

# Werk maken van wijkzorg

dr. Henk Rosendal



■ openbare les

**Werk maken van  
Wijkzorg**

Colofon

ISBN: XXXXXXXXXXXXX

1<sup>e</sup> druk, 2012

© 2012 Rotterdam University Press

Dit boek is een uitgave van Rotterdam University Press van Hogeschool Rotterdam

Dienst Concernstrategie

Postbus 25035

3001 HA Rotterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur en de uitgever.

This book may not be reproduced by print, photoprint, microfilm or any other means, without writer permission from the author and the publisher.

# Werk maken van

## Wijkzorg

Openbare les

Dr. H. Rosendal

Lector Wijkzorg

Instituut voor Onderzoek en Innovatie

Hogeschool Rotterdam

18 april 2012

Rotterdam  
University Press





Vertel het mij en ik zal het vergeten, laat het mij zien en ik zal het mij herinneren, betrek mij erin en ik zal het begrijpen.

*Chinees spreekwoord*



## **Inhoudsopgave**

<b>Vooraf</b>	<b>9</b>
<b>Wijkzorg</b>	<b>11</b>
<b>1. Het begrip 'wijk'</b>	<b>13</b>
<b>2. Wat en door wie?</b>	<b>15</b>
<b>3. Wijkverpleging</b>	<b>17</b>
<b>4. Onvoldoende wijkverpleegkundigen</b>	<b>19</b>
<b>5. Andere kennis en deskundigheid voor de wijkverpleegkundige</b>	<b>21</b>
<b>6. Wijkzorg: geen exclusief domein van de wijkverpleegkundige</b>	<b>25</b>
<b>7. Opleiding</b>	<b>27</b>
<b>8. Kanttekeningen bij benodigde transitie</b>	<b>29</b>
<b>9. Kernboodschap</b>	<b>31</b>
<b>10. Rol van het lectoraat</b>	<b>33</b>
<b>11. Ten slotte</b>	<b>35</b>





## Vooraf

Dit is de tekst van de openbare les, of lectorale rede, zoals ik die op 18 april 2012 in verkorte vorm heb uitgesproken. In een openbare les staat de visie van de lector op het domein van zijn lectoraat centraal. Meestal wordt daarbij ingegaan op de relatie tussen praktijkgericht onderzoek, het hoger beroepsonderwijs en de professionele praktijk. Een openbare les heeft daarom vaak het karakter van een onderbouwde agenda van het lectoraat voor de komende periode. Zo ook in deze openbare les.

Mijn lectoraat Wijkzorg is ingebed in het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam en mede mogelijk gemaakt door de Stichting Thuiszorg Rotterdam en het Gerard van Kleef Fonds. Dit lectoraat is gestart op 1 september 2010. De visie op wijkzorg die in ik deze openbare les heb beschreven, heb ik mede gebaseerd op de activiteiten die het lectoraat de afgelopen anderhalf jaar in nauwe samenwerking met deze partners heeft uitgevoerd.

Het Kenniscentrum Zorginnovatie kent meerdere lectoraten, die op thema's samenwerken. Een van die thema's is 'samenhang in zorg'. Door binnen het kenniscentrum intensief samen te werken met lectoraten als Samenhang in de Ouderenzorg, Verloskunde en Eerstelijnszorg, beoogt het lectoraat Wijkzorg de samenhang in de zorg te verbeteren. De expertise die het lectoraat - samen met studenten, docenten en onderzoekers - heeft opgedaan, wordt niet alleen in de praktijk gebruikt, maar vindt zijn weg ook in de opleidingen van Hogeschool Rotterdam, met name die van het Instituut voor Gezondheidszorg.

Over een deel van mijn visie op de wijkzorg is recent een artikel verschenen in het Tijdschrift voor Verpleegkundigen TvZ. Dat - samen met René van het Erve geschreven - artikel wil ik u niet onthouden en het is daarom met toestemming van de redactie van TvZ opgenomen als bijlage in deze uitgave. De tekst van de openbare les geeft samen met dat artikel een goed beeld van mijn visie op de wijkzorg en de rol van de wijkverpleegkundige daarin.

Henk Rosendal



## Wijkzorg

'De wijk' staat (weer) volop in de belangstelling, niet alleen op het gebied van zorg, maar ook op het gebied van welzijn en veiligheid. De afgelopen jaren heeft de wijk ook vanuit de landelijke politiek de nodige aandacht gekregen, denk aan de zogenoemde Vogelaarwijken<sup>1</sup> en de uitgevoerde motie Hamer<sup>2</sup>, die erop was gericht om de wijkverpleegkundige weer 'in het zadel' te helpen. Ook gemeentelijk beleid, zoals dat onder andere vorm krijgt in de uitwerking van de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), richt zich meer dan voorheen op de wijk. Voorbeelden van aandacht voor zorg in de wijk zijn de nota *Samen Werken aan een Goede Gezondheid*<sup>3</sup>, waarmee de gemeente Rotterdam in haar streven om de achterstand in gezondheid van haar bevolking aan te pakken, expliciet kiest voor een wijkgerichte aanpak, en de keuze van de dienst SoZaWe voor wijkservicegebieden en de wijkgerichte aanbesteding.

Deze focus op de wijk is begrijpelijk, aangezien wijken afgebakende en overzichtelijke gebieden zijn, met mensen met vergelijkbare kenmerken. De wijken kunnen onderling fors verschillen in sociaaleconomische status, sociale cohesie, maatschappelijke problematiek en dus in zorgbehoefte. Het is dan waarschijnlijk ook effectief en efficiënt om het aanbod af te stemmen op de specifieke situatie in de wijk. Dat klinkt allemaal logisch, en dat is het waarschijnlijk ook. Maar zoals zo vaak het geval is, is het ook op dit gebied 'gemakkelijker gezegd dan gedaan'.

Want, ten eerste: wat bedoelen we als we praten over 'de wijk'? Wat is eigenlijk een wijk?

Ten tweede: wat moet er dan precies in die wijk gedaan worden, en door wie? Wie bepaalt dat eigenlijk?

Ten derde: wat moeten die personen daarvoor kunnen? Met andere woorden: welke competenties zijn daarvoor nodig?

En ten vierde, last but not least: hoe kunnen we dit realiseren?

Op al deze vragen ga ik in deze openbare les graag in.

---

1 <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/aandachtswijken?#ref-vrom>

2 <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/12/23/uitvoering-motie-hamer.htm>

3 Gemeente Rotterdam (2011). *Samen Werken aan een Goede Gezondheid: Versterken gezondheid, verkleinen verschillen*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.



## 1. Het begrip 'wijk'

Een wijk, wat is dat eigenlijk? Is dat hetzelfde als een buurt? Nee, dat is het niet.<sup>4,5</sup> Kort gesteld: Nederland is opgedeeld in gemeenten die weer zijn onderverdeeld in wijken en buurten. Elke gemeente heeft minimaal één wijk en elke wijk heeft minimaal één buurt. Die onderverdeling van gemeenten in wijken en buurten is gestart bij de volkstelling van 1947, maar deze verdeling is niet statisch. Op dit moment zijn er in Nederland 415 gemeenten<sup>6</sup> en 2.531 wijken.<sup>7</sup> Het aantal gemeenten daalt in de loop der jaren gestaag, het aantal wijken stijgt daarentegen licht.. Het aantal buurten groeit echter fors: in de laatste tien jaar is dat aantal gestegen van 10.700 naar 11.600.<sup>8</sup>

Buurten worden – net als wijken – door gemeenten vastgesteld. Buurten ontstaan vooral doordat een bepaald gebied – om uiteenlopende redenen – in de volksmond zo genoemd wordt. Men zou kunnen zeggen dat een buurt een gebied binnen een gemeente is dat door bewoners als een 'bij elkaar horend geheel' wordt ervaren.

Er zijn verschillende redenen waarom dat zo wordt ervaren:

- op grond van functionele kenmerken: als in een deel van de stad behalve woningen ook andere functies aanwezig zijn (zoals winkels, scholen, speelplaatsen, parken), ervaren de bewoners dat deze functies bij 'hun buurt' horen;
- op grond van straatnamen die zijn geïnspireerd op hetzelfde thema: de bewoners ervaren de straten met hetzelfde thema als 'hun buurt' (vogelbuurt, componistenbuurt, etc.);
- op grond van geografische kenmerken: als een stratencluster ingeklemd ligt tussen geografische barrières, zoals drukke doorgaande wegen, ervaren bewoners die barrières als een grens;
- op grond van sociale en sociaaleconomische kenmerken: als bewoners van een bepaald stratencluster zich sterk identificeren met hun woonomgeving of als er tussen bewoners van een stratencluster bepaalde ongeschreven sociale regels gelden, wordt dat cluster vaak ook aangeduid als een 'buurt'.

Je zou kunnen zeggen, dat een buurt een informeel karakter heeft, terwijl een wijk een meer formele status heeft.

De begrippen 'buurt' en 'wijk' worden, zelfs in beleidsbrieven van de overheid, nogal eens door elkaar gebruikt. Als er wordt gesproken over 'de wijk', en over dat wijken van elkaar verschillen in sociale cohesie en sociaaleconomische status, waar het aanbod op het gebied van zorg en welzijn specifiek op toegesneden kan worden, dan wordt – denk ik – eigenlijk meer gerefereerd aan 'de buurt' dan aan 'de wijk'. Immers, een buurt bestaat vanwege de samen-

---

4 Marissing, E. van (2008). *Buurten bij beleidsmakers: stedelijke beleidsprocessen, bewonersparticipatie en sociale cohesie in vroeg-naoorlogse stadswijken in Nederland*. Utrecht: Koninklijk Nederlands Aardrijkskundig Genootschap Faculteit Geowetenschappen Universiteit van Utrecht.

5 Wittebrood, K. & Dijk, T. van (2007). *Aandacht voor de wijk-effecten van herstructurering op de leefbaarheid en veiligheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

6 <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/overheid-politiek/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3529-wm.htm>

7 [http://www.geoserver.nl/nl/kaartdienst/geocoderen/pdf/Nlbu\\_r08.pdf](http://www.geoserver.nl/nl/kaartdienst/geocoderen/pdf/Nlbu_r08.pdf)

8 <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/nederland-regionaal/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-volgtijdelijke-vergelijkbaarheid-art.htm> (bezoekt op 14 januari 2012).

hang, bij een wijk kan die samenhang ontbreken. Binnen een wijk kunnen in sociale cohesie en sociaaleconomische status grote verschillen bestaan.

Ook ik zal in mijn betoog de begrippen 'wijk' en 'buurt' door elkaar gebruiken. Dit doe ik omdat 'de wijk' een bekend en vertrouwd begrip is, niet alleen in beleidstukken van overheid en gemeenten, maar ook in de titel van de zorgprofessional die centraal staat in deze openbare les: de wijkverpleegkundige. Ik denk echter dat de inhoud van het begrip 'wijk' als het gaat om de wijkverpleegkundige, in veel gevallen meer betrekking heeft op de 'buurt'.

Voordat ik inga op de vraag wat er precies in die wijk moet gebeuren, en wie dat moet doen, is een nuancering op haar plaats. De wijk, of de buurt, wordt dus gezien als een plaats waar mensen sociale relaties onderhouden, een geografisch afgebakend en overzichtelijk gebied, waar zogenoemde communities aanwijsbaar zijn. Communities zijn groepen mensen met vergelijkbare kenmerken, zoals sociaaleconomische status, sociale problematiek of leeftijd. Door allerlei maatschappelijk-culturele ontwikkelingen is daar verandering in gekomen. De van oudsher vanzelfsprekende eenduidigheid van een wijk of buurt – ook al is die vaak nog wel herkenbaar – is meer en meer vervangen door veelvormigheid. Dat maakt het niet eenvoudiger voor het (organiseren van het) benodigde aanbod op het gebied van zorg en welzijn. De eenduidigheid vervaagt nog meer doordat groepen mensen zich meer en meer op andere manieren organiseren dan 'via de straat waar zij wonen', denk aan allerlei internet-communities. Zo beschouwd kunnen we ons afvragen of de huidige wijkgerichte aanpak niet aan vernieuwing toe is. De vraag is of we niet moeten overgaan van concepten die vooral zijn gebaseerd op geografische kenmerken naar nieuwe, meer op werkelijke samenhang gerichte indelingen, of communities? Hierbij kan gedacht worden aan groepen met vergelijkbare problematiek, specifieke behoeften of interesses, of vergelijkbare wensen om zorg (zelf) te organiseren.

In het stellen van deze vraag ligt ook het antwoord: natuurlijk moeten we dat.

Na deze nuancering ga ik verder met mijn betoog over het belang om te weten wat er dan precies in een wijk, buurt of community gebeurt, zou gedaan moeten of kunnen worden, en door wie.

## 2. Wat en door wie?

De vraag 'door wie?' is niet eenvoudig te beantwoorden, en is voor een groot deel afhankelijk van het antwoord op de vraag 'wat?'.

Om te bepalen wat er nodig is, is kennis over de wijk (lees: buurt) noodzakelijk. Juist omdat wijken en buurten onderling zo van elkaar verschillen. De verschillen in sociaaleconomische status tussen buurten kunnen enorm zijn. Dat geldt ook voor cultuurverschillen en de manier waarop mensen omgaan met ziekte en zorg, maar ook met gezondheid en gedrag. Het onderliggende ziektebeeld, bijvoorbeeld dementie of COPD, kan vanuit medisch perspectief hetzelfde zijn, maar de manier waarop mensen daarmee omgaan, varieert in ieder geval per individu en mogelijk ook per buurt. Dat geldt zeker op het gebied van leefstijl en preventie. Die verschillen hebben grote gevolgen voor de gezondheid. Ter illustratie: mensen met een hbo- of universitaire opleiding leven gemiddeld zeven jaar langer dan mensen die alleen de basisschool hebben doorlopen.<sup>9</sup> De gevolgen betreffen niet alleen de levensduur, maar ook de zorgconsumptie en de ervaren gezondheid.

Nu is het zo dat deze problematiek al heel lang bestaat en bekend is,<sup>10</sup> maar ondanks die wetenschap worden deze verschillen in de loop van de tijd niet kleiner. Integendeel. Qua ernst en benodigde, sectoroverstijgende aanpak is dit een onderwerp dat hoog op de agenda van de overheid zou moeten staan. Dat is echter niet het geval. Dit zal te maken hebben met onwil, maar ook met onmacht; want hoe moet de overheid een dergelijk omvangrijk (want: sectoroverschrijdend) en complex probleem aanpakken? Hoe kan zij alle tussenliggende factoren – ook wel determinanten genoemd – zodanig beïnvloeden dat die gezondheidsverschillen kleiner worden?

Ik denk dat deze problematiek niet alleen op landelijk niveau speelt, maar ook op lager niveau, zoals in de wijkzorg. De vraag wát er precies in de wijk moet gebeuren, en in het verlengde daarvan: door wie, heeft daar zeker betrekking op.

Maar hoe weten we wat nodig is in de wijk en waar werkelijk behoefte aan is? Zoals uit het voorgaande al duidelijk is geworden, bestaat er niet zoiets als 'de' wijk. Deze bestaat meestal uit diverse, van elkaar verschillende buurten. En die buurten bestaan vaak weer uit verschillende groepen of communities. Willen we iets in de wijk of de buurt betekenen, dan hebben we in ieder geval deskundigheid of kennis nodig op het gebied van:

- waardoor gezondheid wordt bepaald, en de tussenliggende factoren die daarop van invloed zijn;
- de manier waarop die tussenfactoren kunnen worden beïnvloed;
- de samenstelling, cultuur, omgangsvormen, gebruiken en probleemgebieden in de buurt;
- initiatieven en vragen van bewoners op het gebied van zorg en welzijn;
- het aanbod op het gebied van zorg en welzijn, zowel curatief als preventief; en
- de manieren om partijen te mobiliseren richting een bepaald doel.

Willen we écht 'werk maken van wijkzorg', dan hebben we niet alleen mensen nodig die deskundigheid of kennis op al die gebieden bezitten, maar die ook bij de bewoners binnen

---

9 [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl). Bezocht op 14 januari 2012.

10 Mackenbach, J. Ziekte in Nederland: gezondheid tussen politiek en biologie. Amsterdam, *Elsevier*, 2010, p. 102 e.v.



kunnen komen. Dat zijn dus mensen die daar vertrouwd zijn, die het gesprek kunnen aangaan én daarbij verder kijken dan het individuele geval.

Dát is wat in mijn ogen nodig is om 'het verschil in de wijk te maken'. U zult het met mij eens zijn dat dat nogal wat is. De volgende vraag is dan ook welke professional dit allemaal 'in huis' heeft. Daarmee bedoel ik niet een professional die alles wel in zijn eentje zal oplossen, maar iemand die weet wat er speelt, waar de behoeften en mogelijkheden in de wijk zitten en die deze zorgvragen samen met de bewoners en andere professionals oppakt.

### 3. Wijkverpleging

Er is duidelijk behoefte aan hoog opgeleide professionals die beschikken over de nodige kennis en vaardigheden om adequaat te kunnen handelen, generalisten die ook door andere professionals in staat worden gesteld om handelend op te treden.

Het is niet verbazingwekkend dat hier vaak een grote rol wordt toebedacht aan de wijkverpleegkundige. Deze had vroeger een centrale positie in de wijk, die positie is daarna veranderd, maar op dit moment is er sprake van een comeback van de wijkverpleegkundige.<sup>11</sup> Die comeback was hard nodig nadat het beroep in de afgelopen decennia - door diverse maatregelen in met name de financieringssfeer - behoorlijk was uitgehold. De professionele vrijheid van de wijkverpleegkundige was voor een groot deel verdwenen, de invulling van de werkzaamheden was versnipperd in afzonderlijke taken en de positie ten opzichte van andere eerstelijnsprofessionals in de wijk was onduidelijk geworden. Tot voor kort was de wijkverpleegkundige daardoor verworpen tot iemand die vooral bezig was met het uitvoeren van verpleegtechnische AWBZ-indicaties. Ook werd binnen de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige gezocht naar mogelijkheden om deelactiviteiten te laten uitvoeren door lager geschoolden, want - zo was de redenering - dat is goedkoper. Het gevolg hiervan was dat mensen die langdurige zorg thuis nodig hadden, een scala van mensen over de vloer kregen, die ieder hun eigen activiteit kwamen uitvoeren. Dat is - blijkt ook uit alle uitgevoerde benchmarks - voor de cliënt niet prettig en bovendien bevordert dat de kwaliteit van zorg niet. Was de wijkverpleegkundige voorheen - en dan heb ik het over de tweede helft van de vorige eeuw - nog een centrale figuur in de wijk met veel aanzien, tot voor een paar jaar was zij een relatief onzichtbare figuur die vooral bezig was met 'productie draaien'. Dat klinkt wellicht wat gechargeerd, maar het is wel het beeld dat hierover bij de huidige Hbov-studenten leeft. Het is in dat licht dan ook niet verbazingwekkend dat slechts 10 procent van de studenten uiteindelijk voor deze uitstroomvariant kiest.

Ondanks dat we dat wisten, hielden we de situatie in stand omdat er een financiële prikkel was om hier zo lang mogelijk mee door te gaan. We werden feitelijk beloond voor 'het behoud van ellende' en niet voor het gericht, samen met de cliënt werken naar meer zelfredzaamheid.

Het zal duidelijk zijn dat dat niet goed werkte. Op die manier kwamen we niet verder, dit stond immers in schril contrast met datgene wat nodig was.

De onwenselijkheid van de situatie werd meer en meer ingezien. Het programma *Zichtbare Schakel*,<sup>12</sup> als uitvoering van de motie Hamer, is een mooi voorbeeld van een antwoord op de ongewenste situatie. Door dit programma worden wijkverpleegkundigen weer in staat gesteld om buiten de AWBZ-indicaties om, hun vak in de volle breedte uit te oefenen. En wat dat inhoudt en oplevert, is mooi beschreven in het recente rapport van advies- en managementbureau BMC over de terugkeer van de wijkzuster.<sup>13</sup> Maar ook initiatieven als van de Nederlandse

---

11 Rosendal, H. & Erve, R. van het (2011). Wijkverpleging: de geest is uit de fles. In: *TvZ* 2011 (6), p. 12-17.

12 ZonMw (2011). *Tussenbalans 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'*. Den Haag: ZonMw.

13 [www.bmc.nl/zorg/wijkzuster](http://www.bmc.nl/zorg/wijkzuster).

Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de beroepsvereniging VenVN<sup>14</sup> op dit terrein hebben deze insteek: inzet van de wijkverpleegkundige in de volle breedte levert veel op. In dit verband is ook de opkomst van Buurtzorg Nederland<sup>15</sup> van belang, waarin wijkverpleegkundigen op een andere manier, met meer professionele vrijheid, kunnen werken. Mede door deze initiatieven is de wijkverpleegkundige de afgelopen jaren bezig geweest aan een opvallende comeback.

*Moet nu de conclusie luiden dat we er dus zijn door de wijkverpleging weer breder in te zetten?*

*Was het maar zo eenvoudig. Mijn stelling is dat er veel meer nodig is.*

*Ten eerste zijn er meer wijkverpleegkundigen nodig; er zijn nu onvoldoende wijkverpleegkundigen om werk van de wijkzorg te kunnen maken.*

*Ten tweede is het de vraag of de wijkverpleegkundigen voldoende deskundigheid cq kennis hebben op de gebieden die ik in paragraaf 2 heb beschreven.*

*Ten derde is wijkzorg niet alleen het domein van de wijkverpleegkundige.*

Ik licht deze punten graag verder toe in de volgende hoofdstukken.

---

14 NPCF en VenVN (2012). *Versterken van verpleging thuis. Naar een basisvoorziening wijkverpleging*. Utrecht: NPCF en VenVN.

15 Blok, J. de & Pool, A. (2010). *Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie*. Den Haag: Boom/Lemma uitgeverij.

## 4. Onvoldoende wijkverpleegkundigen

Ik heb gesteld dat er te weinig wijkverpleegkundigen zijn voor het werk dat moet worden gedaan en dat hun deskundigheid niet ver genoeg reikt. Hierbij spelen de demografische en epidemiologische ontwikkelingen een grote rol, daar moet dus voldoende inzicht in zijn.

De ontwikkelingen komen er in het kort op neer dat de bevolking als geheel in Nederland de komende decennia in omvang nauwelijks zal toenemen, maar dat het percentage ouderen - en daarmee ook het aantal chronisch zieken - fors zal toenemen. De behoefte aan zorg en ondersteuning zal daardoor enorm toenemen, maar het aantal (potentiële) zorgprofessionals zal zowel absoluut als relatief achterblijven.<sup>16,17</sup> Daarbij komt dat een groter deel van de ouderen, ook van de chronisch zieken, thuis blijft wonen. Slechts een zeer klein deel verblijft intramuraal. Ter illustratie: het aantal 80+ers is tussen 2000 en 2010 gestegen van 500.000 naar 648.000. In diezelfde periode is echter het aantal 80+ers dat intramuraal (in een verpleeg- of verzorgingshuis) verblijft, gedaald van 102.000 naar 90.000.<sup>18</sup> Met andere woorden: zes van de zeven 80+ers wonen zelfstandig thuis, al dan niet met informele en professionele ondersteuning. Dat is wat mensen meer en meer willen: zo lang mogelijk in de eigen omgeving blijven wonen. Dat is, mede door de huidige technologische ontwikkelingen op dit gebied, ook mogelijk.

Als er dus één ding duidelijk is, dan is het wel dat er de komende decennia een forse groei gaat ontstaan in de behoefte aan extramurale zorg. In dat licht is het natuurlijk vreemd dat het huidige kabinet ervoor heeft gekozen om juist in de intramurale sector te investeren, en niet in de extramurale sector. De grootste uitdagingen liggen immers overduidelijk in de wijk en in de thuissituatie. En iemand hoeft geen rekenwonder te zijn om te beseffen dat die behoefte vele malen groter is dan we - alleen al qua personeel - aan kunnen.

---

16 SCP (2010). *Zorgen voor Zorg. Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030*. Den Haag: SPC.

17 Rosendal, H. (2007). *Ketenzorg: mode of must?* Lectorale rede. Leiden: Hogeschool Leiden.

18 <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3434-wm.htm>



## 5. Andere kennis en deskundigheid voor de wijkverpleegkundige

*Tussenbalans: de behoefte aan extramurale zorg stijgt en zal voorlopig blijven stijgen. Het zwaartepunt van de zorg komt 'thuis' en in 'de wijk' te liggen. De inzichten in determinanten van gezondheid en hoe die te beïnvloeden zijn, ontwikkelen zich. Wijken, buurten en communities veranderen, net als de rol van gemeenten en verzekeraars. Ook de wensen van cliënten (blijven) veranderen. Bovendien breidt het arsenaal aan technologische mogelijkheden zich sterk uit. Vraag en aanbod veranderen door al deze aspecten in hoog tempo, en daar moeten we niet alleen in meegaan, of te wel de trend volgen, maar als het even kan hier ook op vooruitlopen.*

*De wijkverpleegkundige is een cruciale speler in dit geheel, maar willen we echt 'werk maken van de wijk', dan is er veel meer nodig dan alleen maar méér wijkverpleegkundigen. Het gaat ook om 'andere' wijkverpleegkundigen.*

Om 'werk te maken van de wijk' is de wijkverpleging een goed eerste aangrijpingspunt. Hierboven ben ik al ingegaan op de comeback van deze, voor de wijkzorg cruciale, beroepsgroep. Zoals gezegd zijn we er echter niet door alleen méér van deze professionals in te zetten, er zijn ook zowel in de inhoud als in de organisatie en bekostiging forse aanpassingen nodig.

Om in de geschetste ontwikkelingen een rol van betekenis te kunnen spelen, zullen de accenten van het wijkverpleegkundig beroep, zowel in de praktijk als in de opleiding, moeten verschuiven. De nieuwe - en deels samenhangende - accenten liggen in mijn ogen bij:

- preventie;
- zelfmanagement;
- mantelzorg; en
- technologie

Deze vier accenten komen overigens niet uit de lucht vallen. In projecten als *Zichtbare Schakel*, die erop zijn gericht om het wijkverpleegkundige beroep in de volle breedte uit te laten oefenen, blijkt ook het belang van deze aspecten.

### *Preventie*

Willen we het hoofd bieden aan de geschetste demografische en epidemiologische ontwikkelingen, dan moet er stevig worden ingezet op preventie. Het belang van preventie wordt breed onderkend,<sup>19</sup> maar de bereidheid tot de bekostiging daarvan is relatief gering. Naast de individueel-georiënteerde (geïndiceerde en zorggerelateerde) preventie betreft het populatie- en groepsgerichte (universele en selectieve) preventie. Juist op dat laatste gebied is veel winst te behalen. Sterker, bij de wijkbenadering is selectieve preventie één van de kernelementen. Selectieve preventie houdt in: signaleren van risicogroepen en daarop gericht actie ondernemen. 'Werk maken van de wijk' impliceert selectieve preventie. Het houdt overigens meer in dan het bieden van groepsgerichte cursussen die voorheen door de thuiszorg werden georganiseerd, het gaat vooral om het actief opsporen van risicogroepen en - vervolgens -

---

19 RVZ (2010). *Zorg voor je gezondheid!* Den Haag: RVZ.

een specifiek op die groep gericht preventie-aanbod. Dat investeren in preventie loont, is inmiddels aangetoond. Uit onderzoek van PwC blijkt bijvoorbeeld dat investeren in preventie (in BRAVO: beweging, roken, alcohol, voeding, ontspanning) een substantieel rendement voor de samenleving met zich oplevert.<sup>20</sup> Dat preventie maatschappelijk nut heeft, blijkt ook uit het feit dat een ongezonde levensstijl tien procent (!) van alle ziektekosten veroorzaakt; gerichte preventie leidt tot een hogere productiviteit, een lager ziekteverzuim en minder ziektekosten gerelateerd aan roken/drinken/obesitas.

Selectieve preventie, die aanvullend wordt ingezet op geïndiceerde preventie met aandacht voor de sociale en fysieke omgeving, is bij uitstek geschikt in de wijkzorg om de genoemde verschillen in gezondheid terug te dringen.<sup>21</sup> Selectieve preventie verdient dan ook een vaste plaats in het repertoire van de moderne wijkverpleging.

### *Zelfmanagement*

Zelfmanagement<sup>22,23</sup> is op dit moment ook erg 'in'. Het is in de praktijk echter niet altijd duidelijk wat precies onder zelfmanagement wordt verstaan. Zo wordt het vaak gezien als het door de patiënt zelf iets doen, zoals het zelf controleren van bloedglucose. Zelfmanagement is echter meer en omvat ook het leren omgaan door de patiënt met de ziekte, zodanig dat hij zo optimaal mogelijk kan functioneren. Dan gaat het niet zozeer om een technische vaardigheid (zoals glucosebepaling), maar om het vermogen om met ziekte, beperkingen en uitdagingen om te gaan. De zorgprofessionals moeten ten eerste dat begrijpen, en ten tweede zodanig kunnen handelen dat de patiënt op weg wordt geholpen. Maar hoe moeten de professionals dat doen? Hoe stellen zij iemand in staat zelf de regie te nemen en eigen doelen te stellen in het gehele zorgproces? Hiervoor zijn specifieke vaardigheden nodig die zij al in de opleiding moeten verwerven.

Wil zelfmanagement werken, dan moet het gehele professionele handelen hiervan 'door-drenkt' zijn. Een aansprekend voorbeeld van wat dat kan opleveren, maar ook van de moeite die het kost om dat te realiseren, is de cultuur bij Humanitas Rotterdam waarbij de eigen regie van de cliënt centraal staat.<sup>24</sup>

### *Mantelzorg*

Gezien de epidemiologische en demografische ontwikkelingen kan het niet anders dan dat de rol van de mantelzorg steeds belangrijker wordt. Ook in de omliggende landen is dat al te zien.<sup>25</sup> Nederland blijft op het gebied van inzet van mantelzorg achter in Europa, en deze positie is in mijn ogen niet lang houdbaar. Ons professionele handelen zal de komende jaren veel meer gericht moeten zijn op het inzetten, ondersteunen en anders organiseren van deze mantelzorg. De hoeveelheid zorg die door mantelzorgers wordt geleverd is nu al een veelvoud van de hoeveelheid professionele zorg,<sup>26</sup> en deze zal alleen nog maar toenemen. Een goede

---

20 PwC (2010). *Rendement Preventie Becijferd*. Amsterdam: PwC.

21 RIVM (2010). *Effecten van preventie*. Deelrapport van de VTV2010: van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM.

22 Jedeloo S., Leenders, J., Weele, E. van & Kuiper, C. (2010). *ZorgBasics Zelfmanagement*. Den Haag: Boom/Lemma uitgeverij.

23 [www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com).

24 <http://www.youtube.com/watch?v=OFeQKwTYOcM>

25 Gupta Strategists (2011). *Zorg voor later: Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VVT 2011*. Rapport. Ophemert: Gupta Strategists)

26 Opgevraagd op 11 februari 2012 van [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

begeleiding en ondersteuning van de mantelzorgers is cruciaal. 'Werk maken van de wijk' impliceert dat hier fors op wordt ingezet. Dat vereist wel een onderbouwde aanpak en de nodige vaardigheden.

### *Technologie*

Zoals ik hierboven heb gesteld, gaan de ontwikkelingen op het gebied van thuiszorgtechnologie en domotica hard. Er is op dit gebied veel beschikbaar, vaak goede en soms ook minder goede toepassingen. De kunst is voor de zorgprofessional om op basis van de individuele behoefte(n) de mogelijke toepassingen zodanig in te zetten dat mensen langer veilig en zo zelfstandig mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Dat vereist professionals die op dit gebied goed zijn geïnformeerd, die het kaf van het koren kunnen scheiden en die weten hoe dit alles is te organiseren. Ook bij informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals zal technologie overigens steeds belangrijker worden.

Willen we 'werk maken van de wijk', dan zijn ook op het gebied van technologie rigoureuze stappen vereist. Door er veel, en veel meer gebruik van te maken.

Wil de wijkverpleegkundige een rol van betekenis spelen in de wijk, dan moeten de deskundigheid en vaardigheid op de vier gebieden preventie, zelfmanagement, mantelzorg en technologie versterkt worden. Om dit te realiseren zijn de opleidingen - waar ik in hoofdstuk 7 apart op inga - cruciaal.





## 6. Wijkzorg: geen exclusief domein van de wijkverpleegkundige

Ook al is wijkzorg niet alleen het domein van de wijkverpleegkundige, deze professional is hierin wel een cruciale speler. Willen we het hoofd bieden aan de beschreven uitdagingen en echt werk maken van wijkzorg, dan ligt er bij de wijkverpleegkundige wel een eerste aangrijpingspunt voor verbetering. Naast het verleggen van de inhoudelijk accenten dient ook de organisatie en bekostiging rigoureus te worden aangepast. De huidige bekostiging van de wijkverpleging is immers louter gericht op het uitvoeren van AWBZ-indicaties bij individuele cliënten en niet op het verbeteren van gezondheid en welzijn in de wijk.

Er moet een einde komen aan de huidige 'productiegestuurde' praktijk. De financiering per verrichting - wat per definitie een perverse prikkel is - moet plaatsmaken voor financiering van beschikbaarheid per wijk of buurt. Dat houdt in dat op basis van professionele standaarden wordt gehandeld met als doel een betere gezondheidstoestand van alle wijken en buurtbewoners. De onderbouwing van de meerwaarde met deze aanpak voor zowel de cliënt als de zorgverzekeraar en de gemeente groeit.<sup>27,28</sup> Hierbij is het in de eerste plaats van belang om onderscheid te maken tussen de wijkverpleegkundige *als functionaris* en de wijkverpleging *als functie*,<sup>29</sup> naar analogie van huisartsen en huisartsenzorg, waarbij niet de eerste *de huisarts* maar het laatste *huisartsenzorg* wordt ingekocht. De huisarts bepaalt vervolgens ook zelf hoe hij dit organiseert. Zo kan de wijkverpleging ook worden georganiseerd.

We hebben het bij deze vorm van financiering over de functie wijkverpleging, die 24 uur per dag zowel preventief als op afroep (geïndiceerde) cliënten met (dreigende) zorgvragen bedient. Het gaat om de aanwezigheid van een team, waarvan de wijkverpleegkundige een centrale professional is. Het team bestaat naast wijkverpleegkundigen uit andere professionals (naar analogie van de huisartsenzorg) en is toegesneden op de specifieke behoefte in de wijk of buurt.

Omdat wijkverpleegkundigen veel meer doen dan alleen het uitvoeren van AWBZ-indicaties,<sup>30</sup> en de opbrengsten van hun handelingen dus het AWBZ-domein overstijgen, is de volgende, logische stap om met alle betrokkenen om tafel gaan en afspraken te maken over een gezamenlijke bekostiging van de functie wijkverpleging. Die betrokkenen zijn in eerste instantie de gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en werkgevers. Immers, nu bekend is dat zij er allen voordeel van hebben, ligt een gezamenlijke bekostiging voor de hand. Ik kan me voorstellen dat de huidige thuiszorgorganisaties hierbij het voortouw nemen, maar ook de gemeenten - zoals in Rotterdam gebeurt - of de zorgverzekeraars kunnen het initiatief nemen. Dat gebeurt ook al her en der. In de genoemde rapporten van BMC en van de NPCF/VenVN staan aansprekende voorbeelden op dit gebied.

Van groot belang voor de stap naar een gezamenlijke bekostiging is dat er transparante, onderbouwde én vindbare informatie is over wat de functie wijkverpleging inhoudt. Met

---

27 [www.bmc.nl/zorg](http://www.bmc.nl/zorg). Bezocht op 31 december 2011.

28 NPCF en VenVN (2012). *Versterken van verpleging thuis. Naar een basisvoorziening wijkverpleging*. Utrecht: NPCF en VenVN.

29 Rosendal, H. & Erve, R van het (2011). Wijkverpleging: de geest is uit de fles. In: *TvZ* 2011 (6), pag 12-17.

30 [www.bmc.nl/zorg](http://www.bmc.nl/zorg). Bezocht op 11 februari 2012.

andere woorden: wat gaan de genoemde partijen precies inkopen? Denk hierbij aan de gevolgde methode(n), diagnosestelling, richtlijnen en protocollen van het wijkverpleegkundig handelen. Om de analogie met huisartsenzorg ook op dit aspect toe te passen: voor financiers is helder welke zorg ze met huisartsenzorg inkopen en wat daarvan de meerwaarde is, omdat huisartsenzorg behoorlijk is onderbouwd met richtlijnen, standaarden en protocollen. Wil de wijkverpleging een vergelijkbare beschikbaarheidsfunctie vervullen, dan ligt hier een opdracht primair voor de beroepsvereniging, maar waarbij alle genoemde partijen - gezien het grote belang voor hen - zeker ook kunnen bijdragen.

## 7. Opleiding

Nu ik inzicht heb gegeven in wat de wijkverpleging nodig heeft om 'werk te kunnen maken van de wijk' en een beeld heb gegeven van de inhoud van de functie wijkverpleging, is het goed om stil te staan bij de opleidingen. Immers, de opleidingsinstellingen hebben de opdracht om professionals adequaat op te leiden.

Als we kritisch kijken naar het huidige aanbod, dan is mijn conclusie dat de meeste opleidingen Hbov zich - nog steeds - vooral richten op het verwerven van de benodigde vakkundigheid in verpleegtechnische handelingen. De noodzakelijke verbreding (preventie, zelfmanagement, mantelzorg en technologie) komt her en der in de curricula wel aan de orde, maar is daar nog geen wezenlijk onderdeel van.

We hebben gezien dat wijkverpleegkundigen in toenemende mate in staat moeten zijn om leiding te geven aan een team dat bestaat uit andere zorgprofessionals. Indien we toegaan naar een beschikbaarheidsfunctie wijkverpleging, dan zal die wijkverpleegkundige (niveau 5) dit team - aan de hand van de behoefte in de wijk en buurt - moeten samenstellen en aansturen. Dergelijke vaardigheden verdienen een stevige plaats in de opleiding. Gaan de opleidingen hierin niet mee, dan vervalt in mijn ogen een belangrijke voorwaarde voor de gedachte van wijkgericht werken en de cruciale positie van de wijkverpleegkundige daarbij.

Het zou in dit verband overigens ook goed zijn als de opleidingsinstellingen en de beroepsvereniging meer met elkaar zouden samenwerken. Nu trekken zij allemaal vaak nog - ten onrechte - hun eigen spoor.



## 8. Kanttekeningen bij benodigde transitie

De toekomst van de zorg ligt vooral in de wijk: daar wonen de chronisch zieken en ouderen, daar liggen de mogelijkheden voor vroegtijdig signaleren en interveniëren. Door de zorg goed en op de specifieke behoefte van de wijk en buurt te organiseren, kunnen mensen langer thuis wonen en kan worden voorkomen dat mensen (duurdere vormen van) zorg consumeren.

Hiervoor heb ik betoogd dat - hoewel wijkzorg meer is dan wijkverpleging - de wijkverpleegkundige daarbij een cruciale rol kan vervullen.

Mijn eerste bedenking betreft de vraag of de huidige wijkverpleegkundige hier kwalitatief én kwantitatief aan kan voldoen. Wat betreft de kwaliteit: mijn conclusie met betrekking tot de benodigde competenties en vaardigheden was dat de huidige opleidingen hier nog onvoldoende in voorzien. Betekent dit dan dat de huidige wijkverpleegkundige deze onvoldoende in de vingers heeft? Voor een aantal zal dat zeker gelden, maar de afgelopen periode heb ik ook veel wijkverpleegkundigen mogen ontmoeten, onder andere werkzaam in Zichtbare-Schakelprojecten, die ruimschoots beschikken over dat wat nodig is in de wijkzorg.

Mijn tweede bedenking betreft het aantal wijkverpleegkundigen. Kijkend naar de toekomst is duidelijk dat er de komende decennia veel wijkverpleegkundigen nodig zijn. Een kleine en snelle inventarisatie onder een aantal reguliere thuiszorgaanbieders die begin 2012 is uitgevoerd, leert dat gemiddeld slechts twee tot vijf procent (!) van hun personeelsbestand bestaat uit wijkverpleegkundigen. Dat is in mijn ogen veel te weinig om 'werk te maken van wijkzorg' zoals hiervoor beschreven. Daarvoor zijn meer goed opgeleide professionals nodig. Dat is ook een van de lessen die van Buurtzorg Nederland - waar het percentage wijkverpleegkundigen substantieel hoger ligt - zijn te leren.

Het aantal Hbov-studenten dat op dit moment kiest voor de MGZ-uitstroom (dat is de uitstroomrichting voor onder andere de wijkverpleging) is met gemiddeld 10 procent zorgwekkend laag. Willen we 'werk maken van de wijk' dan zal ook werk moeten worden gemaakt van opleiding en werving.

Dan heb ik nog een derde bedenking: het gaat hier om een onderwerp dat veel meer omvat dan de inzet en positie van de wijkverpleegkundige. Het gaat hier om het groeiende aantal chronisch zieken en ouderen dat zo lang en zo zelfstandig mogelijk thuis wil blijven wonen, het gaat om de stijgende zorgvraag en het krimpende aanbod van personeel, het gaat om de toenemende complexiteit van de zorg en het begrip van determinanten van gezondheid. Het gaat hier om problemen die niet worden opgelost door alleen de wijkverpleegkundige weer in het zadel te helpen, ook al is dat een veelbelovend en in mijn ogen noodzakelijk begin.

Met andere woorden: willen we echt werk maken van wijkzorg dan zal dat breed moeten worden opgepakt en zullen ALLE betrokkenen aan het werk moeten: de wijkverpleegkundigen zelf, de bewoners, de werkgevers, de opleidingen, de overige aanbieders van zorg en welzijn in de wijk en buurt, de gemeenten, de zorgverzekeraars en de overheid. Daarbij is helder dat het gaat om meer dan zorg alleen en dat de aandacht gericht moet worden op alle determinanten (tussenliggende factoren) van gezondheid.



## 9. Kernboodschap

In deze paragraaf vat ik wat ik hiervoor heb betoogd, samen in een aantal stellingen en kernboodschappen. Sommige zijn niet expliciet behandeld, maar kunnen wel uit het betoog worden afgeleid. Ik heb geprobeerd om de woorden 'dienen' en 'moeten' zo veel mogelijk te vermijden, maar willen we echt 'werk maken van de wijk', dan ontkomen we helaas niet aan 'moeten'. De punten die ik hier noem, kunnen voor een groot deel ook worden uitgelegd als aanbevelingen:

- De behoefte aan extramurale zorg zal de komende decennia sterk stijgen. Bij het nadenken over de toekomst van de zorg moet het zwaartepunt daar liggen.
- Een wijkgerichte benadering kan helpen om zorg en welzijn veel gericht te organiseren.
- De wijkverpleegkundige is een cruciale speler in de wijkzorg.
- Om werk te maken van wijkzorg moet de productiegestuurde bekostiging worden vervangen door een beschikbaarheidsfunctie wijkverpleging.
- Gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en werkgevers hebben allemaal belang bij het organiseren, in stand houden en uitbreiden van de functie wijkverpleging.
- Gemeenten, zorgkantoren, verzekeraars en werkgevers moeten op korte termijn om de tafel gaan om afspraken te maken over de gezamenlijke bekostiging van de wijkverpleging.
- De beroepsgroep dient prioriteit te geven aan de verdere onderbouwing van de wijkverpleging. De genoemde belanghebbenden kunnen daarbij ondersteuning geven.
- Werkgevers moeten meer investeren in wijkverpleegkundigen, zowel in hun aantal als in de regelvrijheid.
- Werkgevers moeten meer investeren in het (door)opleiden van hun wijkverpleegkundigen.
- De opleidingsinstellingen Hbov en de beroepsvereniging dienen veel meer samen te werken rondom de invulling van de curricula.
- De opleidingen dienen hun curricula aan te passen aan de verander(en)de eisen die de praktijk aan wijkverpleegkundigen stelt.
- De overheid kan niet blijven volstaan met alleen het benadrukken van het belang van de wijkverpleegkundige maar dient, gezien de complexiteit van de problematiek, handelend op te treden.
- Hoewel het wellicht niet meer van deze tijd is, zou een onafhankelijke taskforce wijkzorg op zijn plaats zijn.

Een aanpak met al deze aspecten heeft echter alleen kans van slagen als gehoor wordt gegeven aan de opdracht van deze openbare les (*"Vertel het mij en ik zal het vergeten, laat het mij zien en ik zal het mij herinneren, betrek mij erin en ik zal het begrijpen."*). Vertellen is niet genoeg, laten zien ook niet. Het gaat erom dat we er samen werk van maken.





## 10. Rol van het lectoraat

Ten slotte bekijk ik wat de rol van het lectoraat Wijkzorg bij dit alles kan en zal zijn. Op dit moment is het lectoraat nog bescheiden in omvang, maar het is wel goed ingebed in zowel de praktijk, de opleiding als het Kenniscentrum Zorginnovatie; dat biedt mooie kansen om met de aanbevelingen aan de slag te gaan.

Concrete projecten die vanuit het lectoraat Wijkzorg zijn of worden uitgevoerd, betreffen:

- het onderzoeken van de meerwaarde van de nieuwe manier van werken binnen Thuiszorg Rotterdam ('Thuis in de Buurt');
- het onderzoeken van de meerwaarde van kleinschalig organiseren in de thuiszorg;<sup>31</sup>
- het mede vormgeven aan het management-developmenttraject voor de zorgmanagers bij Thuiszorg Rotterdam;
- het onderzoeken van de betekenis van het project *Zichtbare Schakel* voor de wijkverpleegkundige;
- het onderzoeken van de manier waarop de huidige opleidingen vormgeven aan de scholing (bachelor en post-hbo) van wijkverpleegkundigen;
- het onderzoeken van de mening van wijkverpleegkundigen over de mate waarin zij adequaat zijn opgeleid voor hun vak; en
- het ontwikkelen van een nieuwe leermethode voor het zorgonderwijs op het gebied van integrale zorg voor thuiswonende chronisch zieken met complexe problematiek.

Naast deze projecten wil het lectoraat Wijkzorg bij alle genoemde 'aanbevelingen' graag een rol spelen, bijvoorbeeld bij het ondersteunen van partijen bij het wijkgericht inkopen van zorg en bij het verder onderbouwen (met richtlijnen, standaarden) van het wijkverpleegkundig handelen. Gesprekken hierover met andere hogescholen en VenVN zijn al gaande. Ook kan en wil het lectoraat Wijkzorg een actieve rol spelen bij het adviseren van overheid, gemeenten en zorgaanbieders over de organisatie van wijkzorg en bij onderzoek op dit gebied.

Alle expertise die met de projecten wordt opgedaan zal zo veel mogelijk een plek krijgen in de opleidingen van Hogeschool Rotterdam, zoals in de diverse minoren binnen de bacheloropleiding en bij het begeleiden van studenten die projecten uitvoeren op het gebied van wijkzorg.

---

31 Moorsel, B. van & Rosenda, I. H. (2012). Wijkgerichte thuiszorg volop in beweging. Geaccepteerd voor publicatie in TvZ.



## 11. Ten slotte

Dit lectoraat is mogelijk gemaakt door ondersteuning van de Stichting Thuiszorg Rotterdam, het Gerard van Kleef Fonds en Hogeschool Rotterdam. Ik ben hen bijzonder dankbaar voor hun inzet en vertrouwen.

Daarnaast wil ik ook graag de partners bedanken waar we veel mee mogen samenwerken: het Van Kleef Instituut, de stichting Oser, Lausanne Mies (Remise) en VenVN.

Ook wil ik mijn dank uitspreken aan alle collega's van het Kenniscentrum Zorginnovatie, waarin dit lectoraat Wijkzorg is ingebed. In het bijzonder wil ik mijn collega-lector Toon Voorham bedanken voor zijn enthousiasme en kritische meedenken. Marleen Goumans en Josephine Lappia ben ik zeer erkentelijk voor hun waardevolle suggesties bij eerdere versies van deze tekst.

Ten slotte een dankwoord voor José van Dorst, die het levende bewijs is dat de wijkverpleegkundige daadwerkelijk in staat is te realiseren wat in deze openbare les is betoogd.



## **Wijkverpleging: de geest is nu echt uit de fles!<sup>32</sup>**

Henk Rosendal  
René van het Erve

*Dr. H. (Henk) Rosendal: lector Wijkzorg (Hogeschool Rotterdam), lector Mensen met chronische ziekten (Hogeschool Leiden) en voorzitter afdeling Eerstelijns (VenVN)*

*Drs. R. (René) van het Erve: directeur van bureau Collegamento*

Het zal niemand zijn ontgaan dat er op het gebied van de wijkverpleging de afgelopen jaren heel veel is veranderd. In deze bijdrage schetsen wij daarvan een beeld, en gaan vervolgens in op de (vele!) uitdagingen in de nabije toekomst. De wijze waarop we daarmee omgaan is cruciaal voor de toekomst van het beroep.

### **Kansrijke toekomst**

De wijkverpleging met daarbinnen het beroep van de wijkverpleegkundige heeft de afgelopen decennia een neerwaartse trend gekend. De professionele vrijheid is afgenomen, de omvang en invulling van de werkzaamheden zijn gerationaliseerd en versnipperd in afzonderlijke taken die per uur worden voorgeschreven en de positie ten opzicht van andere werkers in het domein van zorg, wonen en welzijn is onduidelijk. De consequentie is dat de wijkverpleging minder aantrekkelijk is voor potentiële verpleegkundigen, zoals studenten HBO-v.

Enige jaren geleden werd pijnlijk duidelijk dat deze trend zeer nadelig is voor onze samenleving, vooral voor mensen die een kwetsbare gezondheid hebben en of chronisch ziek zijn. De afgelopen drie jaar zijn er verschillende initiatieven genomen om deze trend te keren. En met zoveel succes, dat de geest voorgoed uit de fles is. Er ligt nu een kansrijke toekomst voor de wijkverpleging met haar onmisbare schakel de wijkverpleegkundige. De voorwaarde is wel dat de beroepsgroep, werkgevers en politiek de komende jaren echt investeren in de functie wijkverpleging.

### *Uit het oog...*

Nog niet zo heel lang geleden, zo in de tweede helft van de vorige eeuw, was de wijkverpleegkundige een centrale figuur in de wijk, of de buurt. Zij - het was meestal een vrouw - wist wat er speelde bij mensen en hun omgeving en ondernam actie wanneer zij dat nodig achtte. Niet alleen acties voor mensen die al ziek waren, maar ook om te voorkomen dat ze ziek werden. Het beroep wijkverpleegkundige had aanzien bij burgers en bij andere professionals. De wijkverpleegkundige had hierdoor een grote professionele vrijheid. De indicatiestelling - ook al werd dat voorheen zo niet genoemd - lag in handen van de haarzelf.

In een aantal decennia is dit beeld geheel gekeerd. Tot 2008 is de wijkverpleging weggerationaliseerd en -gedifferentieerd in een grote verzamelingen taken die je per uur kan voorschrijven, inzetten en betalen. De wijkverpleegkundige is daarbinnen iemand die zich vooral bezighoudt met het uitvoeren van de in het kader van de AWBZ-geïndiceerde verpleegtechnische

---

32 Deze tekst is verschenen in TVZ 2011-6 en met toestemming van de redactie van TvZ. Graag als volgt naar verwijzen: Rosendal, H. & Erve, R van het (2011). Wijkverpleging: de geest is uit de fles. In: TvZ 2011 (6), pag 12-17.

handelingen. De omslag van gerespecteerd professional naar een taakgerichte werkracht is gestimuleerd door de financiering van de zorg. De financiële prikkels waren gericht op het beheersen van de volumes (hoeveel zorg mag er geboden worden?) en de prijs (wat mag de zorg kosten?) Werkgevers (in de meeste gevallen thuiszorgorganisaties), hadden onder invloed van deze prikkels steeds meer moeite om het hoofd boven water te houden. Zij hebben op geleide van deze situatie volop bijgedragen aan verdere versnippering en taakdifferentiatie.

### Schaalvergroting

Een andere reactie op de financieringsprikkels is die van schaalvergroting. Onder het motto 'hoe groter het productievolume bij kleine marges, hoe beter de bedrijfsmatige overlevingskansen voor de organisatie' ontstonden enorme thuiszorgconglomeraten zelfs met de ambitie om landelijk dekkend te werken. In deze beweging is bijvoorbeeld ook de Gezinszorg verbonden met de oude stiel van de wijkverpleegkundige; het Kruiswerk. Het gevolg hiervan voor de wijkverpleging is dat zij een steeds anoniemer en uitwisselbaar onderdeel werd in de totale organisatie van de gezondheidszorg. Een ander gevolg is dat werkers, waaronder de wijkverpleegkundigen, zo efficiënt mogelijk werden ingezet op taken waarvoor betaald werd. Vanuit het oogpunt van kostenreductie is zoveel mogelijk gezocht naar mogelijkheden om deze taken vervolgens door lagere niveaus uit te laten voeren.

### Indicatiestelling

Een andere ingreep was het weghalen van de beoordeling of mensen wel of geen recht op zorg hebben bij de wijkverpleegkundige, de indicatiestelling. Dit gebeurde eind jaren 90 is, onder de vlag van meer onafhankelijkheid. Onder andere op aandringen van cliëntorganisaties zoals de toenmalige Gehandicaptenraad, zijn er regionale indicatieorganen ingericht (de RIO's). In 2006 zijn deze opgegaan in de landelijke organisatie CIZ. Het gevolg van dit beleid is dat de wijkverpleegkundige en haar team wordt voorgeschreven wat te doen in plaats van te kijken wat echt nodig is. Thuiszorgorganisaties raakten meer en meer geïnteresseerd in het zo efficiënt mogelijk organiseren van hun productie. 'Hoe kunnen we onze professionals zo efficiënt, lees: goedkoop, mogelijk inzetten, zodat we niet in de rode cijfers belanden?' Wijkverpleging is daarmee verworden tot een 'uurtje factuurtje fabriek' met vooral aandacht is voor prijs en productie. De werkelijke toegevoegde waarde van de wijkverpleging en de wijkverpleegkundige is hierdoor uit het oog geraakt.

Hoewel deze ontwikkeling tot op zekere hoogte begrijpelijk is, is de afgelopen jaren het inzicht ontstaan dat de onevenredige nadruk op prijs en productie op alle fronten nadelig is. Sterker, het leidt tot zowel slechtere als duurdere zorg. **Slechter** omdat hierdoor niet meer de cliënt en dat wat er nodig is centraal staat, maar het product waarvoor men is geïndiceerd. En **duurder** omdat deze prikkel leidt tot de wens om de maximale productie te draaien tegen de maximale prijs. Dit leidt tot overnemen van de zorg en niet tot het in hun eigen kracht te zetten van mensen waardoor ze zo snel en zoveel mogelijk zelfstandig zijn (en dus minder zorg consumeren).

Het gevolg van deze manier van organiseren is dat cliënten die langdurig zorg nodig hebben een wirwar aan mensen over de vloer krijgen die elk hun taak doen en er baat bij hebben om dit zolang mogelijk te blijven doen. Verder krijgen zij datgene wat voorgeschreven is en niet wat echt nodig is. De werkers in de wijkverpleging en met name wijkverpleegkundigen voelen zich verworden tot een productieslaaf. Dit demotiveert. En dat terwijl er steeds meer bewijs is dat deze manier van werken juist leidt tot minder efficiëntie en doelmatigheid.

## *Maar niet uit het hart*

De wijkverpleging is mogelijk uit het oog geraakt maar niet uit het hart. De afgelopen jaren is er een duidelijke roep om verandering. Cliëntenorganisaties, de beroepsgroep en de organisaties waar wijkverpleegkundigen werken, jagen dit verlangen aan. Primair is dit de roep om de 'oude wijkzuster'. Dat blijkt nog steeds een sterk merk. Toch gaan de noodzakelijke veranderingen verder dan de wijkverpleegkundige zelf. Misschien wel met behoud van de waarden van de oude wijkverpleegkundige, maar op een moderne leest geschoeid. De veranderingen hebben ook betrekking op de cliënt, de organisatie, de zorgopleidingen, de financiers en de overheid. Willen we echt stappen maken dan dienen we de veranderingen, dienen -in deze breedte in te zetten.

## **Moderne wijkverpleging**

Waarom zitten we eigenlijk op een moderne wijkverpleging te wachten? Al langer is er sprake van een stijgende groei in vraag naar gezondheidszorg, een gevolg van de vergrijzing en betere mogelijkheden voor behandeling. De vraag naar zorg groeit zelfs exponentieel. De beheersbaarheid van deze groeiende vraag wordt in toenemende mate prangend. De wijkverpleegkundige kan daarin een belangrijke bijdrage leveren. Zij en haar wijkteam zijn er op gericht om mensen in hun kracht te zetten, door allerlei hulpbronnen te mobiliseren waaronder het informele netwerk van cliënten. Hierdoor hoeven burgers minder snel gebruik te maken van dure tweedelijns zorg zoals het ziekenhuis of verpleeghuis.

Daarnaast moeten we ernstig rekening houden met stagnatie in de groei van welvaart en daling van de omvang van de nationale reserves. De recente banken- en kredietcrisis en de huidige landencrisis zorgen voor een sterke rem op de economische groei. De verwachting is dat Nederland inteert op vermogens en spaartegoeden, waaronder de pensioenen. Beide ontwikkelingen leiden tot indringende betaalbaarheids- en solidariteitsvraagstukken binnen de collectief gefinancierde zorgsector. Toch hebben mensen zorg nodig. Niet alleen **meer**, maar ook **andere** zorg. Meer mensen willen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven. Mede door allerlei technologische vernieuwingen kan dat ook. Daarbij moeten we bedenken dat de toekomstige cliënten, ongeacht de huidige crisis, over steeds meer eigen middelen beschikken. Deze ontwikkelingen vragen om vernieuwingen aan de kant van de zorgaanbieders.

Wat minstens zo belangrijk is, is de paradigmashift die door de RVZ in 2010 is verwoord als 'van ZZ naar GG': van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag (RVZ, 2010). Enerzijds moet de zorg naar voren worden geschoven: niet wachten tot het te laat is, maar al veel eerder signaleren, en interveniëren. Anderzijds komt er een grotere verantwoordelijkheid bij de cliënt / burger te liggen als het gaat om zijn eigen gezondheid. Voor iedereen is duidelijk dat er met deze aanpak veel winst valt te behalen, maar hoe dit allemaal in werking gezet kan worden is nog onduidelijk. Dat hierbij een belangrijke rol voor de wijkverpleegkundige is weggelegd, gezien haar positie en competentieprofiel, staat als een paal boven water.

Een eerste conclusie op basis van bovenstaande is dat er niet alleen behoefte komt aan **meer** professionals om aan de groeiende behoefte te kunnen voorzien, maar zeker ook aan **andere** professionals. Breed inzetbare generalisten die niet alleen in staat zijn zelf direct zorg, ondersteuning en begeleiding te bieden, maar die ook in staat zijn het geheel te overzien en coördinerend kunnen optreden op de domeinen zorg, wonen en welzijn. Professionals die, meer dan voorheen, het van zz- naar gg-denken in hun genen hebben. Generalisten die erop uit zijn om mensen zo snel als mogelijk weer in hun eigen kracht te krijgen en in staat zijn om vanuit dat uitgangspunt met cliënten om te gaan. Dat betekent een hoogopgeleide professional die niet



meer alleen vanuit de eigen professie redeneert en handelt, maar dat in samenhang met cliënten en andere professionals doet. Deze behoefte beperkt zich overigens niet tot Nederland, maar wordt globaal onderkend (Frenk, 2010). We kunnen constateren dat we maatschappelijk echt op de moderne wijkverpleging en wijkverpleegkundigen zitten te wachten.

De vraag is wel in hoeverre de huidige opleidingen in staat zijn om zowel kwantitatief als kwalitatief voldoende mensen hiervoor op te leiden. Moderne wijkverpleging betekent dat het vak (weer) 'in de volle breedte' moet worden uitgeoefend. Iets dat sommigen in de praktijk wellicht verleerd zijn, en dat helaas in de huidige opleidingen ook zijn weerslag heeft gehad. 'In de volle breedte' betekent echter nog meer: dat houdt ook in het 'van zz naar gg' werken, hetgeen competenties vraagt die nog onvoldoende in de initiële opleidingen aan de orde komen. Op dit moment wordt door de beroepsvereniging het competentieprofiel van de wijkverpleegkundige geactualiseerd. Hierin krijgen bovenstaande aspecten zeker een plaats. Het zou goed zijn als de huidige opleidingen hier nu al op anticiperen.

### **Zelfsturende teams**

Het is duidelijk: de wijkverpleegkundige van de toekomst is een andere dan die van nu. Inmiddels zijn er vele initiatieven zoals Buurtzorg en Zichtbare Schakel. De wijkverpleegkundigen hebben daar het gevoel hun beroep weer te hebben teruggekregen en nog wel in een modern jasje. De thuiszorgorganisaties anticiperen op deze beweging door het werk anders te organiseren. Zij maken de omslag van centraal en grootschalig te gaan naar decentrale, zelfsturende teams. Iedere organisatie zoekt hierin haar eigen weg, er is geen blauwdruk die daarbij behulpzaam is. Alleen de richting. En dat is die van herstel van de professionele vrijheid van de wijkverpleegkundige. Die weg is landelijk ingeslagen, er is geen weg meer terug.

### **Meerwaarde**

Zoals aangekondigd, er is nog een hoop te doen de komende twee jaar. Allereerst moet er acuut een einde moet komen aan het product prijs denken. Dat kan alleen door de wijkverpleging weer in een beschikbaarheidsfunctie te krijgen. Dat betekent dat er, anticiperend op de gevolgen van de modernisering van de AWBZ, op een geheel andere manier wordt nagedacht over de inzet en meerwaarde van de wijkverpleegkundige. Of wijkverpleging de komende jaren vooral richting ZVW of WMO zal gaan is op dit moment nog niet duidelijk. Wat wel duidelijk is, is dat de komende, andere financiers helderheid zullen vragen over de meerwaarde van de wijkverpleging. Helderheid over 'wat zij inkopen' en 'wat zij daarvoor terugkrijgen'. En op dat gebied is nog veel werk te verzetten. Om te beginnen moeten we ons inzetten om van geloof naar bewijs te gaan. Het begin is er inmiddels: zeer recent verscheen een onderzoeksrapport van BMC (2011) waarin duidelijk werd dat de kosten van de wijkverpleegkundige zich binnen een jaar terugverdienen. Dat terugverdienen gebeurt echter op diverse gebieden wat logisch is gezien het hierboven genoemde 'uitvoeren in de volle breedte'. Daar kan bij de bekostiging gebruik van worden gemaakt en dit zal ook moeten gebeuren.

Verder wordt door de V&VN en de NPCF in elf pilots onderzocht wat de waarde voor cliënten en medewerkers is als wijkverpleging doet wat nodig is, in plaats van het strikt werken vanuit de indicatie. Eén van de randvoorwaarden is dat wijkverpleegkundigen blijven werken binnen de kaders van het regiobudget. De eerste resultaten zijn bemoedigend. Duidelijk is in ieder geval dat de wijkverpleegkundige (veel) meer oplevert dan zij kost. Gesprekken over de inzet ervan zouden dan ook niet zozeer over de kosten moeten gaan, maar vooral over de opbrengsten.

## Functie en functionaris

Verder is het van belang zijn om onderscheid te maken tussen wijkverpleging (als functie) en de wijkverpleegkundige (als functionaris). Analooq aan de huisartsen: verzekeraars kopen geen huisartsen, maar huisartsenzorg in. Huisartsenzorg is méér dan hetgeen de huisarts doet, maar kan níet zonder huisarts. Hetzelfde zal van belang zijn bij de wijkverpleging: dat is méér dan dat wat de wijkverpleegkundige doet, maar deze is hierbij wel cruciaal. Het zal duidelijk zijn dat de belangen van wijkverpleegkundigen en die van de werkgevers op dit thema feitelijk overeenkomen. Werkgevers hebben er alle belang bij om de wijkverpleging als functie te herstellen en de verdergaande professionalisering van wijkverpleegkundigen daar waar mogelijk te ondersteunen. Ook de verzekeraars en gemeenten hebben een belang. Verzekeraars gaan in 2013 de AWBZ uitvoeren en gemeenten krijgen grote delen van de AWBZ overgeheveld naar de WMO. Zij zullen meer dan ooit behoefte hebben aan 'slimme arrangeurs' die dicht in de leefomgeving van hun burgers en verzekerden werken. Juist wijkverpleegkundigen zijn in staat om, samen met cliënten, samenhangende en effectieve arrangementen te organiseren gebruikmakend van de collectieve financieringskaders zoals die van de WMO, AWBZ en Zvw en private middelen zoals bijvoorbeeld eigen bijdragen.

Om dit te bereiken zullen werkgevers, verzekeraars, gemeenten en de beroepsgroep de rijen moeten sluiten en de komende twee jaar hard moeten werken om transparant te maken wat deze functie zoal omvat: de werkwijze(n), de diagnosestelling, de gevolgde methodiek, de mogelijke opties en de richtlijnen en protocollen van het verpleegkundig handelen. Aantoonbaar, onderbouwd en goed vindbaar. Hiermee komen we weg uit het wantrouwen en de neiging om vanuit beheersdrang het werk van de wijkverpleging voor te schrijven. En daar ligt een grote opdracht voor de beroepsvereniging. Samen met de genoemde belanghebbenden moeten zij op korte termijn een plan van aanpak maken. Wij zien daarin ook een rol van de centrale overheid; gezien het grote en algemene belang kunnen zij de beroepsvereniging in staat stellen dit uit te voeren.

Want,  
als we nu weten wat die wijkverpleegkundige kost en opbrengt,  
als we van zz naar gg willen,  
als we weten dat een goede eerste lijn met adequate wijkverpleging mensen uit het ziekenhuis of verpleeghuis weghoudt,  
als we weten dat er steeds meer behoefte komt aan iemand die zowel nabijheid als overzicht biedt,  
als we weten dat **dat** is wat burgers en cliënten willen,  
als we weten dat **dat** nu juist is wat de wijkverpleging biedt,  
dan zou het toch zeer vreemd zijn als daar niet zwaar op wordt ingezet!

Teruggaan naar vroeger is weinig zinvol, en kan ook niet meer. Vooruitgaan wel, liefst op de bovenbeschreven manier. Want wat de wijkverpleegkundige betreft is de geest echt uit de fles!

## Bronnen

Meer, van der, E.H. (2011). *Businesscase De Wijkzuster terug in West-Brabant: worden we er beter van?* Amersfoort: BMC. [www.bmc.nl](http://www.bmc.nl)

Frenk, J., Chen, L. Bhutta, Z. & et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. In: *Lancet 2010*, 376, 9756, p. 1923-1958.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: RVZ.

## Eerdere uitgaven van Rotterdam University Press:



### **Pedagogiek als tweede natuur**

Auteur: Piet Boekhoud

ISBN: 9789051797633

Verschijningsdatum: september 2011

Aantal pagina's: 57

Prijs: € 14,95



### **Maatschappij en vastgoed bevrijd uit de Gordiaanse knoop**

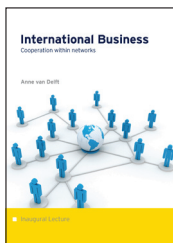
Auteur: Arnoud Vlak

ISBN: 9789051797602

Verschijningsdatum: september 2011

Aantal pagina's: 47

Prijs: € 14,95



### **International Business**

Cooperation within networks

Auteur: Anne van Delft

ISBN: 9789051798104

Verschijningsdatum: juni 2011

Aantal pagina's: 35

Prijs: € 14,95



### **Culturele Diversiteit**

Kunst, creativiteit en ondernemerschap in Rotterdam

Auteur: Hugo Bongers

ISBN: 9789051797565

Verschijningsdatum: juni 2011

Aantal pagina's: 35

Prijs: € 14,95



### **Inspiratiebundel 2**

Gesprekken met docent-onderzoekers

Onder redactie van: Sandra Storm-Spuijbroek en Daphne Hijzen

ISBN: 9789051797527

Verschijningsdatum: maart 2011

Aantal pagina's: 88

Prijs: € 12,50



## Taalonderwijs; een kwestie van ontkavelen

Openbare Les in Duplo

Auteurs: Amos van Gelderen en Erik van Schooten

ISBN: 9789051797626

Verschijningsdatum: maart 2011

Aantal pagina's: 66

Prijs: € 14,95



## Logische Verbindingen

Logistiek als verbindende factor in de Rotterdamse haven, zorg en bouw

Auteur: Frits Blessing

ISBN: 9789051797404

Verschijningsdatum: november 2010

Aantal pagina's: 52

Prijs: € 14,95



## Rotterdam Carrièrestad

Een nieuw model voor een dynamische arbeidsmarkt

Auteur: Peter Ester

ISBN: 9789051797312

Verschijningsdatum: september 2010

Aantal pagina's: 35

Prijs: € 14,95



## Iedereen leeft hier

Een pleidooi voor zelforganisatie bij gebiedsontwikkeling

Auteur: Kees Machielse

ISBN: 9789051797305

Verschijningsdatum: juni 2010

Aantal pagina's: 35

Prijs: € 14,95



## Inspiratiebundel

Acht gesprekken met lectoren over kenniscreatie en kenniscirculatie

Onder redactie van: Josephine Lappia en Jittie Brandsma

ISBN: 9789051797152

Verschijningsdatum: april 2010

Aantal pagina's: 44

Prijs: € 12,50

Exemplaren zijn bestelbaar via: [hogeschoolrotterdam.nl/publicaties](http://hogeschoolrotterdam.nl/publicaties)



## Werk maken van wijkzorg

**De wijk staat in de belangstelling. De wijk wordt meer en meer beschouwd als aangrijpingspunt van verbeteringen op het gebied van zorg, veiligheid en welzijn. Op zich is dat begrijpelijk, aangezien wijken fors van elkaar verschillen als het gaat om gezondheid, cultuur, sociale cohesie en sociaal-economische gezondheidsverschillen. Door uit te gaan van de specifieke behoefte(n) in de wijk, kan het aanbod daar specifiek op worden gericht. In deze openbare les gaat Henk Rosendal in op de behoefte aan zorg in de wijk en op welke wijze daaraan vorm kan worden gegeven.**

In de ogen van de auteur is de wijkverpleegkundige hierbij een centrale speler. Maar niet zonder meer. Want het is de vraag of deze wijkverpleegkundige hiervoor wel de juiste competenties bezit. Een ander punt van zorg is het lage aantal van deze professionals. Om echt werk te maken van de wijk wordt in deze openbare les geopteerd voor een brede aanpak, waarbij de volgende punten centraal staan: zorgen voor meer wijkverpleegkundigen en zorgen voor andere accenten in het professionele handelen. Dit laatste zal meer moeten worden gericht op preventie, zelfmanagement, de mantelzorg en de inzet van technologie. De opleidingen spelen hierbij een cruciale rol. Aangezien de wijk niet het exclusieve domein is van de wijkverpleegkundige kan het werk maken van de wijk alleen maar slagen als er in de eerstelijns door alle professionals intensief wordt samengewerkt en als de betrokken financiers (zorgverzekeraars en gemeenten) bereid zijn om de functie wijkverpleging gezamenlijk te bekostigen.

### **Lectoraat Wijkzorg**

Met het lectoraat Wijkzorg - dat mede mogelijk wordt gemaakt door de Stichting Thuiszorg Rotterdam - wil lector Henk Rosendal bijdragen aan de onderbouwing van wijkzorg en nieuwe concepten op dit gebied helpen ontwikkelen en doorvoeren. Het lectoraat is ingebed in het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam, waarbij intensief wordt samengewerkt met andere lectoren op het thema Samenhang in Zorg.

ISBN 978 90 5179 901 9



9 789051 799019