en discussie met de klankbordgroep komen we tot verschillende aanknopingspunten die nog verdere opheldering behoeven en vervolg zouden moeten krijgen, voordat het onderwijs aanpassingen kan invoeren gericht op een vernieuwd wijkverpleegkundige competentieprofiel.

Het belangrijkste aandachtspunt dat verder specificatie en uitwerking behoeft, is de vertaling van taken naar concrete competenties. Het gaat hierbij om het geïntegreerde geheel van kennis en inzicht, vaardigheden en attitudes die nodig zijn om de bij de functie behorende beroepstaken te kunnen verrichten. Deze vertaalslag kan door ons op dit moment nog niet worden gemaakt. Een dergelijk overzicht is echter essentieel om noodzakelijke aanpassingen in de opleiding te realiseren. In de huidige studie is gekozen voor een bottom-up benadering (waarbij mensen in het veld zijn ondervraagd). Op grond van huidige inzichten, lijkt een top-down benadering wenselijker. Op grond van onderhavige bevindingen zou een groep van 2 tot 3 personen een set van competenties kunnen formuleren. Deze zouden vervolgens ter verificatie aan het veld kunnen worden voorgelegd. Zorgverleners kunnen dan terugkoppeling geven op het voorgestelde competentieprofiel, competenties en taken.

Enkele voorbeelden

Een voorbeeld van nodige vertaalslag is het afnemen van een volledige intake (taak). Hiervoor is nog geen instrument voorhanden en nodige competenties (kennis, vaardigheden en attitude) zijn nog onvoldoende beschreven. Een ander voorbeeld is het stimuleren van zelfmanagement (taak). De opleidingen hebben hier nog te weinig ervaring mee en voor wijkverpleegkundigen is dit ook nog een nieuw gebied. Deze taak dient dus nog verder uitgediept te worden. De vraag die hierbij centraal staat: Over welke kennis, vaardigheden en instrumenten/tools dient de wijkverpleegkundige te bezitten om patiënten te begeleiden bij zelfmanagement? Een andere taak die verdere verduidelijking behoeft, is het maken van een wijkanalyse. De wijkverpleegkundige moet op basis van een wijkanalyse kunnen aangeven welke problemen in de wijk nog moeten worden aangepakt. De concrete handelingen die de wijkverpleegkundige hiervoor moet uitvoeren naast gestructureerd en gevalideerd gebruik maken van informatiesystemen, zijn niet benoemd. Datzelfde geldt voor het uitvoeren van competentiegebied AIV. AIV is een element dat ook in oudere competentieprofielen naar voren kwam. Maar preventieve elementen zijn relatief nieuw voor wijkverpleegkundigen. Er zal

duidelijker moeten worden welke activiteiten precies bij preventieve werkzaamheden horen en de invulling van dit takenpakket met competenties moet nog verder verduidelijkt worden. In het competentieprofiel is ook omschreven dat wijkverpleegkundigen moeten kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van landelijke verpleegkundige standaarden. Over de taak is men het wel eens, maar nog onduidelijk is hoe dit verder geconcretiseerd moet worden. Behorend bij de ontwikkeling van verpleegkundige standaarden, is er ook behoefte aan ontwikkeling van meetinstrumenten door de beroepsgroep van verpleegkundigen. Deze tezamen maken onderdeel uit van het competentieprofiel professionaliteit dat verder uitgediept dient te worden.

Een van de belangrijkste boodschappen die respondenten meegaven in de interviews, was dat vragen vanuit de actuele praktijk leidend moeten zijn voor de inhoud van de (wijk)verpleegkundige opleiding. Dit moet zo veel mogelijk consistent onder alle opleidingen gebeuren. De in dit rapport verkregen inzichten kunnen echter al wel worden geïntroduceerd in de huidige opleiding te Nijmegen.

Het is belangrijk dat niet alleen de opleiding tot wijkverpleegkundige wordt aangepast, maar ook wijkorganisaties dienen anders te worden ingericht. Het competentieprofiel nieuwe stijl heeft zodoende ook consequenties op organisatieniveau. De wijze waarop organisaties zich kunnen aanpassen aan het competentieprofiel nieuwe stijl heeft hierbij de nodige aandacht.

Naast het concretiseren van competenties is het aan te bevelen om een vervolgstudie naar politiek aansprekende en gevoelige onderwerpen uit te voeren, zoals effectiviteits- en doelmatigheidsstudies. Er is immers nog weinig evidence dat het nieuwe competentieprofiel van wijkverpleegkundige daadwerkelijk tot betere patiëntenzorg zal leiden. Ook is nog onduidelijk hoeveel wijkverpleegkundige (niveau 5) nodig zijn om de in dit rapport beschreven zorg te kunnen bieden.

Literatuur

1. Vries, S., et al., *Beleidsvoorstel 'Hbo-v'er in de thuiszorg'*, 2007.
2. Boom van der, H., *Home nursing in Europe. Patterns of professionalisation and institutionalisation of home care and family care to elderly people in Denmark, France, the Netherlands and Germany: Home nursing in the Netherlands*, 2008.
3. Nouws, H., *De wijkverpleegkundige in de eerstelijnszorg. Nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven*, STOOM and ActiZ, Editors. 2010.
4. Bergen van, L., *Van hometeam tot HOED-constructie. De weerslag van de verandering in praktijkvoering in 50 jaargangen Huisarts en Wetenschap*. Huisarts en Wetenschap, 2007. 50(13): p. 974-980.
5. Huygen, F.J.A., *Het Hometeam*. Huisarts en Wetenschap, 1962. 5: p. 119-123.
6. Haar van de, W. and M. Bont de, *Herwaardering wijkverpleging. Breed gedragen toekomstvisie moet mooi vak in ere herstellen*. LVW, 2009. 2.
7. NPCF, et al., *Zorg thuis: ongedeeld en samenhangend. Een wenkend perspectief*. 2009.
8. Weelderen van, G. and A. Kerkstra, *Functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep: feiten, knelpunten en wensen*, 1998, Nivel/ STOOM: Utrecht/ Bunnik.
9. Buurtzorg. *De Buurtzorgformule*. 2010; beschikbaar via: <http://www.buurtzorgnederland.com/Over%20Buurtzorg/>
10. V&VN, *Op een lijn komen: visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg*, 2010.
11. RVZ, *Van zz naar gg. Acht debatten, een sprekend verhaal*, 2010.
12. Anoniem. *Aankondiging congres: De wijkverpleegkundige aan zet*. 2011; beschikbaar via: <http://www.leidscongresbureau.nl/wijkverpleegkundige/informatie>.
13. RVZ, *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*, 2010.
14. Mast, J. and A. Pool, *Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen*, 2005, NIZW.
15. ActiZ, *Strategienotitie Preventie VVT. Zorg en preventie, een onlosmakelijke verbinding!*, 2009.
16. VBOC. *Algemeen deskundigheidsgebied verpleegkundigen met een vervolgopleiding. VBOC-II Verpleegkundige Vervolgopleidingen (VVO) 2009*.
17. Tannenbaum, D., et al., *CanMEDS- Family Medicine. Working group on curriculum review*, 2009, The College of Family Physicians of Canada. Section of teachers.
18. Anoniem. *Jos de Blok: 'Zet wijkverpleging in voor ziektepreventie'*. 2010; beschikbaar via: <http://www.nursing.nl/verpleegkunde/specialismen/thuiszorg-en-wijkverpleging/nieuw/5865/jos-de-blok-zet-wijkverpleging-in-voor-ziektepreventie>.

19. Meer van der, F.M. and C.G. Mastenbroek, *Verpleegkundige zorg 'in de wijk' : van samenhang verzekerd*, 2010.
20. ZonMW, *2 jaar zichtbare schakel- De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt*, 2011.
21. Groothuis, J., *Handreiking ketenzorg. Een hulpmiddel voor zorgondernemers om in ketensamenwerking in de eerste lijn te participeren of om dit te initiëren*, 2010, ActiZ/STOOM: Utrecht/ Bunnik.
22. ZonMw, *Uitvoeringsprogramma Zichtbare schakel; De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt; 2009-2012*, 2009.
23. Windt van der, W., R.C.K.H. Smeets, and E.J.E. Arnold, *RegioMarge 2009, De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen 2009-2013.*, 2009, Prismant: Utrecht.
24. Vermeer, E.H., *De wijkzuster terug in West-Brabant: worden we er beter van? Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten en baten Kruisvereniging West-Brabant*, 2011, BMC Advies, Management.

Bijlage I: Weergegeven thema's in documenten

Referentie	Beroepsprofiel wijkverpleeg- kundige van de toekomst	Toekomstig competentie- profiel	Opleiding	Randvoor- waarden
¹ Vries e.a., 2007	X	X	X	X
² van der Boom, 2008	X			
³ Nouws, 2010	X	X		X
⁴ Van Bergen, 2007	X			
⁵ Huygen, 2005	X			
⁶ Van de Haar, De Bont, 2009	X			X
⁷ NPCF; LOC; V&VN; ActiZ, 2009	X			
⁸ van Weelderen, Kerkstra, 1998	X			X
⁹ Buurtzorg, 2010	X			
¹⁰ V&VN, 2010	X			X
¹¹ RvZ, 2010	X			X
¹² Anoniem , 2011	X			
¹³ RvZ, 2010	X			X
¹⁴ Mast & Pool, 2005	X	X		
¹⁵ Actiz, 2009	X			X
¹⁶ VBOC, 2009	X	X		
¹⁷ Tannenbaum, 2009	X	x		
¹⁸ Anoniem, 2010	X			X
¹⁹ Van der Meer, Mastenbroek, 2010	X	X		X
²⁰ ZonMW, 2011	X	X		X
²¹ Groothuis, 2010	X			X
²² ZonMw, 2009	X	X		
²³ Van der Windt,			X	

Smeets, Arnold, 2009				
²⁴ Vermeer, 2011	X			

Bijlage II: Lijst van respondenten

Focusgroepen

Docenten Hogeschool Arnhem Nijmegen (programmering MGZ-opleiding)

Rob Schuurman
Maria van Erp
Anja Smit
Marlies van Bommel
Leonie Verest
Yvonne van de Wiel
Leo Stunnenberg

Wijkverpleegkundigen en verzorgenden Buurtzorg:

Trudy Blok
Elly van Dijken
Marieke Klok
Ingela van Barneld

Wijkverpleegkundigen ZZG zorggroep:

Mignon Willeman
Kim Driessen
Hetty Berghs
Lieke Hoes
Ria de Keijzer
Rianne van Ooijen
Petra Litjes
Jolan Kremers
Nick de Bruijn

Individuele interviews

Managers/bestuurders

Monique Jansen-Schuiling
ZZG zorggroep; coördinator projecten 1^e lijn, betrokken bij 'Zichtbare schakel'

Dick Herfst
ZZG zorggroep; Raad van Bestuur

Marcel de Groot
ZZG zorggroep; programmacoördinator

Hans van Wijchen
ZZG zorggroep; zorgregiomanager Thuiszorg Wijchen en GVP

Jos de Blok
Buurtzorg Nederland; directeur

Hans Vlek
*Eerstelijns centrum Tiel; Medisch manager
Syntein; ketenzorg Noordelijke Maasvallei BV, programmamanager*

Beleidsmedewerkers koepelorganisatie

Mariska de Bont
V&VN; beleidsmedewerker

Leo Kliphuis
Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG); directeur

Ariane Hamming
*ZZP-er; betrokken geweest bij ontwikkeling van geïntegreerde eerstelijnszorg binnen GOED
Ridderkerk (Eigenaar van Triage Plus- processturing geïntegreerde Eerstelijnszorg at Stichting Utrecht
Oost Gezond)*

Klankbordgroep

Rob Schuurman
HAN; Docent HBO-v; voorzitter sectie maatschappelijke gezondheidszorg

Jan van Lieshout
*Huisartsenpraktijk Van Lieshout; wetenschappelijk huisarts onderzoeker IQ healthcare, UMC St
Radboud; lid medische adviesraad zorggroep Arnhem; voorzitter Geïntegreerd Eerstelijns
Zorgcentrum*

Marcel de Groot
ZZG zorggroep; programmacoördinator eerste lijn

Dick Herfst
ZZG zorggroep; Voorzitter Raad van Bestuur

Mariska de Bont [schriftelijke reactie]
V&VN; beleidsmedewerker

Rob van der Sande
Lector Langdurige Zorg, HAN [Opdrachtgever]

Interviewers

Sanne Kusters, MSc
Junior onderzoeker IQ healthcare, UMC St Radboud

Myrna Keurhorst, MSc
Junior onderzoeker IQ healthcare, UMC St Radboud

Dr. Miranda Laurant
Senior onderzoeker IQ healthcare, UMC St Radboud

Bijlage III: Citaten naar thema's

NB: focusgroep interviews als 1 respondent weergegeven.

Respondent 1

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Meer netwerken en sturen empowerment - Coach - Spil in netwerk; meer raakvlakken andere disciplines - Achter de voordeur komen (laagdrempelig) - Preventie voor patiënt en mantelzorger - Wijkanalyse - Maatschappelijke context - Gedragsbeïnvloeding - Sociale kaart	- Creëren vertrouwensband - Begeleiden van mensen - Signalering en doorverwijzing - Coördinatie zorgproces - Stimuleren zelfzorg - Probleemanalyse - Overleg, afstemming, reflectie en coaching - Contact maken met sleutelfiguren - Sociale slimheid: nieuwsgierig, analyseren, verbinden	- Meer aandacht MGZ in eerste 2 jaar opleiding - Blijven aanbieden van scholingsactiviteiten voor wijkverpleegkundigen	- Meer doorzettingsmacht - Inzicht in netwerk - Financiële herstructurering

Respondent 2

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Multidisciplinaire blik: zorg, wonen en welzijn - Netwerk voor doorverwijsfunctie - Preventie - Sociale kaart - Geen casemanager - Coördinator	- Vroegsignaleren (bijv. door 'achter de voordeur') en indiceren: observeren, luisteren, waarnemen. Samenwerken, communiceren, rapporteren, kennis ziektebeelden - Motiveren van gedragsveranderingen - Technische handelingen naast methodekennis - Stimuleren zelfredzaamheid - Zelfreflectie - Creativiteit	- Technische handelingen op peil - Ontwikkeling klinische blik - Continue bijscholing - Van preventieve kennis naar praktisch handelen - Trainen sociale vaardigheden voor ontwikkelen reflectie - Van theorie zelfzorg naar praktisch handelen - Bijhouden technologische ontwikkelingen	- Zelfsturing

Respondent 3

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Aanspreekpunt en generalist in 1^e lijn - Meer samenwerking met 2^e lijn: gericht op preventie en ketenzorg - Casemanager met netwerkfunctie - Meer op zoek naar cliënten in de wijk, naast uitsluitend geïndiceerd werken - Aansturend, regisserend, coachend - Handen aan het bed: signaleren	- Multidisciplinair samenwerken: verbinden, afstemmen, coördineren - Vroegsignalering - Aanpassing aan client met toenemende kennis - Stimuleren zelfredzaamheid - Wijkgericht werken	- Optimaliseren brede medische kennis/ brede blik - Aanleren scenariodenken - Bevorderen aanleren therapietrouw - Totale anamnese - Uitwisseling tussen specialisaties MGZ, AGZ en GGZ	- Zelfregie - Patiëntenbelang voorop in organisaties - Minder bureaucratie - Meer eenheid tussen zorgorganisaties - Wijziging in financieringsstroom - Facilitaire voorzieningen

Respondent 4

Beroepsprofiel wijkverpleegkundi ge van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaard en
- Generalist - Sociale kaart - Sociale netwerkfunctie - Bemoeizorg - Coach - Primaire preventie - Casemanagement	- Verpleegkundige vakkennis/ klinische vaardigheden - Communicatieve vaardigheden met verschillende achtergronden - Zelfmanagement - Meest recente ontwikkelingen - Evidence-based werken - Protocollen/ richtlijngericht werken - Signaleringsinstrumenten - Multidisciplinair samenwerken - Volledige intake - Patiënten informeren; in samenspraak besluiten - Vertrouwen winnen - Flexibiliteit en creativiteit - Kennis van wet- en regelgeving - Signaleren binnen preventie - onderhandelingsvaardigheden	- Ophogen medische kennis - Continue bijscholing - Meest recente ontwikkelingen - Evidence-based werken - Protocollen/ richtlijngericht werken - Signaleringsinstrumenten - Veel stages - Trainen in indicatiestelling/ gespreksvaardigheden (vraag achter de vraag) - Zelfvertrouwen: trots op het vak - Aantrekken MGZ-richting: uitdagingen en veelheid van het vak - Goede stagebegeleiders	- Autonomie - Wijzigingen in wet-en regelgeving - Veranderingen in financiering - Lid beroepsorganisatie - Trots op het vak - Kleinere teams

Respondent 5

Beroepsprofiel wijkverpleegkundig e van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Huisarts en wijkverpleegkundige complementair - Eigen praktijkvoering - Gericht op gedrag en gezondheid - Generalistische aanpak3 - Sociale kaart - Primaire preventie - Klantsegmentatie - Multidisciplinair gericht; geïntegreerd handelen - Maatschappelijke context	- Klinische vaardigheden - Sturen op welbevinden - Oplossingen op maat: persoonlijk leefplan - Proactief - Structurele preventie - Disease management - Zelfmanagement; empowerment - gespreksvaardigheid	- Epidemiologie - Public health - Actueel, bijvoorbeeld integreren actuele nota's RvZ - Afstemming andere opleidingen - Meester-gezelrelatie - Zorgprogramma's en zorgstandaarden - Gezondheidsbevordering	- Kostenbeheersing - Autonomie - Slechts 2 niveaus: verzorgende en verpleging - Politieke aandacht

Respondent 6

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Generalist - Ontwerpen - (leefstijl)Coach - Signaleringsfunctie - Bijdragen lokaal gezondheidsbeleid - Samenwerking huisarts - Selectieve en geïndiceerde preventie	- Zelfmanagement - 'Naar mensen toe' - Vroegsignalering, analyseren en doorverwijzen - Screening - E-health - Ontwikkeling zorgpaden - Monitoring - Voorlichting - Creativiteit	- Continue bijscholing - Somatische kennis, creëren, ontwerpen en de zorgverlenende taken op peil brengen - In alle domeinen van opleiding verplicht stage lopen - Praktijkgerichte colleges in het perspectief van de opleiding - Ophogen toepassing sociale kaart	- Attitude wijkverpleegkundigen - Slechts 2 niveaus: verzorgende en verpleging - Ondersteuning beroepsorganisaties - Besef bij studenten als nieuwe kartrekkers - Financieringsstelsel

Respondent 7

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaard en
- Verantwoordelijkheidsgevoel voor de wijk - Generalist - Meer preventie en care, minder cure - Coaching en aansturing - Complexe zorg - Casemanager of zorgtrajectbegeleider - Ontwerpen/ aanpassen protocollen - Sociale kaart - Verbindende aspect wonen nog maken op populatieniveau - Achter de voordeur - Multidisciplinaire samenwerking	- Signaleren hiaten in de wijk - Multidisciplinair afstemmen - Leefstijlbegeleiding/ empowerment - Wijkanalyse - Multidisciplinaire communicatie - Assessments en screeningsinstrumenten - Analytisch vermogen - Coaching - Coördinatie - Zorgplan	- Voortdurende bijscholing - Trots op wijkverpleegkundige vak - Stages met stijl wijkverpleegkundige van de toekomst - Communicatievaardigheden - Protocollen en instrumenten hanteren en bijdragen in ontwikkeling - ICT-mogelijkheden - Vroegtijdig MGZ blok aanbieden	- Salaris wijkverpleegkundige ophogen -

Respondent 8

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Verbinding preventie, care, cure - Handelen in maatschappelijke context - Generalist - Aanspreekpunt in de wijk - Meer preventie en vroegsignalering - Samenwerking huisarts	- Coördineren - Signaleren - Verwijzen - Wijkanalyse - Multidisciplinaire communicatie - Empowerment - Wetenschappelijke inzichten - Structureren en valideren - Technologisch ontwikkelingen - Empowerment	- Op peil brengen van coördinerende, verpleegtechnische en agogische vaardigheden - Waardering multidisciplines - Gedragspsychologie - Vertaling preventie van theorie naar praktijk - Empowerment	- Gunstig politiek klimaat - Werken vanuit beschikbaarheid - Autonomie

Respondent 9

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Schakel naast de huisarts - Onderdeel van multidisciplinair team - Laagdrempelig - Casemanager - Generalist - Maatschappelijke context - Kennis wet- en regelgeving	- Klinische vaardigheden - Zorgwelzijnsactieplan (ook op wijkniveau) - Empowerment - Samenwerken / verwijzen - Coördineren - Evidence-based - Initiëren - Preventie - faciliterende activiteiten - Gebruik techniek	- Handelen in maatschappelijke context - Netwerken - Realistisch beeld van veelzijdige wijkverpleegkundige vak - Bij elkaar brengen opleiding en praktijk - Inzet wetenschappelijk ontwikkelde instrumenten - Empowerment	- Faciliterende technieken (infrastructuur) - Organisatorische inrichtingen n.a.v. toekomstige wijkverpleegkundige

Respondent 10

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Verbinding preventie, care, cure - Netwerken - Multidisciplinair samenwerken - Vernieuwing/ innovatie - Verbeteren kwaliteit - Analyseren - Wijkgerelateerd werken - Generalist - Evenwicht in vakbekwaamheid en persoonlijke ontwikkeling	- Klinische vaardigheden - Wijkanalyse - Preventie individueel en groepsniveau (in context van de wijk geplaatst) - Leefstijlbegeleiding - Zelfreflectie - Innovatief - ICT toepassingen	- Onderwijs meer baseren op praktische kennis - Wijkverpleegkundige is niet uitsluitend managementrol - Demografische ontwikkelingen bijhouden - Meester-gezelrelaties - Diversiteit aan stages - MGZ geen specialisatie maar een verdieping van algehele verpleegkundige vaardigheden - Nieuwe technieken, evt complementaire en aanvullende technieken	- Autonomie (bottom-up werkwijze) - Zorgvraagstukken leidend voor wijkverpleegkundige werkzaamheden - Financiële herstructurering

Respondent 11

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- Zelfstandige operatie vanuit een huisartsenteam - Tandemverhouding met huisarts - Indien nodig casemanager - Multidisciplinaire samenwerking en netwerken - Generalist - Voornamelijk secundaire en tertiaire preventie - Proactief	- Klinische vaardigheden - Evidence based - Innovatief - Zelfinzicht - Signalering en doorverwijzing - Monitoren - Organisatie preventieactiviteit en - Empowerment en motivatie tot gedragsverandering - Communicatief	- Attitudeverandering: verpleging richten op zelfredzaamheid/ empowerment - Multidisciplinair werken - Meer opleiden richting ouderenzorg - Netwerken - Zelfinzicht	- Attitude zelfredzaamheid in het cultuurgood - Binding aan multidisciplinaire teams - Minimalisatie administratieve lasten - Financiering vanuit zorgverzekerings wet

Respondent 12

Beroepsprofiel wijkverpleegkundige van de toekomst	Toekomstig competentieprofiel	Opleiding	Randvoorwaarden
- GG in plaats van ZZ - Casemanager/ schakel tussen patiënt, huisarts en specialist - Spil in de wijk - Drempelloos - Netwerk - Multidisciplinaire samenwerking - Samenwerking huisarts - Preventie van kwetsbaarheid - Proactief - Gebruik ICT - Up to date laatste ontwikkelingen	- Monitoren - Empowerment/ motivatie gedragsverandering - Begeleiding - Ondersteuning - (vroeg)signaleren - Analyserend vermogen - Motivatie gedragsverandering - Vroegsignalering - Monitoring - Ondernemend - Creatief	- Reactieve houding veranderen in proactieve houding - Imago thuiszorg verbeteren - Patiënt empowerment - Maatschappelijke context - Stages in wijkverpleegkundige teams - Richten op (vroeg)signalering, motiveren, inzicht geven, monitoren en integraal samenwerken met verschillende instanties	- Autonom - Financiering - Verandering structuur CIZ-indicaties - Meer samenwerking thuiszorgorganisaties met relevante stakeholders (huisarts, ziekenhuizen, verzekeraars)