Tussenbalans

Zichtbare schakel

De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt

Programma Zichtbare schakel

ZonMw

Tussenbalans
‘Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt’

Programma Zichtbare schakel
november 2011

Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma ‘Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt’ kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail zichtbareschakel@zonmw.nl of telefoon 070 349 51 90.

Datum: november 2011
Oplagenummer: 500/11/2011/02

ZonMw
Laan van Nieuw Oost-Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
Fax 070 349 53 58
www.zonmw.nl

Inhoud

1 Inleiding....5
2 Inzet van de wijkverpleegkundigen....6
3 Bereik en werkwijze....8
4 Resultaten....11
5 Aandachtspunten bij borging van de resultaten....13
6 Aanbevelingen voor de borging van de resultaten....14
A Bijlage: Overzichtskaart spreiding projecten....16
B Bijlage: Opzet van de tussenbalans....17

1 Inleiding

Het ZonMw programma ‘Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt’ is halverwege haar looptijd. Een goed moment om een tussenbalans op te maken. In de periode april tot en met oktober 2011 is de voortgang van het programma in kaart gebracht.

De directe aanleiding voor het programma ‘Zichtbare schakel’ is de motie Hamer (september 2008). In deze motie staat een voorstel om het aantal wijkverpleegkundigen in de aandachtswijken uit te breiden en daar € 10 miljoen per jaar voor vrij te maken. De motie is aangenomen en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het toenmalige programmaministerie Wonen, Wijken en Integratie (inmiddels het ministerie van BZK) hebben ZonMw de opdracht gegeven om de motie in een programma nader vorm te geven en uit te voeren.

In de doelstelling van het programma staat het realiseren van de inzet van 250 wijkverpleegkundigen centraal. Deze extra inzet moet grotendeels plaatsvinden in de 40 aandachtswijken en moet leiden tot:
- Het verbeteren van een integrale aanpak tussen wonen, preventie, welzijn en zorg.
- Het optimaliseren van de verbindingen tussen vraag en aanbod op wijkniveau en daarmee het vergroten van de bereikbaarheid van dat aanbod voor de burger.
- Het realiseren van een sluitend aanbod aan woon, zorg- en dienstverlening in de wijk, passend bij de behoefte van (met name de kwetsbare) burgers.
- Een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven en de autonomie van met name kwetsbare burgers.

Uit de tussenbalans is te concluderen dat het programma goed op dreef is. Dit document beschrijft de gerealiseerde inzet van wijkverpleegkundigen, het bereik onder de doelgroep, de werkwijze van de wijkverpleegkundige en de daarmee behaalde resultaten.

Een belangrijk aandachtspunt is de borging van de inzet van de wijkverpleegkundigen die met het programma ‘Zichtbare schakel’ is gerealiseerd. De stand van zaken rond de borging wordt beschreven en er wordt afgesloten met de aanbevelingen.

2 Inzet van de wijkverpleegkundigen

Wat betreft de inzet van wijkverpleegkundigen binnen het programma ‘Zichtbare schakel’ is in de tussenbalans het volgende geconstateerd:

A. Groot aantal projecten verspreid over aandachtswijken en regio’s en met een breed scala aan betrokken partijen

In het programma zijn in totaal 95 ‘Zichtbare schakel’-projecten in twee tranches gehonoreerd. Deze 95 projecten (bijlage A) worden in ruim 50 gemeenten, waaronder alle 40 aandachtswijken, uitgevoerd. De meeste projecten worden uitgevoerd in grote en middelgrote steden, terwijl een klein aantal in plattelandsregio’s in Groningen, Friesland, Drenthe, Gelderland en Brabant plaatsvindt. Aanvragers zijn thuiszorgorganisaties, zorginstellingen, (samenwerkende) gezondheidscentra, GGD’en, een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) en formele samenwerkingsverbanden waarin de domeinen zorg, wonen en/of welzijn zijn vertegenwoordigd.

B. De inzet van 250 wijkverpleegkundigen is gerealiseerd

Binnen de projecten waren in het voorjaar van 2011 ongeveer 250 wijkverpleegkundigen actief. Gelet op het feit dat nog niet alle projecten de werving voltooid hadden, kan dit aantal nog toenemen. Binnen elk project is een projectleider aangesteld. Deze verzorgt met name de eerste contacten met samenwerkingspartners, de werving van de wijkverpleegkundigen en vervult een sleutelrol voor wat betreft de institutionele inbedding van de functie.

C. De inzet bestaat niet alleen uit wijkverpleegkundigen

De beperkte beschikbaarheid van wijkverpleegkundigen in sommige projectregio’s maakt de werving niet altijd eenvoudig en heeft soms geleid tot werving van andere disciplines.
De gerealiseerde inzet bestaat naast de 250 wijkverpleegkundigen (70 procent) uit ongeveer 75 verpleegkundigen (MBO niveau; 21 procent) en ongeveer 30 medewerkers uit andere disciplines (zoals maatschappelijk werkers; 9 procent).
In het land zijn verschillende initiatieven ontplooid voor opleidingen die erop gericht zijn niveau 4 wijkverpleegkundigen op te leiden tot niveau 5 (bijvoorbeeld Buurtzorg Nederland) en HBO-opleidingen (Rotterdam) die gericht werven voor studenten wijkverpleging.
Voor het geheel aan medewerkers dat is ingezet voor de ‘Zichtbare schakel’-projecten wordt verder in het document over ‘wijkverpleegkundigen’ gesproken.

D. Wijkverpleegkundigen besteden een substantieel deel van de tijd aan directe cliëntcontacten

Uit de tijdsbestedingregistratie uit het voorjaar van 2011 blijkt duidelijk dat de functie van wijkverpleegkundige dicht bij de cliënt wordt uitgevoerd (direct contact). De wijkverpleegkundige besteedt gemiddeld 42 procent van haar tijd aan cliëntgebonden activiteiten (contacten met individuele cliënten), 27 procent aan wijkgebonden activiteiten (bijvoorbeeld groepsvoorlichting, multidisciplinair overleg, coördinatie) en 21 procent aan projectgebonden activiteiten (bijvoorbeeld teamoverleg, bijeenkomsten).

E. De wijkverpleegkundigen fungeren als een spin in het web

Uit de inventarisatie van de contacten van wijkverpleegkundigen met andere zorg- en dienstverleners blijkt dat zij duidelijk een ‘spin in het web’ functie vervullen tussen wonen, preventie, welzijn en zorg. De wijkverpleegkundigen hebben contacten met een brede range aan organisaties. Het contact is het meest intensief op de ’zorgkant’ (thuiszorgorganisatie, huisarts en gezondheidscentrum), direct gevolgd door welzijn. Contacten met de woningbouwcorporatie zijn er bij 77 procent van de projecten.

F. Samenwerking met andere zorgaanbieders verloopt over het algemeen goed

De wijkverpleegkundigen slagen er goed in de samenwerking met in- en externe relevante partners/zorgaanbieders vorm en inhoud te geven.

Bij de start van de projecten is in het algemeen veel aandacht besteed aan het verkrijgen van draagvlak in de eigen organisatie en bij samenwerkingspartners, zowel bestuurlijk als op uitvoeringsniveau. De betrokken partijen waarderen daarbij de inzet van de wijkverpleegkundige als positief. Wijkverpleegkundigen signaleren echter ook belemmerende factoren in de (aanloop tot) samenwerking, zoals eilandvorming, overlap en versnippering in het zorgaanbod en het betrekken van een deel van de huisartsen.

3 Bereik en werkwijze

Deze paragraaf gaat nader in op de taakuitvoering door de wijkverpleegkundigen. Welke doelgroepen bereiken zij en welke werkwijze hanteren zij daarbij?

A. Ruim 9.000 cliënten over de eerste helft van 2011

Het bereik aan cliënten tot nu toe mag als goed worden aangegeven.
Uit de registraties van de cliëntgebonden contacten is op te maken dat er in de periode van 1 januari tot 1 juli 2011 met ruim 6.000 zorgvragers lopende of afgeronde contacten waren. Deze gegevens zijn gebaseerd op informatie van 77 procent van de projecten. Wordt het aantal cliënten geëxtrapoleerd naar alle projecten dan lopen de contacten op tot 9.000 zorgvragers. Aangezien bijna de helft van de projecten pas rond 1 januari 2011 is gestart, mag dit als een goed bereik worden aangegeven. De verwachting is dat het bereik in de tweede helft van het programma, als alle projecten volop in uitvoering zijn, nog substantieel zal groeien. Naast individueel contact met de cliënt voert de wijkverpleegkundige ook andere activiteiten uit, zoals voorlichting aan groepen en inloopspreekuren.

B. De wijkverpleegkundigen bereiken kwetsbare groepen

Uit de kenmerken van de door de wijkverpleegkundigen bereikte cliënten blijkt dat het (conform de doelstelling) vooral om 'kwetsbare burgers' gaat. De inzet is ook in belangrijke mate gericht op zogenaamde aandachtswijken.
De belangrijkste kenmerken van de bereikte doelgroep zijn:

- Vooral ouderen (74 procent is ouder dan 60 jaar en 49 procent is ouder dan 75 jaar).
- Grotendeels laag opgeleid (van de cliënten waarvan dit geregistreerd is, heeft 40 procent geen opleiding of alleen basisschool en 35 procent heeft een opleiding op LBO of VMBO niveau).
- Gemiddeld genomen een lage sociaaleconomische status.

Het verhogen van zelfmanagement en het stimuleren van het vinden van een passend ondersteunings-/zorgaanbod is een belangrijke focus van de inzet van de wijkverpleegkundigen.

C. Onderkenning van een scala aan knelpunten en problemen in de gezondheidssituatie

De vraag in de enquête welke knelpunten wijkverpleegkundigen signaleren, geeft het volgende beeld.

Knelpunten in gezondheidssituatie

Knelpunt	Percentage Wvp-en dat deze categorie aangaf
Eenzaamheid, sociaal isolement	38%
Lage SES (lage opleiding, laag inkomen)	37%
Communicatieproblemen door taal/cultuur	20%
Ouderdomsproblematiek	11%
Onvoldoende kennis over gezond gedrag	11%
Zorgmijders	10%
Psychische problematiek	8%
Woonsituatie	7%
Problemen met mantelzorg	5%
Onveiligheid, overlast	5%
Multiproblematiek	4%
Overig	66%
Aantal respondenten	244

Bron: Enquête wijkverpleegkundigen. Percentering op totaal aantal respondenten, meerdere antwoorden mogelijk

Het ging hier overigens om open enquêtevragen met een grote variatie aan antwoorden die spontaan bij de wijkverpleegkundige zijn opgekomen.

Uit de casestudies komt naar voren dat de beoordeling van de problematiek sterk afhangt van het perspectief van de respondent. Zo benadrukken huisartsen en een deel van de wijkverpleegkundigen dat problematiek zeer vaak een gezondheidscomponent heeft. Gezondheidsklachten kunnen ook symptomatisch zijn voor andere onderliggende problematiek op het terrein van wonen en welzijn. Respondenten vanuit welzijn gaven juist vaker aan dat het overgrote deel van de hulpvragen psychosociaal van aard is en dat gezondheid meestal niet op de voorgrond staat.

D. De wijkverpleegkundigen bereiken ook cliënten die nog geen hulp kregen
De wijkverpleegkundige bereikt ook mensen die nog geen hulp kregen. Op het moment dat de wijkverpleegkundige contact met de cliënt kreeg, had in totaal 24 procent van de cliënten nog geen hulpverlener of instantie die hulp bood.

Citaat:
"Het inschakelen van de juiste hulpverleners gaat in het algemeen moeizaam bij zorgmijders. Sommige mensen zijn heel argwanend als je ze wilt doorverwijzen naar andere zorginstellingen. Bij dit soort cliënten moet je regelmatig terugkomen. Een band opbouwen is belangrijk. Daarna kun je (externe) collega's introduceren."

E. Bewoners weten de wijkverpleegkundigen zelf ook te vinden
De bewoners weten de wijkverpleegkundigen steeds beter zelf te vinden. In totaal 25 procent van de contacten met cliënten komt tot stand op initiatief van de cliënt zelf, een gezinslid of een buurtbewoner. De terugkomst van de wijkverpleegkundigen in de buurt wordt op allerlei manieren kenbaar gemaakt aan de bewoners. Bijvoorbeeld via folders, artikelen in de lokale krant en inloopspreekuren op diverse locaties in de wijk.

F. De aanpak bestaat uit signaleren, vaststellen, ondersteunen en doorverwijzen
In de contacten met de cliënt voeren de wijkverpleegkundigen vooral de volgende interventies uit: het inventariseren van de problematiek en de zorgvragen, het geven van voorlichting en advies, het bieden van praktische ondersteuning, toeleiden naar de juiste hulp en instanties en zorgen voor afstemming tussen hulpverleners en instanties. Daarbij wordt in het algemeen een zorgplansystematiek gehanteerd. In enkele regio's wordt ingezet op de ontwikkeling van 'zorgpaden' rondom specifieke hulpvragen bijvoorbeeld op het vlak van eenzaamheid en multimorbiditeit. Daarbij worden de afspraken en route rondom een cliënt vastgesteld en in samenhang afgestemd.

Uit dit alles blijkt de brede en 'schakelende' functie van de wijkverpleegkundige. Het activeren van cliënten, met het doel om hen zelf meer de regie in handen te geven en te zorgen dat ze zelf meer in staat zijn om knelpunten aan te pakken, is een onlosmakelijk deel van het cliëntcontact.

Citaat:
"Bij een huisbezoek gebruik ik vaak de 'motivational interview techniek'. Doel is daarmee nauw aan te sluiten op de cliënt, hoe deze zijn gezondheid beleeft, welke belemmeringen hij zelf ervaart. Je moet de tijd nemen en open vragen stellen. Daarmee krijg je veel informatie. Je kunt dan samen met de cliënt een plan maken om tot verbetering te komen, waarbij de cliënt ook zelf in beweging komt."

Citaat:
"Bij het 'eigen kracht'-principe kijkt de wijkverpleegkundige naar wat een cliënt wel kan en wat iemand vanuit zijn eigen netwerk aan ondersteuning kan krijgen. Vanuit 'eigen kracht' worden mensen verbonden. Het principe slaat goed aan. Het is belangrijk voor de toekomst, omdat je met geld/personeelsgebrek komt te zitten. En het is een blijvende oplossing."

Citaat:
"Een man met CVA kwijnde weg zonder zijn vrouw in het verpleeghuis. Zijn vrouw heeft hem in huis gehaald met maximale thuiszorg en is hem zelf gaan verzorgen. Toen de vrouw zelf problemen kreeg was dit niet meer houdbaar waardoor de man naar het verpleeghuis zou moeten (of opname in het ziekenhuis). De wijkverpleegkundige heeft dit aangepakt, ook vanuit het eigen kracht idee door vrijwilligers en anderen van buiten te betrekken, zodat de man thuis kon blijven wonen."

G. De wijkverpleegkundigen dragen bij aan een integrale aanpak

Door hun werkwijze dragen de wijkverpleegkundigen bij aan een integrale aanpak. De wijkverpleegkundigen inventariseren de problematiek en de zorgvragen van de cliënt. Betrokken organisaties zijn positief over de generalistische en verbindende rol van de wijkverpleegkundige. Zij ervaren de meerwaarde van de wijkverpleegkundige vooral in het oppakken van signalen en het zelf signaleren, cliënten naar (hulp)instanties leiden en zorgen voor afstemming tussen hulpverleners en instanties.

H. De wijkverpleegkundige richt zich ook op preventie

Naast zorgtaken besteden de wijkverpleegkundigen ook aandacht aan preventie. Daarbij gaat het met name om (het tijdig) bereiken van risicogroepen voor gezondheidsproblemen, zoals mensen met diabetes of overgewicht. Dit gebeurt op het niveau van de individuele cliënt, maar ook op groepsniveau. In groepsverband geeft de wijkverpleegkundige zelf bijvoorbeeld voorlichting over diabetes en overgewicht. Ook brengen wijkverpleegkundigen preventieactiviteiten van bijvoorbeeld de GGD onder de aandacht bij cliënten.

4 Resultaten

Uiteindelijk is het van belang welke resultaten worden behaald met de inzet van de wijkverpleegkundigen. Hieronder worden de kernpunten benoemd.

A. De meerwaarde van de wijkverpleegkundigen zit in de generalistische aanpak
Naar voren komt dat de wijkverpleegkundigen binnen de 'Zichtbare schakel'-projecten generalisten (kunnen) zijn die de problematiek van de cliënt in zijn geheel beschouwen en overzien en die vervolgens de regelruimte weten te hanteren om passende hulp in te zetten. Dit in tegenstelling tot andere zorgverleners die vaak (maar) een deel van de problematiek oplossen. Daarnaast zijn de wijkverpleegkundigen in staat de huisarts werk uit handen te nemen en zorgvragen op te pakken waar de huisarts onvoldoende tijd voor heeft. Andere partners, bijvoorbeeld de woningbouwcorporatie, geven aan dat zij baat hebben bij de signalerende functie die de wijkverpleegkundige achter de voordeur kan uitoefenen.

Een aantal citaten uit de casestudies waaruit de 'doorpakmentaliteit' van de betreffende wijkverpleegkundigen wordt geïllustreerd: "De wijkverpleegkundige gaat voor de klant en is heel vasthoudend. Ze wijst er ook op als je als partnerorganisatie in gebreke blijft. Het lukt de wijkverpleegkundige meestal de juiste partijen in te schakelen. Bijvoorbeeld bij huisartsen die moeilijk bereikbaar zijn of inhoudelijk weinig over de patiënt willen zeggen. In zulke gevallen is de wijkverpleegkundige erg vasthoudend." "Ook al zitten de wijkverpleegkundigen vol, ze lossen het op, ze zijn onderling heel flexibel."

B. De wijkverpleegkundigen dragen bij aan concrete oplossingen voor cliënten
Alhoewel in dit stadium nog niet kan worden gesproken over grote trends, is het duidelijk dat de wijkverpleegkundigen goede en passende oplossingen voor cliënten bieden en eraan bijdragen dat de benodigde zorg dichtbij beter wordt georganiseerd.
Een resultaat met een direct effect voor de cliënt is de vergroting van regie over het eigen leven. Dit wordt door de wijkverpleegkundigen bij 25 procent van de cliënten als resultaat van de begeleiding gemeld. Verder zijn bij het opmaken van de tussenbalans op individueel cliëntniveau voorbeelden gevonden van contacten en interventies van de wijkverpleegkundigen en hulpverleners, waarbij het lukt om knelpunten op te lossen en waarbij cliënten tevreden zijn met het resultaat.
De tussenbalans geeft veel indicaties dat de inzet succesvol is. Op individueel niveau hebben contacten en interventies van de wijkverpleegkundigen en hulpverleners die zij inschakelen effect. Het lukt om knelpunten op te lossen dan wel passende 'beweging' te initiëren.

Een overzicht van de bereikte resultaten komt uit de registratie van de cliëntgebonden contacten tot nu toe[1] door de wijkverpleegkundigen. Op basis van de gegevens uit de cliëntregistratie komt het volgende beeld naar voren (per cliënt is meer dan één antwoord mogelijk):
- Formele zorg is (beter) georganiseerd: 32 procent
- Doorgeleid naar andere zorg/hulp: 32 procent
- Cliënt heeft (meer) regie over eigen leven: 25 procent
- Mantelzorg heeft ondersteuning gekregen: 17 procent
- Informele zorg is (meer) betrokken: 7 procent
- Doorgeleid naar sociale activiteiten: 6 procent
- Doorgeleid naar gezondheidsbevorderende activiteiten: 4 procent
- Formele zorg is (deels) afgebouwd: 1 procent
- Verder valt 30 procent (ook) in de categorie 'Anders'

Voorbeelden uit de casestudies lichten de cijfers verder toe.
Een vrouw komt bij de dokter, hyperventilerend, het gaat niet meer. De zorg voor haar man is te zwaar. De man is volledig ADL afhankelijk. De huisarts ziet dat er veel aan de hand is. De man is arbeidsongeschikt, heeft psychische klachten en diabetes. De huisarts vraagt de wijkverpleegkundige om eens bij deze mensen thuis te bekijken wat er aan de hand is. Bij het huisbezoek blijkt dat de man een PGB wil, zodat de vrouw voor hem kan zorgen. Maar de vrouw is overbelast. De

[1] Registratiegegevens van de cliëntgebonden contacten geanalyseerd uit de door ZonMw ontwikkelde webapplicatie. Wijkverpleegkundigen registeren de gegevens van de cliëntgebonden contacten vanaf 1 januari 2011. Op 1 juli 2011 maakten 73 van de 95 projecten (77 procent) gebruik van deze webapplicatie.

wijkverpleegkundige heeft in eerste instantie geen contact met de vrouw, ze spreekt slecht Nederlands. De strategie van de wijkverpleegkundige is het vertrouwen van de man te winnen en toch in gesprek te komen met de vrouw. Dit leidt ertoe dat de daadwerkelijke problemen en de oorzaak van de stress boven water komen. Het blijkt dat er veel financiële problemen zijn. Door vertrouwen te winnen bij het stel lukt het om ze via een warme overdracht in contact te brengen met de schuldhulpverlening. Verder heeft de wijkverpleegkundige ervoor gezorgd dat de man weer in contact kwam met de internist en de diabetesverpleegkundige. De man is dus nu weer in hulpverlening. Verder komt de man na zeven maanden weer buiten en gaat met een vriend naar de kaartclub.

C. De inzet van wijkverpleegkundigen lijkt tot forse kostenbesparing te leiden

Van de inzet van de wijkverpleegkundigen mag worden verondersteld dat deze aanzienlijke te behalen kostenbesparingen (miljoenen euro's per jaar) kan opleveren. Drie recente studies[2] beschrijven de maatschappelijke kosten en baten van de inzet van de wijkverpleegkundigen. De veronderstelling is dat de inzet van een hoogopgeleide en generalistisch werkende wijkverpleegkundige 'aan de voorkant van de zorg' leidt tot efficiëntere inzet van zorg en 'ontzorging'. Daardoor worden bijvoorbeeld opnames in een ziekenhuis of verpleeghuis voorkomen of uitgesteld, waarmee zorg- en andere kosten bespaard worden.

Om representatieve uitkomsten te krijgen voor het programma 'Zichtbare schakel', laat ZonMw een onderzoek uitvoeren naar de maatschappelijke kosten en baten van de 'Zichtbare schakel'-projecten. De uitkomsten van dit onderzoek zijn in 2012 beschikbaar.

[2] 1) Maatschappelijke Business Case Buurtzorg Nederland, juni 2009; 2) Maatschappelijke Business Case 'Van Solex naar Laptop'. Omring, december 2010; 3) De wijkverpleegkundige terug in West-Brabant: worden we er beter van? Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten en baten. Kruisvereniging West-Brabant / BMC Advies Management, september 2011.

5 Aandachtspunten bij borging van de resultaten

Halverwege het ‘Zichtbare schakel’-programma is de toekomstige borging van de resultaten, zowel landelijk als lokaal, al een belangrijk onderwerp dat bij de verschillende betrokkenen op het netvlies staat.

A. Borging van resultaten van het programma ‘Zichtbare schakel’ staat op het netvlies van alle betrokkenen

Het programma wordt over het algemeen als succesvol gezien, heeft een beweging op gang gebracht en zorgt voor enthousiasme bij de betrokkenen. Bij alle betrokkenen bestaat consensus over de meerwaarde van een brede generalistische functie in de wijk. Ook is er consensus over de belangrijkste kenmerken van deze functie. Deze moet autonoom, generalistisch, laagdrempelig en outreachend zijn en zich primair richten op het oplossen van knelpunten die burgers ervaren (multiproblematiek) door verbindingen te leggen met verschillende hulpinstanties. De functie moet zorgen voor een integrale benadering (wonen, preventie, welzijn en zorg) en versnippering tegengaan. Om dit te realiseren heeft de wijkverpleegkundige regelruimte nodig. Deze regelruimte zit momenteel niet in de bekostiging van de wijkverpleegkundige functie. Deze bekostiging is vooral op de AWBZ functies gericht en wordt ingezet op het moment dat er al een indicatie gerelateerd aan ziekte of beperking is afgegeven.

B. Nog geen eenduidige visie

In de tussenbalans zijn de visies van projectleiders, wijkverpleegkundigen en landelijke belanghebbenden in kaart gebracht. Deze visies zijn niet eenduidig en dat roept een aantal vragen op die mede bepalend zijn voor de invulling van de borgingsstrategie.
Ten eerste zijn niet alleen wijkverpleegkundigen, maar ook projectleiders ingezet. Deze projectleiders vervullen met name een coördinerende functie; zij onderhouden contact met de verschillende lokale zorg- en dienstverleners en met verzekeraars en gemeenten. De vraag is hoe deze coördinerende activiteiten op termijn geborgd kunnen worden.
Ten tweede zijn de 'Zichtbare schakel'-projecten voornamelijk gericht op de aandachtswijken en andere lage welstandswijken. Voordeel is dat de inzet daarmee afgebakend is. De vraag is of de verbreding (naar bijvoorbeeld alle gemeenten) onderdeel uitmaakt van de borging? Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van de keuze voor a) de positionering van de brede generalistische wijkverpleegkundige in álle wijken van Nederland of b) een focus op de wijken waar sprake is van gezondheidsachterstanden.
In de beleidsbrief ‘Zorg en ondersteuning in de buurt’ (Ministerie van VWS, 14 oktober 2011) wordt overigens de rol van de wijkverpleegkundige als een belangrijke speler bij de zorg in de buurt onderstreept.

C. Meer zicht nodig op financiële borging

Voor financiële borging van de inzet van de brede wijkverpleegkundige functie wordt vanuit het programma ‘Zichtbare schakel’ en de projecten gezocht of er mogelijkheden bestaan bij de gemeente (Wmo en Wpg), het zorgkantoor (AWBZ) en de zorgverzekeraar (Zvw).
Uit deze tussenbalans lijkt de financiële borging vanuit de gemeente in dit stadium weinig kansrijk. Gemeenten kunnen of willen hier zelf maar in beperkte mate aan bijdragen. Een aantal gemeenten stelt zich overigens wel actief op in het zoeken naar financiering en is in gesprek met zorgverzekeraars.
Meer continuïteit wordt verwacht van de financiering vanuit de AWBZ en de Zvw. Vanuit ongeveer een derde van de projecten zijn er contacten met zorgverzekeraars. Op dit moment staan de perspectieven voor financiering nog niet vast en dat roept bij partijen in het veld vragen op.
In de beleidsbrief ‘Zorg en ondersteuning in de buurt’ wordt in dat kader overigens vermeld dat de NZa gevraagd zal worden een advies te geven over hoe samenhang kan worden aangebracht tussen de door de AWBZ en Zvw betaalde verpleging als impuls voor de basiszorg.

6 Aanbevelingen voor de borging van de resultaten

De bevindingen uit de tussenbalans leiden tot onderstaande zeven aanbevelingen voor borging van de behaalde resultaten. Per aanbeveling is aangegeven voor wie deze aanbeveling bedoeld is.

1. Zorg op korte termijn voor een heldere borgingsstrategie
Aanbeveling aan ZonMw-programmateam, programmacommissie, ministeries van VWS en BZK
Deze tussenbalans laat zien dat borging bij veel betrokkenen op het netvlies staat, maar dat de richting nog nadere invulling behoeft. Zorg voor een verheldering van de visie op de borging en communiceer deze met betrokkenen en belanghebbenden.

2. Besteed bij de borging aandacht aan het generalistische en autonome karakter van de verbrede functie van de wijkverpleegkundige
Aanbeveling aan ZonMw-programmateam, programmacommissie, ministeries van VWS en BZK
De kracht en de meerwaarde van de wijkverpleegkundigen liggen vooral in het generalistische karakter en de regelruimte die zij hebben. Bij de borging is dit tegelijkertijd ook kwetsbaar.
De wijze van financiering (gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor) heeft het risico dat weer versnippering optreedt bij de inzet van de wijkverpleegkundigen en dat de nadruk te veel ligt op productie. Dit gaat ten koste van de regelruimte van de wijkverpleegkundige. Breng dit goed onder de aandacht van gemeente en zorgverzekeraar.
De institutionele inbedding van de wijkverpleegkundigen verschilt per project (bijvoorbeeld binnen een gezondheidscentrum, thuiszorgorganisatie of welzijnsorganisatie). Welke inbedding wordt gekozen voor de borging hangt sterk af van de lokale situatie en in dat opzicht lijken meerdere scenario's lokaal denkbaar en wellicht mogelijk. Bij de institutionele inbedding is het wel van belang dat de organisaties waar de wijkverpleegkundigen in dienst zijn, de juiste randvoorwaarden creëren met aandacht voor kleinschaligheid in de zorgverlening, regelruimte en autonoom kunnen functioneren.

3. Ontwikkel een strategie om de capaciteit aan wijkverpleegkundigen te vergroten
Aanbeveling aan ministerie van VWS, V&VN en de sector (m.n. zorgverlenende organisatie in hun rol als werkgever en opleider)
Een belangrijk knelpunt bij de uitvoering van dit programma is dat er onvoldoende goed gekwalificeerde wijkverpleegkundigen zijn. In het overheidsbeleid is opgenomen dat de capaciteit in de langdurige zorg vergroot wordt. Neem de wijkverpleegkundige hierin mee en investeer in de vergroting van de capaciteit.
Het laten doorgroeien van verpleegkundigen van kwalificatie niveau 4 naar de functie van wijkverpleegkundige op niveau 5 als mogelijkheid om de capaciteit te vergroten, wordt deels al door organisaties en opleidingsinstituten opgepakt, maar verdient wellicht een meer substantiële impuls. Ook kan gedacht worden aan 'herintreders'. Er is een groep die voorheen werkzaam was als wijkverpleegkundige, maar het vak niet meer uitoefent als gevolg van een gebrek aan regelruimte en aan mogelijkheden om goede oplossingen voor cliënten te bieden. Deze groep is mogelijk te interesseren om weer aan de slag te gaan als wijkverpleegkundige. Een andere mogelijkheid is leerlingen HBO-verpleegkunde meer te interesseren voor de wijkverpleegkunde. Door docenten kennis te laten maken met de nieuwe werkwijze en de autonomie van de functie te benadrukken, kan mogelijk binnen de opleidingen een nieuw enthousiasme voor deze richting worden gestimuleerd.

4. Maak onderscheid in de schakelrol van de wijkverpleegkundige op cliëntniveau en de regierol bij het afstemmen van het aanbod van verschillende zorgaanbieders op lokaal niveau
Aanbeveling aan ZonMw-programmateam, programmacommissie, ministeries van VWS en BZK
De wijkverpleegkundigen dragen bij aan de integrale aanpak tussen wonen, preventie, welzijn en zorg, vooral door op uitvoerings- en cliëntniveau te schakelen met verschillende zorgaanbieders en de gemeente. Zij kunnen dit echter niet alleen. Ook op bestuurlijk niveau moet afstemming plaatsvinden, bijvoorbeeld om overlap en versnippering in het zorgaanbod tegen te gaan. Het gaat om een lokaal vraagstuk waarbij vooral de gemeente in samenwerking met de zorgverzekeraar de regie moet nemen.

5. Intensiveer de contacten met gemeenten en zorgverzekeraars
Aanbeveling aan ZonMw-programmateam, ministeries van VWS en BZK, zorgaanbieders en de projecten
Vanuit ZonMw, maar zeker ook vanuit verschillende projecten, zijn er al contacten met zorgverzekeraars en gemeenten over de borging. De rol van beiden neemt toe in de komende jaren. Intensiveer daarom de contacten met gemeenten en zorgverzekeraars en ontwikkel een strategie om de borging van 'Zichtbare schakel' nog meer op het netvlies te krijgen. Landelijk kan dit bijvoorbeeld door agendering bij de centrumgemeenten (G32). Vanuit de lokale projecten is het van belang om gemeenten en zorgverzekeraars gelijktijdig aan tafel te krijgen om gezamenlijk naar de mogelijkheden voor borging te kijken, om op die manier de afstand tussen gemeenten en zorgverzekeraars te verkleinen.

6. Zorg voor een goede tussenoplossing voor de financiering
Aanbeveling aan ZonMw-programmateam, programmacommissie, ministeries van VWS en BZK
De projecten lopen af in december 2012. De tussenbalans maakt duidelijk dat er vooralsnog onvoldoende zicht is op financiële borging. Het is nog niet duidelijk of er op dat moment zekerheid is over de financiering vanuit de AWBZ, de Wmo, de Zvw en/of de Wpg. Zet een deel van de beschikbare € 10 miljoen daarom in voor een tussenoplossing. De meest eenvoudige oplossing is een verlenging van de financiering van het programma voor goedlopende projecten. Een mogelijk risico is dan echter dat de urgentie om tot een meer structurele borging te komen (tijdelijk) verdwijnt en het vraagstuk over de borging daarmee verschuift. Om de urgentie vast te houden, zou bijvoorbeeld ZonMw kunnen zoeken naar voorwaarden voor continuering. Bijvoorbeeld door eisen te stellen aan de betrokkenheid van de gemeente en de zorgverzekeraar en aan de samenwerking lokaal tussen partners. Deze eisen zorgen dat er sprake is van commitment, waarbij de zorgverzekeraar en de gemeente zich daadwerkelijk inzetten voor de borging.
Maak bij het denken over mogelijke financieringsvormen gebruik van de initiatieven en ideeën die er nu al bij projecten zijn. Een voorbeeld van een van deze ideeën is om met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor te regelen dat de wijkverpleegkundigen een bepaald aantal uren per week mogen besteden om 'achter de voordeur' te komen, met als voorwaarde dat de wijkverpleegkundigen zichtbaar maken welke doelgroepen zij daarmee bereiken.

7. Maak nog meer zichtbaar wat de inzet van de wijkverpleegkundigen oplevert
Aanbeveling aan Zonmw-programmateam
De eerste aanwijzingen voor de resultaten die met de inzet van de wijkverpleegkundige geboekt worden, zijn veelbelovend. Voor de borging is het echter van belang om nog meer zichtbaar te maken in welke mate de wijkverpleegkundige een bijdrage levert aan het oplossen van knelpunten die burgers ervaren. Dit is van belang voor burgers zelf, voor de gemeente en voor de zorgverzekeraar. ZonMw heeft op dit vlak al initiatief genomen door een opdracht te verlenen voor een maatschappelijke kosten- en batenanalyse waarin verschillende perspectieven worden meegenomen. Aanbevolen wordt verder aanvullend onderzoek te initiëren waarin specifiek het perspectief van de wijkbewoners en cliënten wordt belicht.

A Bijlage: Overzichtskaart spreiding projecten

Vele stippen op de landkaart

In 2010 heeft 'Zichtbare schakel' de tweede en tevens laatste subsidieronde afgerond. De teller staat nu op 95 uitvoeringsprojecten in ruim 50 gemeenten, inclusief projecten in alle veertig aandachtswijken. Naar schatting zullen in 2011 tussen de 300 en 350 wijkverpleegkundigen bij deze projecten betrokken zijn. De projecten lopen tot en met december 2012. De meeste projecten worden uitgevoerd in grote en middelgrote steden, terwijl een klein aantal in plattelandsregio's in Groningen, Friesland, Drenthe en Gelderland plaatsvindt (zie de landkaart). Aanvragers zijn thuiszorgorganisaties, zorginstellingen, (samenwerkende) gezondheidscentra, GGD'en, een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) en formele samenwerkingsverbanden waarin de domeinen zorg, wonen en/of welzijn zijn vertegenwoordigd.

Alkmaar	Overdie
Almelo	Ossenkoppelerhoek en Kerkelanden
Almere	Stad, Haven en Buiten
Amersfoort	Kruiskamp-Koppel, Randenbroek en Schuilenburg, Liendert Rustenburg
Amsterdam	Vogelbuurt, van der Pekbuurt, Osdorp, Nieuw West: Slotermeer Noord Oost, Slotermeer Zuid West en Geuzeveld Overtoomse Veld, Bos en Lommer, Osdorp-Midden, Bijlmer-Oost, Oost
Arnhem	Arnhemse Broek, Klarendal, Presikhaaf, Malburgen
Barneveld	Garderen
Beverwijk, Castricum, Heiloo en Heemskerk	
Breda	Haagse Beemden, Geeren Zuid en Geeren Noord, Doornbos-Linie, De Heuvel
Culemborg	Terweyde
Delft	Buitenhof
Den Bosch	Hambaken, West: Boschveld, Deuteren, Schutskamp en Kruiskamp
Den Haag	Laak Noord, Moerwijk, Morgenstond, Bouwlust en Vrederust, Stadsdeel Loosduinen, wijken Kraayensteijn, Loosduinen dorp en Waldeck, Schilderswijk, Rustenburg, Oostbroek, Leyenburg, Transvaal en Stationsbuurt, Scheveningen
Deventer	Keizerslande en Voorstad, Rivierenwijk, Zandweerd
Doetinchem	Overstegen
Dordrecht	Wielwijk, Crabbehof, Sterrenburg
Ede	Veldhuizen
Eindhoven	De Bennekel, Doornakkers, Woensel West, Woensel Zuid, Stadsdeel Stratum, Burghplan, Sintenbuurt, Tivoli en Kruidenbuurt.
Emmen	Klazienaveen, Zwartemeer, Angelslo
Enschede	Wesselerbrink en Velve/Lindehof
Gouda	Kort Haarlem, Oosterwei (sportbuurt-Vreewijk) en de Korte Akkeren
Groningen	Korreweg, de Hoogte, Vinkhuizen-Noord, Binnenstad-Oost, Stadscentrum, Oosterparkbuurt, Bloemenbuurt, Woonwagenkamp, Concordiabuurt, Selwerd en Paddepoel-Zuid
Heerlen	Meezenbroek, Schaesbergerveld en Palemig, Heerlerheide-Passart
Helmond	Binnenstad en West
Hengelo	Berflo Es, Hengelose Es
Hoogezand-Sappemeer	Woldwijck Midden, Gorecht West, Spoorstraat, Kieldiep en Foxhol
Hoorn en Den Helder	Hoorn Kersenboogerd, Nieuw Den Helder, Grote Waal en Risdam, Visbuurt, Tuindorp en Sluisdijk
Leerdam	Leerdam-West
Leeuwarden	Bilgaard, Vrijheidswijk, Heechterp/Schiering, Vosse parkwijk/Helicon, Westeinde, Valeriuskwartier, Vogel/Muziekwijk en Transvaalwijk
Leeuwarderadeel	Stiens
Leiden	Morsdistrict, Slaaghwijk, De Kooi en Noorderkwartier
Lelystad	Zuiderzeewijk, Boswijk Zuid
Maarssen	Maarssenbroek
Maastricht	Nazareth-Limmel, Wijckerpoort, Wittevrouwenveld
Menterwolde	Muntendam, Zuidbroek, Noordbroek en Meeden
Moerdijk	Zevenbergen
Nieuwegein	
Nijmegen	Hatert, Dukenburg > Aldenhof, Meijhorst, Malvert, Lindenholt
Rotterdam	West, Noord, Bergpolder, Overschie, Zuidelijke Tuinsteden, Oud Zuid, Vreewijk
Rucphen	St. Willebrord
Schiedam	Schiedam-Nieuwland, Schiedam-Oost
Spijkenisse	Akkers centrum
Stadskanaal en Vlagtwedde	
Tilburg	Kruidenbuurt, Noord, Groenewoud, Broekhoven
Utrecht	Zuilden-Oost, Ondiep, Kanaleneiland, Overvecht
Vlaardingen	Babberspolder-Oost, Vogelbuurt Zuid/ Stratenbuurt en Zuidbuurt/Hoogkamer
Zaanstad	Poelenburg
Zoetermeer	Palenstein, Meezicht-Oost en Buytenwegh
Zwijndrecht	Kort Ambacht en Noord
Zwolle	Diezerpoort, Holtenbroek

B Bijlage: Opzet van de tussenbalans

De onderzoeksopzet hanteerde een brede fase (interviews, dossieronderzoek, enquête, bestudering registratiegegevens cliëntgebonden contacten) en een verdiepende fase (casestudies).
Als een afsluitende fase is bovendien in oktober 2011 met vertegenwoordigers van de programmacommissie, projectleiders en wijkverpleegkundigen gewerkt aan het formuleren van de aanbevelingen.

Brede fase

- In de brede fase werden respondenten[3] geïnterviewd die op landelijk niveau betrokken zijn bij de totstandkoming en realisering van het programma. Doel hiervan was een algemeen beeld te krijgen van de beginfase, het verloop van het programma, de resultaten en de toekomstige borging.
- Alle 95 gehonoreerde projecten[4] zijn in beschouwing genomen. Aan de hand van dossieronderzoek werd op kernpunten informatie verzameld over de uitgangssituatie van de projecten (categorieën doelstellingen, betrokken aanvragers).
- Verder werden in de brede fase registratiegegevens van de cliëntgebonden contacten geanalyseerd uit de door ZonMw ontwikkelde webapplicatie, waarin de wijkverpleegkundigen de gegevens van de cliëntgebonden contacten registreren (vanaf 1 januari 2011). Op 1 juli 2011 maakten 73 van de 95 projecten (77 procent) gebruik van deze webapplicatie. In totaal waren op dat moment 6.078 formulieren van cliënten geheel of deels (indien de contacten nog niet waren afgesloten) ingevuld. De overige projecten registreren binnen een eigen systeem.
- Om een actueel beeld te krijgen van zoveel mogelijk projecten vanuit het perspectief van de projectleider en van de wijkverpleegkundigen werd tot slot in de brede fase een web-based enquête afgenomen. De respons daarvan mag als goed worden beschouwd met 244 van de 349 wijkverpleegkundigen (70 procent) en 53 projectleiders die per project een vragenlijst invulden. Een aantal projectleiders geeft aan meerdere projecten leiding. In totaal zijn door 53 projectleiders voor 69 van de 95 projecten vragenlijsten ingevuld (ofwel 73 procent).

Verdiepende fase

De inzichten die zijn opgedaan in de brede fase, zijn gebruikt voor de verdiepende fase waarin vijf geselecteerde wijken werden bezocht om daar de projectleider, de wijkverpleegkundige en nog twee betrokkenen te interviewen. De criteria voor de selectie van de cases zijn opgesteld door het onderzoeksteam, gevoed door de respondenten die geïnterviewd zijn in de brede fase van de tussenbalans. De definitieve selectiecriteria die in afstemming met de commissie en de opdrachtgevers (VWS/BZK) werden vastgesteld, waren:

- startdatum;
- locatie (Randstad / buiten Randstad);
- institutionele verankering;
- vrijgestelde wijkverpleegkundige of gecombineerde functie;
- betrokken domeinen in samenwerking (wonen, preventie, welzijn en zorg);
- wijken die nauw contact onderhouden met partijen die van belang zijn voor de borging;
- aparte / vernieuwende aanpak;
- case uit non-respons bij de enquête (een case is geselecteerd waarbij zowel de projectleider als de wijkverpleegkundige de enquête niet heeft ingevuld).

Het ging om de volgende cases: Utrecht Overvecht, Den Haag Transvaal, Rucphen- St Willebrord, Eindhoven Doornakkers en Hoogezand-Sappemeer. Gezamenlijk omvatten deze cases een groot deel van de diversiteit binnen het programma. Over deze projecten werden gegevens verzameld door: documentenstudie (projectplan, voortgangsrapportage, uitslag enquête voor het betreffende project),

[3] VWS; BZK; ZonMw-bestuurslid; ZonMw commissieleden van het programma PreventieKracht/Zichtbare schakel; de ZonMw programmasecretaris en programma-assistent Zichtbare schakel; de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG); Actiz, vereniging voor Zorgondernemers; Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN); de programmaleider Gezonde Wijkaanpak Den Haag en de secretaris wijkenaanpak.

[4] In 2009 zijn 40 projecten gehonoreerd en van start gegaan. In 2010 zijn 10 aanvragen gehonoreerd die top-down waren uitgezet in aandachtswijken waar nog geen 'Zichtbare schakel'-project was. Bij de tweede open ronde met deadline mei 2010 zijn uiteindelijk 45 aanvragen gehonoreerd wat het totaal brengt op 95 uitvoeringsprojecten die doorlopen tot en met 2012.

interviews met wijkverpleegkundige(n), projectleider, een samenwerkingspartner en andere stakeholders. Per case zijn andere accenten gelegd, zodat over alle cases heen alle verschillende perspectieven goed aan bod kwamen. Functies van geïnterviewde samenwerkingspartners en stakeholders waren: huisarts, contractmanager bij zorgkantoor, wethouder en beleidsmedewerker bij gemeente, operationeel leidinggevende welzijn, maatschappelijk werker, senior klantbeheerder woningbouwcorporatie en beleidsmedewerker welzijn.

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

500/11/2011/02

ZonMw