

Tilburg University

De wijkverpleegkundige in 's-Hertogenbosch

Rademakers, M.F.L.; Luijkx, K.G.; Vrijhoef, H.J.M.

Publication date:
2013

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Rademakers, M. F. L., Luijkx, K. G., & Vrijhoef, H. J. M. (2013). *De wijkverpleegkundige in 's-Hertogenbosch: Vergelijkend onderzoek naar twee werkwijzen van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel'*. Tranzo, Tilburg University.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



De wijkverpleegkundige in 's-Hertogenbosch

Vergelijkend onderzoek naar twee werkwijzen
van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel'

Drs. Marja Rademaker
Dr. Katrien Luijkx
Prof. dr. Bert Vrijhoef

Maart 2013

Bron: de Nationale Beeldbank / fotograaf: Ton Borsboom

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door:



ZonMw



Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Motie Hamer	11
1.2 Zichtbare schakel programma	11
1.3 Waarde wijkverpleegkundigen binnen de eerste lijn	12
1.4 Zichtbare schakel in de gemeente 's-Hertogenbosch en onderzoek	13
2. Onderzoeksmethoden	15
2.1 Onderzoeksmethoden doelstelling 1	16
2.2 Onderzoeksmethoden doelstelling 2	17
2.3 Onderzoeksmethoden doelstelling 3	19
2.4 Onderzoeksmethoden doelstelling 4	20
2.5 Terugkoppeling resultaten	21
3. RESULTATEN	23
3.1 Positionering en werkwijze Zichtbare schakel wijkverpleegkundige	23
3.1.1 Positionering wijkverpleegkundige binnen Vivent	23
3.1.2 Positionering wijkverpleegkundige Vivent in de wijk 's-Hertogenbosch Noord	25
3.1.3 Werkwijze van de wijkverpleegkundige bij Vivent	26
3.1.4 Positionering van de wijkverpleegkundige binnen IVT/BrabantZorg	28
3.1.5 Positionering van de wijkverpleegkundige IVT/BrabantZorg in 's-Hertogenbosch West	30
3.1.6 Werkwijze van de wijkverpleegkundige bij IVT/BrabantZorg	31
3.1.7 Samenvatting positionering en taken	35
3.2. Sterke en zwakke punten van beide werkwijzen	37
3.2.1 Sterke en zwakke punten werkwijze Vivent vanuit cliënten en intern perspectief	37
3.2.2 Sterke punten en zwakke punten werkwijze Vivent vanuit extern perspectief	40
3.2.3 Sterke en zwakke punten werkwijze IVT/BrabantZorg vanuit cliënten en intern perspectief	41
3.2.4 Sterke punten en zwakke punten werkwijze IVT/BrabantZorg vanuit extern perspectief	46
3.2.5 Perspectief van de gemeente en het zorgkantoor	47
3.2.6 Samenvatting sterke en zwakke punten	49

3.3	Bereikte resultaten wijkverpleegkundige	51
3.3.1	Bereik cliënten.....	51
3.3.2	Cliëntcontact en hulpvraag	53
3.3.3	Doorverwijzingen wijkverpleegkundige.....	57
3.3.4	Begrote exploitatiekosten Zichtbare schakel project	59
3.3.5	Uitkomsten ingezette activiteiten wijkverpleegkundige	60
3.3.6	Samenvatting bereik cliënten, ingezette activiteiten en resultaten.....	61
3.4	Over- en afwegingen gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor voor financiering Zichtbare schakel projecten	63
3.4.1	Samenvatting over- en afwegingen financiering Zichtbare schakel project	64
4.	Discussie	67
4.1	Verschillen tussen Vivent en IVT/BrabantZorg	67
4.1.1	Taken wijkverpleegkundigen.....	67
4.1.2	Sterke en zwakke punten.....	68
4.1.3	Bereik cliënten en resultaten.....	69
4.1.4	Financiering Zichtbare schakel projecten na 2012	70
4.1.5	Conclusies.....	70
4.2	Reflectie op onderzoeksdesign	71
4.2.1	Selectie van respondenten	71
4.2.2	Dataverzameling	72
4.2.3	Data-analyse	73
4.2.4	Extern gebruik onderzoeksresultaten	73
4.3	Reflectie en aanbevelingen	74
4.3.1	Keuze voor een organisatiemodel.....	74
4.3.2	Relevante stakeholders	75
4.3.3	Monitoren en evalueren.....	75
5.	Bronnen.....	77

Voorwoord

Voorliggend onderzoeksrapport brengt twee verschillende werkwijzen van de wijkverpleegkundigen in de Zichtbare schakel projecten in 's-Hertogenbosch in kaart, zoals die zijn ontwikkeld in de pilotfase van het landelijke ZonMw programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'.

De aanleiding voor dit onderzoek is de discussie tussen thuiszorgorganisaties, gemeente en zorgkantoor over de financiering en de borging van de Zichtbare schakel projecten in de gemeente 's-Hertogenbosch na 2012. De opdrachtgever van dit onderzoek is ZonMw (subsidienr 206060001).

De onderzoeksresultaten dienen als input voor de besluitvorming over de wijze waarop Zichtbare schakel-wijkverpleegkundigen in de gemeente 's-Hertogenbosch kunnen worden ingezet na afloop van de pilotfase. Daarnaast beoogt dit onderzoek een bijdrage te leveren aan het wetenschappelijk onderzoek naar de implementatie van Zichtbare schakel-wijkverpleegkundigen in de dagelijkse praktijk.

Via deze weg bedanken wij de wijkverpleegkundigen uit de Zichtbare schakel projecten van Vivent en IVT/BrabantZorg die ons geholpen hebben met het selecteren van respondenten voor het onderzoek en het verzamelen van onderzoeksdata. Daarnaast bedanken wij de directie en leidinggevenden van beide thuiszorgorganisaties voor hun waardevolle bijdragen aan dit onderzoek. Tenslotte bedanken wij de gemeente 's-Hertogenbosch, het zorgkantoor, de samenwerkingspartners van de wijkverpleegkundigen en de cliënten voor hun actieve medewerking aan dit onderzoek.

Tilburg,
Maart 2013

Marja Rademaker
Katrien Luijkx
Bert Vrijhoef

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Samenvatting

Door de inzet van wijkverpleegkundigen in het Zichtbare schakel project wordt beoogd een integraal aanbod van wonen, zorg en welzijn te bieden aan kwetsbare groepen in Nederland. Binnen de gemeente 's-Hertogenbosch zijn twee van dergelijke Zichtbare schakel projecten ontwikkeld. Ter ondersteuning van de besluitvorming over de inzet van wijkverpleegkundigen na de pilotfase is dit onderzoek verricht.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een mixed methods onderzoeksdesign. Om beide projecten in kaart te brengen, is gebruik gemaakt van interviews met interne en externe betrokkenen bij de projecten. Daarnaast is het perspectief van financiers onderzocht. Om het bereik van cliënten, de ingezette activiteiten, en de bereikte resultaten inzichtelijk te maken, zijn kwantitatieve en kwalitatieve data geanalyseerd.

Vivent geeft in 's-Hertogenbosch Noord invulling aan het Zichtbare schakel project door de wijkverpleegkundigen onderdeel te laten maken van een thuiszorgteam. De wijkverpleegkundigen worden deels ingezet voor reguliere thuiszorgtaken en deels ingezet voor 'Zichtbare schakel' taken. IVT Thuiszorg en BrabantZorg geven gezamenlijk invulling aan het project door de wijkverpleegkundigen los te positioneren van de eigen organisaties. De wijkverpleegkundigen zijn apart gesitueerd in de wijk en maken geen deel uit van een thuiszorgteam, er worden enkel taken voor het Zichtbare schakel project uitgevoerd.

De kenmerken van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen van beide organisaties en de doelgroepen die bereikt worden verschillen. De hulpverlening van de wijkverpleegkundigen van Vivent laat zich kenmerken zich door kortdurende hulpverlening binnen het domein zorg. In de samenwerking met andere organisaties/hulpverleners wordt de verbinding gelegd met de domeinen wonen en welzijn. De werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg kenmerken zich door langere hulpverlening waarin een verscheidenheid aan activiteiten wordt ingezet die liggen op de domeinen zorg, welzijn en wonen. Daarnaast bereiken de wijkverpleegkundigen van Vivent vooral de doelgroepen ouderen en chronisch zieken. De wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg bereiken naast de doelgroepen ouderen en chronisch zieken, ook de mensen met multiple problemen en mensen met psychiatrische problematiek. De tijd en ruimte die de wijkverpleegkundigen hebben door het enkel uitvoeren van Zichtbare schakel taken, wordt naast de persoonlijke affiniteit van de wijkverpleegkundigen benoemd als een belangrijke reden voor het bereiken van de mensen met multiple problemen.

Beide werkwijzen van de wijkverpleegkundigen hebben sterkere en zwakkere punten, die vanuit verschillende perspectieven kunnen worden bekeken. De wijkverpleegkundigen van Vivent hebben binding met de thuiszorgteams van de eigen organisatie waardoor collega's uit het team kunnen leren en profiteren van de kennis en de samenwerkingsverbanden van de wijkverpleegkundigen. Daarnaast fungeert de wijkverpleegkundige als een duidelijke link tussen netwerkpartners en de thuiszorg. Aandachtspunten bij deze werkwijze zijn de tijdsplanning van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige en de afhankelijkheid van de wijkverpleegkundige ten aanzien van de organisatie. De wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg hebben daarentegen de tijd en ruimte om een vertrouwensband met de cliënt op te bouwen alvorens activiteiten in te zetten, wat van belang is in het bereiken van de mensen met multiple problemen. Daarnaast kunnen de wijkverpleegkundigen onafhankelijk van de organisatie kijken wat er nodig is in een cliëntsituatie. Aandachtspunten bij deze

werkwijze zijn de mindere binding met de thuiszorgteams van de eigen organisaties, waardoor er minder sprake is van een leereffect, en de afbakening van de werkzaamheden vanwege de brede werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen.

In de karakteristieken van de hulpverlening van de wijkverpleegkundigen van de verschillende organisaties worden verschillende resultaten gevonden in de doorverwijzende personen/hulpverleners en het aantal ingezette activiteiten. De meeste (probleem)signalen bij de wijkverpleegkundigen van Vivent komen vanuit de huisartsen, de thuiszorg en de wijkverpleegkundigen zelf. De wijkverpleegkundige zet daarna enkele activiteiten in waaronder het inventariseren van problematiek, voorlichting en advies en het bieden van praktische ondersteuning. Bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg komen de (probleem)signalen veelal vanuit buurtbewoners, mantelzorgers en de cliënt zelf. Door de wijkverpleegkundige wordt vervolgens een reeks aan verschillende activiteiten ingezet, zoals het bieden van praktische ondersteuning, het toeleiden naar juiste hulpverlening en het afstemmen van de zorgverlening. Bij beide organisaties ligt de problematiek van de cliënt veelal op het gebied van gezondheid en ziekte, zelfredzaamheid en participatie. Door de inzet van de verschillende activiteiten helpt de wijkverpleegkundige de regie over het eigen leven van de cliënt te verbeteren. Daarnaast zorgen de wijkverpleegkundigen van beide organisaties voor een betere afstemming tussen hulpverleners.

De manier waarop uitvoering wordt gegeven aan het Zichtbare schakel project is afhankelijk van verschillende factoren op diverse niveaus. Op organisatieniveau is de historische context waaruit de visie en beleid van de organisatie naar zijn ontstaan van invloed en is de omvang van de organisatie van invloed op onder andere de financiële middelen. Op wijkniveau zijn de al bestaande samenwerkingsverbanden met andere organisaties en hulpverleners binnen de wijk van belang. De heersende opvatting hierbij is dat om een project als de Zichtbare schakel succesvol uit te voeren, moet worden aangesloten bij de wensen en bestaande werkwijzen van andere hulpverleners in de wijk. Op individueel niveau wordt door wijkverpleegkundige op individuele wijze invulling gegeven aan de wijkverpleegkundige functie. Hierbij spelen persoonlijke affiniteit en competenties van de wijkverpleegkundige een belangrijke rol.

Geconstateerd is dat de behoefte en/of de vraag van de cliënt in beide organisaties niet als primaire factor genoemd wordt waarmee bij de start van het project rekening is gehouden. In de discussie betreffende de voortzetting en financiering van de Zichtbare schakel projecten moet vanuit de gewenste samenwerkingsgedachte ernaar gestreefd worden om met alle betrokken stakeholders op gemeente- en wijkniveau tot een gedeelde visie te komen. Hierbij wordt de cliënt idealiter als uitgangspunt genomen. Voor een gedegen afweging van de positionering en inzet van de wijkverpleegkundigen is het nodig om op gestandaardiseerde wijze data te verzamelen over de cliëntbehoefte en de input, throughput en output van de inzet van de wijkverpleegkundigen en de ingezette activiteiten. Daarnaast zal de bijdrage van de wijkverpleegkundige op de diverse domeinen gemeten moeten worden. Sterk leiderschap is noodzakelijk om de verschillende belangen bij elkaar te brengen ten behoeve van een goede afstemming en samenwerking op wijkniveau, waarbij wijkverpleegkundigen een rol van betekenis hebben.

Op basis van dit onderzoek zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. bij de besluitvorming over de toekomstige positionering en het takenpakket van de wijkverpleegkundige verdient het cliëntenperspectief nadrukkelijk aandacht;
2. vanuit de gewenste integrale aanpak dienen alle betrokken stakeholders op gemeente- en wijkniveau tot een gedeelde visievorming te komen;
3. voor een gedegen afweging van de positionering en de inzet van wijkverpleegkundigen is het nodig om op gestandaardiseerde wijze data te verzamelen over: de cliëntbehoeften waar de wijkverpleegkundige een aanbod voor biedt; de input, throughput, en output van wijkverpleegkundigen en andere interventies ter bepaling in hoeverre de geconstateerde variatie onwenselijk is en hoe deze kan worden voorkomen;
4. het evalueren van de wijkverpleegkundige dient onderdeel te zijn van een georganiseerd beleid voor kwaliteitsverbetering van zorg op wijkniveau;
5. nader onderzoek wordt aanbevolen om a. de relatie tussen input, throughput en output van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen en b. de (meer)waarde vanuit economisch en maatschappelijk perspectief vast te stellen.

1. Inleiding

1.1 Motie Hamer

Vanwege de relatief grote gezondheidsverschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen in Nederland is in september 2008 door de Tweede Kamer de motie Hamer aangenomen. Deze motie heeft mede tot doel om het aantal wijkverpleegkundigen uit te breiden, te beginnen in 40 zogenoemde aandachtswijken. Daarnaast bestaat het beeld dat er zich veel verschillende organisaties bevinden op het terrein van wonen, zorg en welzijn, maar dat de samenwerking tussen deze terreinen nog niet optimaal is. Door deze versnippering van zorg hebben veel cliënten moeite om zelf hun weg te vinden binnen de zorg. Ook hierop tracht de motie Hamer een antwoord te bieden (Ministerie VWS, 2008).

De motie Hamer is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Ministerie van BZK (Binnenlandse zaken en koningsrelaties) door ZonMw uitgewerkt in een programma met de titel 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.'

1.2 Zichtbare schakel programma

Het algemene doel van het Zichtbare schakel programma is het realiseren van een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn. Dit doel moet bereikt worden door aantoonbaar meer wijkverpleegkundigen (n=250) in de wijk actief te laten zijn (Ministerie VWS, 2008). De Zichtbare schakel wijkverpleegkundige heeft naast geïndiceerde zorgtaken, ook regisserende en coördinerende taken. De wijkverpleegkundige is zichtbaar in de wijk en speelt een rol in de samenwerking met andere lokale instanties op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Voor de kwetsbare burgers betekent dit, naar verwachting, dat er een betere afstemming is van de dienstverlening, een duidelijk loket waar de (zorg)vraag gesteld kan worden, de doorverwijzing van de juiste instanties direct geregeld wordt en de toegankelijkheid om hulp te vragen laagdrempelig wordt. Hiermee wordt beoogd de eigen regie van de kwetsbare burgers te vergroten (ZonMw, 2009).

De doelstellingen voor het programma zijn afgeleid uit de doelen en resultaten zoals in de motie Hamer beschreven. Deze luiden:

- 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;
- het leveren van een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven en de autonomie van met name kwetsbare burgers (ZonMw, 2009).

Met dit programma wordt uiteindelijk getracht te zorgen dat de woon, zorg- en dienstverlening in de wijk niet los komen te staan van elkaar, maar op elkaar aansluiten, passend bij de behoefte van de kwetsbare burger (Ministerie VWS, 2008). De wijkverpleegkundige is de persoon die vertrouwen op kan bouwen met de cliënt. Binnen de vertrouwensrelatie kan de wijkverpleegkundige zorg bieden die

aansluit bij de wensen van de cliënt en legt hierin de verbindingen met andere domeinen als gezin, wonen, welzijn, werk, school en vrije tijd (ZonMw, 2009).

In het voorjaar van 2011 waren er ongeveer 350 wijkverpleegkundigen werkzaam binnen 95 Zichtbare schakel projecten verspreid over 50 gemeenten. In de eerste helft van 2011 zijn er met deze projecten meer dan 9000 cliënten bereikt (ZonMw, 2011).

1.3 Waarde wijkverpleegkundigen binnen de eerste lijn

De eerstelijnszorg neemt een steeds belangrijkere plek in binnen de gezondheidszorg in Nederland. Vanwege de stijgende kosten van de gezondheidszorg en de dure tweedelijnszorg, wil de overheid kosten besparen door een grotere rol toe te bedelen aan de eerste lijn (Rijksoverheid, 2012). De wijkverpleegkundige neemt een belangrijke rol in binnen deze eerste lijn, echter om de stijgende kosten omlaag te brengen, wordt de wijkverpleegkundige door goedkoper en lager geschoold personeel vervangen (Nouws, 2010).

Onderzoek van Nouws (2010) toont dat de wijkverpleegkundige een belangrijke rol heeft in het regisseren van het zorgproces van de cliënt en het waarborgen van de continuïteit van zorg. Daarbij werkt de wijkverpleegkundige vanuit een breed takenpakket; niet alleen is de wijkverpleegkundige regisseur over het zorgproces, ze levert ook daadwerkelijk zelf de zorg, waardoor het aantal verschillende gezichten bij de cliënt verminderd wordt. De wijkverpleegkundige is voor de cliënt een belangrijke steunpilaar in het zorgproces, waardoor een vertrouwensband wordt opgebouwd. Vanuit deze vertrouwensband kan de wijkverpleegkundige de cliënt in zijn gehele context beschouwen, waarbij verbindingen en afstemming wordt gezocht met andere hulpverleners binnen de gezondheidszorg (Nouws, 2010).

Recent heeft BMC in opdracht van ZonMw landelijk onderzoek gedaan naar de kosten en baten van de Zichtbare schakel programma's, dit onderzoek toont dat de 'Zichtbare schakel' wijkverpleegkundige bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven voor cliënten. De verbeteringen liggen hierbij voornamelijk op het psychische en sociale terrein. Daarnaast zou er met een jaar werken van de wijkverpleegkundige gemiddeld 1,89 meer gezonde levensjaren voor cliënten gewonnen kunnen worden (Van der Meer & Postma, 2012).

Naast verbetering in de kwaliteit van leven van cliënten levert de inzet van de wijkverpleegkundige bij de twee onderzochte projecten ook financiële besparingen op. Jaarlijks zou er door de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige gemiddeld €18.000 euro bespaard kunnen worden op zorgkosten. Deze besparingen worden voornamelijk bereikt door het voorkomen van zorg in de tweede lijn, zoals opnames in verpleeg- en verzorgingshuizen en/of ziekenhuisopnames. Tweedelijns diensten kunnen worden voorkomen door gebruik te maken van goedkopere dienstverlening in de eerste lijn, vanuit gemeenten of oplossingen binnen de eigen kracht van de cliënt. De grootste besparingen vinden bij deze projecten plaats binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Op de Wet maatschappelijke ondersteuning wordt vrijwel niet bespaard (Van der Meer & Postma, 2012).

De effecten van de wijkverpleegkundige lijken vooral te kunnen worden toegeschreven aan drie factoren: 1.) de vrije regelruimte die de wijkverpleegkundigen hebben, 2.) het onafhankelijk kunnen optreden en 3.) het kunnen combineren van meerdere professionele disciplines in één persoon. Op

basis van deze bevindingen wordt door BMC (Van der Meer & Postma, 2012) geadviseerd om in ieder geval deze drie factoren te borgen in de Zichtbare schakel projecten. Daarnaast wordt aanbevolen dat de wijkverpleegkundigen in hun werkzaamheden moeten streven naar korte interventies en een tijdige overdracht naar informele of formele zorg.

1.4 Zichtbare schakel in de gemeente 's-Hertogenbosch en onderzoek

Binnen de gemeente 's-Hertogenbosch worden twee Zichtbare schakel projecten uitgevoerd. In 's-Hertogenbosch West wordt dit project uitgevoerd door thuiszorgorganisaties IVT en BrabantZorg, in 's-Hertogenbosch Noord wordt dit project uitgevoerd door thuiszorgorganisatie Vivent. Beide organisaties geven op eigen wijze invulling aan de functie van de 'Zichtbare schakel' wijkverpleegkundige binnen hun wijk.

Voorafgaand aan het Zichtbare schakel project hebben beide organisaties in de subsidieaanvraag hun verwachtingen uitgesproken t.a.v. de verwachte resultaten aan het eind van het project (eind 2012). De duur van het project is voor beide organisaties verschillend, Vivent is in oktober 2009 gestart met het project, IVT en BrabantZorg zijn in november 2010 begonnen met het project. De benoemde resultaten zijn opgesteld afhankelijk van de duur van het project.

Vivent beschrijft in de subsidie aanvraag voor het Zichtbare schakel project de volgende resultaten te behalen t.a.v. het bereiken van cliënten, en de bereikte uitkomsten van de inzet van de wijkverpleegkundige:

- 200 personen die behoren tot een kwetsbare groep of een chronische ziekte hebben in de wijk Hambaken worden bereikt;
- 200 huishoudens met gezondheidsachterstand die worden bereikt;
- 275 mensen in de wijk Hambaken (cliënten en hun naasten) ervaren een meer naadloze overgang tussen de verschillende vormen van wonen, welzijn en zorg.
- 125 cliënten vinden dat hun eigen regie is versterkt;
- 60% van de huisartsen, praktijkondersteuners, maatschappelijk werkenden en specialisten waarmee wordt samengewerkt is tevreden over de samenwerking en kan de toegevoegde waarde van de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige benoemen (Vivent, 2009).

IVT en BrabantZorg beschrijven in de subsidieaanvraag voor het Zichtbare schakel project de volgende resultaten te behalen t.a.v. het bereiken van cliënten en de uitkomsten van de inzet van de wijkverpleegkundige:

- Van de inwoners van de aandachtswijk 's-Hertogenbosch West die behoren tot een kwetsbare groep of een chronische ziekte hebben, worden er tot en met 2012 minimaal 300 bereikt.
- Het aantal multiple problemen-huishoudens dat wordt bereikt tot en met 2012 is minimaal 40
- Aan het eind van 2012 ervaren minimaal 500 mensen in de wijk (cliënten en hun naasten) een meer naadloze overgang tussen de verschillende vormen van wonen, welzijn en zorg.
- Minimaal 250 inwoners vinden tijdens de duur van het project dat zij zelf meer regie over hun leven voeren na of gedurende de looptijd van het project.
- Minimaal 60% van de huisartsen, praktijkondersteuners, maatschappelijk werkenden en andere partijen/personen waarmee wordt samengewerkt, zijn tevreden over de samenwerking en

kunnen de toegevoegde waarde van de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige benoemen (IVT thuiszorg, 2010).

Na 2012 loopt de financiering van het Zichtbare schakel programma vanuit ZonMw af. Vanuit de landelijke overheid is besloten om de financiering voor de lopende Zichtbare schakel projecten voort te zetten via een decentralisatie-uitkering binnen het gemeentefonds (Ministerie VWS, 2012). In de overleggen tussen de thuiszorgorganisaties, de gemeente en het zorgkantoor over de borging en financiering van de projecten na 2012 is geconstateerd dat beide projecten op verschillende wijze worden georganiseerd. Hierdoor is het voor betrokken partijen wenselijk de organisatiemodellen en werkwijzen van de wijkverpleegkundigen in beide Zichtbare schakel projecten inzichtelijk te maken.

Tegen de achtergrond van de financiering van de Zichtbare schakel projecten na 2012 is voorliggende evaluatie tot stand gekomen. Dit onderzoek beoogt de verschillende organisatiemodellen en werkwijzen van beide Zichtbare schakel programma's in 's-Hertogenbosch te beschrijven en met elkaar te vergelijken, zodat de verkregen inzichten kunnen worden gebruikt bij de overleggen tussen de thuiszorgorganisaties, de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor. Het doel van het onderzoek is derhalve inzicht geven in:

- 1. De wijze waarop de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' in de twee projecten in 's-Hertogenbosch is gepositioneerd, zowel in de wijk als in de organisatie, en de taken die zij in het kader van het project uitvoert. Hierbij worden ook de overwegingen en argumenten voor de gekozen inzet van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' in de twee projecten beschreven;*
- 2. De sterke en zwakke punten van beide wijzen van inzetten van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' vanuit het perspectief van de uitvoerende organisaties, de betrokken wijkverpleegkundigen, (vertegenwoordigers) van de cliënten/buurtbewoners, samenwerkingspartners in de wijken, de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor;*
- 3. De bereikte resultaten van beide projecten in termen van het bereiken van cliënten, de ingezette activiteiten en de uitkomsten;*
- 4. De over- en afwegingen van de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor voor financiering van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' na 2012.*

De hierboven genoemde doelstellingen vormen de leidraad van de resterende onderdelen van dit rapport. De resultaten van dit onderzoek worden aldus aan de hand van de vier doelstellingen beschreven. Per doelstelling zullen de bevindingen voor beide organisaties apart beschreven worden waarna aan het eind van het hoofdstuk een samenvatting per doelstelling wordt gegeven.

In dit rapport worden met 'wijkverpleegkundigen' verwezen naar de wijkverpleegkundigen werkend in de Zichtbare schakel projecten. Wanneer er gesproken wordt over 'reguliere wijkverpleegkundigen' wordt er verwezen naar wijkverpleegkundigen die niet werkzaam zijn in de Zichtbare schakel projecten.

2. Onderzoeksmethoden

Dit onderzoek is een mixed method design, waarbij gebruik wordt gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksfases. Door het gebruik van een mixed method design, worden de sterke punten van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden gecombineerd, waardoor er een completer beeld ontstaat en er sterkere conclusies getrokken kunnen worden dan wanneer er gebruik gemaakt wordt van één onderzoeksmethode (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). De data die voortvloeit uit het gebruik verschillende methoden kan verschillende of nieuwe inzichten bieden, die met het gebruik van één methode niet zouden zijn opgemerkt. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om verschillende perspectieven met meerdere onderzoeksmethoden te controleren.

In de analyse van de resultaten wordt beoogd de verschillen en overeenkomsten tussen de inzet van de wijkverpleegkundigen van beide organisaties op verschillende niveaus te beschrijven; organisatieniveau, wijkniveau, individueel niveau en het cliëntniveau. Deze verschillende dimensies hebben allen invloed op de wijze waarop de wijkverpleegkundige wordt ingezet en invulling geeft aan zijn/haar werkzaamheden binnen het Zichtbare schakel project.

Per doelstelling worden hierna de gebruikte methodieken beschreven (onderzoekspopulatie, dataverzameling, en data-analyse; zie tabel 1)

	Onderzoekspopulatie	Dataverzameling	Data-analyse
DS 1: Positionering en werkwijze	Directie en leidinggevenden van de wijkverpleegkundigen van beide organisaties; Wijkverpleegkundigen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schriftelijke documentatie: <ul style="list-style-type: none"> • Subsidieaanvraag (IVT & Vivent), • Plan van aanpak (IVT & Vivent), • 2 voortgangsverslagen (IVT & Vivent) 2. Vier semigestructureerde interviews <ol style="list-style-type: none"> a. 2 Directie en leidinggevenden b. 2 Wijkverpleegkundigen 3. Observatie door halve dag meelopen Wijkverpleegkundigen (IVT & Vivent) 	<p>Content-analyse van documenten;</p> <p>Analyse van interview transcripten m.b.v. Atlas.ti, co-codering;</p> <p>Observaties werden schriftelijk vastgelegd en gebruikt ter ondersteuning van de interviews.</p>

DS 2: Sterke en zwakke punten	Directie en leidinggevenden Wijkverpleegkundigen*; Wijkverpleegkundigen*; Samenwerkingspartners wijkverpleegkundigen; Gemeente en zorgkantoor; Cliënten wijkverpleegkundigen. <i>*Vervolg interview</i>	1. Schriftelijke documentatie <ul style="list-style-type: none"> • Subsidieaanvraag (IVT & Vivent), • plan van aanpak (IVT en Vivent), • voortgangsverslagen • Beleidsdocument Wijknetwerken VGZ (2012) 2. 20 semigestructureerde interviews (zie tabel 2) 3. Vragenlijst cliënten (4 vragenlijsten Vivent, 10 vragenlijsten IVT)	Content-analyse van documenten; Analyse van interview transcripten m.b.v. Atlas.ti, co-codering; Vragenlijst geanalyseerd met beschrijvende statistiek m.b.v. Microsoft Excel.
DS 3: Bereik cliënten en resultaten	Cliënten wijkverpleegkundigen, Wijkverpleegkundigen	1. ZonMw rapportage IVT/BrabantZorg 2. ZonMw rapportage Vivent 3. Begroting Zichtbare schakel project IVT (onderdeel van subsidieaanvraag) 4. Begroting Zichtbare schakel project Vivent (onderdeel van subsidieaanvraag) 5. Excel-bestand doorverwijzingen thuiszorgorganisaties Wijkverpleegkundigen IVT 6. Excel-bestand doorverwijzingen externe organisaties Vivent	Beschrijvende statistiek m.b.v. Microsoft Excel
DS 4: Toekomstige financiering	Gemeente 's-Hertogenbosch en Zorgkantoor	1. Groepsinterview	Analyse van interview transcript m.b.v. Atlas.ti, co-codering.

Tabel 1: overzicht gebruikte methodieken en respondenten

2.1 Onderzoeksmethoden doelstelling 1

Doelstelling 1: het geven van inzicht in de wijze waarop de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' in de twee projecten in 's-Hertogenbosch is gepositioneerd, zowel in de wijk als in de organisatie, en de taken die zij in het kader van het project uitvoert. Hierbij worden ook de overwegingen en argumenten voor de gekozen inzet van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' in de twee projecten beschreven.

Gebruik is gemaakt van document analyse van de door de thuiszorgorganisaties beschikbaar gestelde documenten. Van beide organisaties zijn de originele ZonMw subsidieaanvraag voor de twee projecten, de plannen van aanpak hierbij en twee voortgangsverslagen geanalyseerd. Uit deze

documenten zijn de tekstdelen gebruikt die een beschrijving geven van de werkwijze van de wijkverpleegkundigen en de manier waarop met partners in de wijk wordt samengewerkt. Door gebruik te maken van datatriangulatie kunnen de resultaten uit de analyse van de documenten vergeleken worden met de resultaten voortkomend uit de interviews. Om een feitelijk en actueel beeld te vormen van de taken die de wijkverpleegkundigen uitvoeren heeft de uitvoerend onderzoeker (MR) bij beide organisaties een halve dag meegelopen met een van de wijkverpleegkundigen. De observaties van de taken van de wijkverpleegkundigen zijn vergeleken met de analyse resultaten van de documenten en interviews en gebruikt ter ondersteuning van deze resultaten.

Naast de schriftelijke documenten en het observeren van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen, is gebruik gemaakt van vier semigestructureerde interviews van één uur waarin vragen zijn gesteld over de start van het project, de motivatie en argumentatie voor de positionering van de wijkverpleegkundigen, de werkwijze van de wijkverpleegkundigen in de wijk en de samenwerking met andere organisaties (zie bijlage 1). Voor beide thuiszorgorganisaties is ook een groepsinterview afgenomen met de leidinggevenden van de wijkverpleegkundigen en de directie van de thuiszorgorganisatie en één interview met een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundigen zijn geselecteerd op basis van hun beschikbaarheid. De interviews zijn met toestemming opgenomen, waarna de opnames van de interviews zijn getranscribeerd. De analyse van de interviews is uitgevoerd met behulp van het analyseprogramma Atlas.ti, versie 7.1. Hierbij is er eerst gebruik gemaakt van open codering om de belangrijke fragmenten van de transcripten te benoemen, vervolgens werd axiaal coderen gebruikt om de belangrijke fragmenten te ordenen en belangrijke categorieën te creëren, als laatste is het selectief coderen gebruikt om de fragmenten te clusteren en verbanden tussen de verschillende categorieën te leggen. Om de betrouwbaarheid van de codering te bevorderen, is gebruik gemaakt van co-codering, waarbij meerdere onderzoekers codes toewijzen aan de interview transcripten (Boeije, 2005). Twee onderzoekers (MR, KL) hebben de transcripten geanalyseerd, waarna er na discussie van de toegewezen codes tot consensus is gekomen. Relevante citaten uit de transcripten zijn gebruikt ter illustratie van de gevonden resultaten.

2.2 Onderzoeksmethoden doelstelling 2

Doelstelling 2: het geven van inzicht in de sterke en zwakke punten van beide wijzen van inzetten van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' vanuit het perspectief van de uitvoerende organisaties, de betrokken wijkverpleegkundigen, (vertegenwoordigers) van de cliënten/buurtbewoners, samenwerkingspartners in de wijken, de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor.

Voor het geven van inzicht in de tweede doelstelling is gestreefd om interviews met 18 interne en externe stakeholders te houden. Respondenten voor de interviews zijn geselecteerd door de directie of de wijkverpleegkundigen van de betrokken organisaties, hierbij is gestreefd om de belangrijkste netwerkpartners te bereiken. Contactgegevens van de respondenten zijn door de directie of de wijkverpleegkundigen aangeleverd aan de onderzoeker. Zoals in tabel 2 beschreven wordt, zijn er bij Vivent minder externe samenwerkingspartners en cliënten bereid gevonden voor een interview of het afnemen van een vragenlijst. Dit is mogelijk veroorzaakt doordat de datacollectie voor dit

onderzoek in de zomermaanden plaatsvond, waardoor mensen minder snel beschikbaar zijn en de wijkverpleegkundigen veel extra taken op zich moeten nemen bij afwezigheid van collega's. Daarnaast kan worden gedacht aan een verschil in terughoudendheid van de organisaties zelf in het selecteren van respondenten.

Perspectief	Vivent	IVT-BrabantZorg
Cliënten	2 interviews cliënten 4 vragenlijsten cliënten	2 interviews cliënten 10 vragenlijsten cliënten
Intern	1 interview directie Vivent 1 interview wijkverpleegkundige	1 interview directie IVT 1 interview wijkverpleegkundige
Externe samenwerkingspartners	2 interviews Huisartsen 1 interview maatschappelijk werk	1 interview Huisarts 1 interview POH 1 interview maatschappelijk werk 1 interview wmo-consulent 1 interview woonadviseur
Gemeente en zorgkantoor		1 interview Zorgkantoor 3 interviews Gemeente

Tabel 2: overzicht respondenten doelstelling 2

Er zijn vier interviews afgenomen met vertegenwoordigers van de gemeente en het zorgkantoor; deze hebben een belangrijke rol in de toekomstige financiering van de Zichtbare schakel projecten binnen 's-Hertogenbosch. Binnen de organisaties vond één interview plaats met de directie van de thuiszorgorganisaties en één met een wijkverpleegkundige. Daarnaast vonden bij beide organisaties interviews plaats met (externe) samenwerkingspartners, deze hebben een belangrijke rol in het doorverwijzen van cliënten naar de wijkverpleegkundigen en het samenwerken met de wijkverpleegkundigen in de wijk. Tijdens de interviews die gemiddeld één uur duurden, zijn vragen gesteld over de werkwijze van de wijkverpleegkundigen, sterke en zwakke punten van deze werkwijze, de samenwerking met de wijkverpleegkundigen en de toekomst van het project (zie bijlage 2).

Voor beide organisaties zijn twee individuele interviews gehouden met cliënten, hierin is voornamelijk gevraagd naar de ervaringen met de wijkverpleegkundige (zie bijlage 3). Naast de interviews, is gebruik gemaakt van een vragenlijst met 7 korte vragen (zie bijlage 4) over de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige en de mate van tevredenheid van cliënten. Bij Vivent is deze vragenlijst door de wijkverpleegkundigen zelf afgenomen. De wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg gaven aan in de periode van de afname van de vragenlijsten niet genoeg personeel te hebben om de vragenlijsten zelf af te nemen. Dit is opgelost door de wijkverpleegkundigen de contactgegevens aan te laten leveren aan de onderzoeker, en deze telefonische de vragenlijst te laten afnemen.

De interviews zijn met toestemming opgenomen en verwerkt tot transcripten. De transcripten zijn geanalyseerd met behulp van het analyseprogramma Atlas.ti, versie 7.1. Voor de analyse van de transcripten is wederom gebruik gemaakt van open codering om de belangrijke fragmenten van de transcripten te benoemen, axiaal coderen werd gebruikt om de belangrijke fragmenten te ordenen

en belangrijke categorieën te creëren, en selectieve codering is gebruikt om de fragmenten te clusteren en verbanden tussen de verschillende categorieën te leggen. Ook voor deze doelstelling werd er gebruik gemaakt van co-codering (Boeije, 2005). Twee onderzoekers (MR, KL) hebben de transcripten geanalyseerd, waarna er na discussie van de toegewezen codes tot consensus is gekomen. Relevante citaten uit de transcripten zijn gebruikt ter illustratie van de gevonden resultaten.

2.3 Onderzoeksmethoden doelstelling 3

Doelstelling 3: het geven van inzicht in de bereikte resultaten van beide projecten in termen van het bereiken van cliënten, de ingezette activiteiten en de uitkomsten

Voor de derde doelstelling zijn kwantitatieve data geanalyseerd die door beide organisaties in opdracht van ZonMw zijn verzameld. Beide organisaties stelden de bestanden die de wijkverpleegkundigen bijhouden beschikbaar. In deze bestanden worden 13 variabelen met betrekking tot de persoonsgegevens van de cliënten van de wijkverpleegkundigen en 12 variabelen die de hulpvraag, de activiteiten en de resultaten van de ingezette activiteiten ingevuld (zie tabel 3). De variabelen hebben allen de vorm van multiple-choice vragen die een beeld geven van de bereikte cliëntenpopulatie, de activiteiten die de wijkverpleegkundigen hebben ingezet en de opbrengsten van de ingezette activiteiten. De rapportages zijn geanalyseerd met behulp van MS-Excel, waarin met beschrijvende statistiek (gemiddelde, standaarddeviate (SD), en percentages) een vergelijking van de bereikte resultaten van beide organisaties wordt weergegeven. Daarnaast is gebruik gemaakt van de door beide organisaties aangeleverde begroting voor het inzetten van de wijkverpleegkundigen om de ingezette middelen voor beide organisaties inzichtelijk te maken. Deze begroting maakt onderdeel uit van de subsidieaanvraag van het Zichtbare schakel project bij ZonMw en is voorafgaand aan het project opgesteld. Als laatst hebben beide organisaties de doorverwijzingen van de wijkverpleegkundigen naar andere instanties/hulpverleners in kaart gebracht. Voor Vivent zijn de doorverwijzingen naar externe instanties in kaart gebracht, voor IVT/BrabantZorg zijn ook de doorverwijzingen naar verpleging en verzorging en huishoudelijke hulpverlening binnen de eigen organisatie in kaart gebracht. Vanwege de hoge belasting die het vraagt van de wijkverpleegkundigen om de doorverwijzingen inzichtelijk te maken, was het voor Vivent niet mogelijk om tijdens de duur van dit onderzoek informatie over de doorverwijzingen naar de eigen organisatie in kaart te brengen.

Persoonsgegevens	Activiteiten wijkverpleegkundige
Geslacht	Initiatief contact wijkverpleegkundige
Leeftijd	Reden contact wijkverpleegkundige
Land van herkomst cliënt en ouders (4 variabelen)	Type hulpvraag
Communicatie taal (2 variabelen)	Externe hulp en ondersteunende instanties (2 variabelen)
Woonsituatie (2 variabelen)	Aantal zorgverleners
Opleidingsniveau	Ingezette activiteiten (2 variabelen)
Maatschappelijke positie	Contactperiode en aantal contacten (2 variabelen)
Bron van inkomen	Afronding contact/resultaat na contact (2 variabelen)

Tabel 3: ZonMw rapportage

2.4 Onderzoeksmethoden doelstelling 4

Doelstelling 4: het geven van inzicht in de over- en afwegingen van de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor voor financiering van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' na 2012

Om doelstelling vier te beantwoorden is een groepsinterview met vertegenwoordigers van de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor gehouden. Om de vertegenwoordigers van de belangrijkste toekomstige financiers van de Zichtbare schakel projecten een zo volledig mogelijk beeld van de wijkverpleegkundigen te geven, zijn eerst de resultaten van de eerste drie doelstellingen gepresenteerd. Vervolgens is gevraagd naar hun over- en afwegingen met betrekking tot de werkwijze en toekomst van de wijkverpleegkundigen tegen de achtergrond van de financiering daarvan na 2012. De vertegenwoordiger van het zorgkantoor moest na de presentatie van de resultaten het gesprek verlaten, daardoor hebben we geen zicht op haar over- en afwegingen. De vertegenwoordigers van de gemeente zijn er echter van overtuigd dat het zorgkantoor hun mening deelt.

Het interview is met toestemming opgenomen en getranscribeerd. Het transcript is geanalyseerd met behulp van het analyseprogramma Atlas.ti, versie 7.1. Hierbij is eveneens gebruik gemaakt van open codering om de belangrijke fragmenten van de transcripten te benoemen, axiaal coderen om de belangrijke fragmenten te ordenen en belangrijke categorieën te creëren, en selectieve codering om de fragmenten te clusteren en verbanden tussen de verschillende categorieën te leggen. Er is gebruik gemaakt van cocodering om de betrouwbaarheid te vergroten (Boeije, 2005). Twee onderzoekers (MR, KL) hebben het transcript geanalyseerd, waarna er na discussie van de toegewezen codes tot consensus is gekomen. Relevante citaten uit het transcript zijn gebruikt ter illustratie van de gevonden resultaten.

2.5 Terugkoppeling resultaten

De resultaten van het onderzoek zijn door middel van een schriftelijke concept versie van het rapport en een mondelinge presentatie aan beide thuiszorgorganisaties, de wijkverpleegkundigen, en de gemeente en het zorgkantoor teruggekoppeld. Na de mondelinge presentatie heeft een discussie van de resultaten met de verschillende stakeholders plaatsgevonden. In deze presentatie kon feedback geleverd worden op het concept rapport en de bevindingen, eventuele onjuistheden konden op deze manier gecorrigeerd worden. Op basis van de terugkoppeling van de resultaten is een definitieve versie van het onderzoeksrapport opgesteld.

3. RESULTATEN

De vier doelstellingen worden behandeld op basis van de data verkregen met de diverse onderzoeksmethodieken. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen de resultaten van Vivent en IVT/BrabantZorg. Per doelstelling wordt de resultatensectie afgesloten met een samenvatting.

3.1 Positionering en werkwijze Zichtbare schakel wijkverpleegkundige

Doelstelling 1:

De wijze waarop de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' in de twee projecten in 's-Hertogenbosch is gepositioneerd, zowel in de wijk als in de organisatie, en de taken die zij in het kader van het project uitvoert. Hierbij worden ook de overwegingen en argumenten voor de gekozen inzet van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' in de twee projecten beschreven.

In dit hoofdstuk zal achtereenvolgens de positionering binnen de organisatie, de positionering in de wijk en de werkwijze van de wijkverpleegkundigen bij Vivent beschreven, gevolgd door de positionering binnen de organisatie, de positionering in de wijk en de werkwijze van de wijkverpleegkundige bij IVT/BrabantZorg.

3.1.1 Positionering wijkverpleegkundige binnen Vivent

Vivent beschrijft in het plan van aanpak er voor gekozen te hebben om twee wijkverpleegkundigen (totaal 0,8 fte) in de rol van wijkverpleegkundige voor het Zichtbare schakel project aan te stellen. Deze wijkverpleegkundigen zijn verworven uit de al bestaande thuiszorgteams van Vivent. De wijkverpleegkundigen maken deel uit van thuiszorgteam en werken zowel in het zorgteam en ook als 'Zichtbare schakel'. De taken van de 'Zichtbare schakel' wijkverpleegkundige zijn verweven in de dagelijkse werkzaamheden als reguliere wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige regelt niet alleen reguliere wijkverpleegkundige taken, maar heeft een overstijgende coördinerende functie in de wijk (Vivent, 2010).

Ten tijde van de start het Zichtbare schakel project waren er drie verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg bij Vivent die in aanmerking kwamen om te werken als wijkverpleegkundige binnen het project. Een van deze verpleegkundigen gaf echter aan niet als wijkverpleegkundige in het project te willen werken, omdat zij zich wilde blijven richten op haar aandachtsgebied palliatieve zorg. De andere verpleegkundigen zijn wel vanaf de start werkzaam in het project. De directie geeft aan dat bij de start van het project een verdeling van '50% reguliere wijkverpleegkundige taken en 50% Zichtbare schakel taken' werd aangehouden. De wijkverpleegkundige wordt op aparte dagdelen ingepland om aan bijbehorende activiteiten te besteden. De wijkverpleegkundige geeft hierover zelf aan dat deze in de praktijk zelf verantwoordelijk is voor de indeling van activiteiten gegeven de beschikbare tijd. Volgens de directie van Vivent stelt deze manier van positionering de collega's van het thuiszorgteam in staat om de wijkverpleegkundigen te ondersteunen in het maken van de noodzakelijke verbindingen.

Na de start van het project in 2010 zijn er in de reguliere thuiszorgteams van Vivent meer verpleegkundigen aangesteld. De directie van Vivent geeft aan dat bij de uitbreiding in 2012 vrijwel al deze reguliere wijkverpleegkundigen bereid waren te werken als wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project. Half 2012 zijn alle wijkverpleegkundigen (totaal 2,8 fte verspreid over 5 wijken), ook daadwerkelijk werkzaam als wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project.

Ten tijde van de start van de het Zichtbare schakel project was Vivent bezig met de invoering van het project wijkzorg binnen alle thuiszorgteams van Vivent. De directie van Vivent vond dat de het Zichtbare schakel project goed aansloot op het project wijkzorg. Een aantal principes van het project wijkzorg, waaronder 'het opdelen van grote teams in kleinere wijkteams en het aanwijzen van een specifieke contactpersoon voor iedere cliënt', sloten goed aan bij de het Zichtbare schakel project aldus de directie. Het Zichtbare schakel project was volgens de directie een welkome vervolgstap op het project wijkzorg, omdat het de mogelijkheid geeft om naast het coördineren van een cliëntsituatie ook aandacht te besteden aan coördinatie op wijkniveau. De wijkverpleegkundige zou een nog grotere bijdrage kunnen leveren aan het wijkgericht werken waar Vivent in de toekomst naartoe gaat, aldus de directie van Vivent. Door de komst van de wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project naast het project wijkzorg, was er meer ruimte voor coördinatie van cliëntsituaties naast het verlenen van praktische zorg. De directie is er van overtuigd dat er zo meer continuïteit geboden kon worden in de zorg, zowel voor de cliënt als naar de netwerkpartners toe.

Overwegingen en argumentatie voor positionering

Vivent heeft niet specifiek 'twee of meerdere scenario's van positionering' tegenover elkaar gezet bij de positionering van de wijkverpleegkundigen in het Zichtbare schakel project. De directie van Vivent geeft aan dat de keuze om de wijkverpleegkundigen onderdeel te maken van het thuiszorgteam voor hen 'een logische stap was', passend bij de visie van Vivent voor de toekomst, waarin wijkgericht werken een belangrijke rol speelt.

Volgens de directie van Vivent is bij aanvang van het project samen met de wijkverpleegkundigen gekeken op welke wijze invulling gegeven zou kunnen worden aan het project. De wijkverpleegkundigen die zouden gaan werken in het project gaven er de voorkeur aan om hun taken te combineren met reguliere thuiszorgtaken. De wijkverpleegkundigen vonden dat dit hen in staat stelde om de binding met de bewoners in de wijk te behouden door middel van het rijden van routes en zo ook de samenwerkingsverbanden die zij hebben opgebouwd in de wijk te behouden.

De directie van Vivent geeft aan dat wanneer de wijkverpleegkundigen werken vanuit een thuiszorgteam, het de toegankelijkheid van de wijkverpleegkundigen verbetert voor netwerkpartners. Vivent wilde geen nieuwe schakel aan het netwerk toevoegen, maar juist schakels verminderen waardoor er efficiënter gewerkt zou kunnen worden. Doordat de wijkverpleegkundige deel uit maakt van een thuiszorg team functioneert de wijkverpleegkundige als een duidelijk aanspreekpunt binnen de thuiszorg voor andere hulpverleners. Aangezien er nu een duidelijk aanspreekpunt is, wordt de drempel tot het inschakelen van de wijkverpleegkundige door andere hulpverleners kleiner gemaakt, aldus een van de wijkverpleegkundigen. De directie geeft aan dat doordat de wijkverpleegkundige deel uit maakt van een thuiszorgteam en dus de praktische kennis van de wijk heeft, de wijkverpleegkundige als een directe link kan fungeren tussen de professionals in de wijk en andere hulpverleners en andersom.

Bij de start van het Zichtbare schakel project was er nog geen duidelijkheid over de borging van het project na 2012, voor één van de wijkverpleegkundigen was de zekerheid van baanbehoud, mocht het project na 2012 toch tot een eind komen, eveneens een belangrijke motivatie om de taken te willen combineren.

3.1.2 Positionering wijkverpleegkundige Vivent in de wijk 's-Hertogenbosch Noord

Bij aanvang van het Zichtbare schakel project in 2010 is door Vivent en de huisartsenpraktijk in wijk de Hambaken een samenwerkingsconvenant opgesteld. Volgens zowel de directie als de wijkverpleegkundigen van Vivent is deze samenwerking één van de belangrijkste randvoorwaarden voor een succesvolle start van het project. Daarnaast vinden zowel de directie en wijkverpleegkundigen dat er alleen een Zichtbare schakel project gestart kan worden als andere organisaties in de wijk er open voor staan. In de wijk Hambaken was het grootste deel van de hulpverleners en organisaties in de wijk meteen enthousiast dat de wijkverpleegkundige weer terug kwam, aldus de directie.

‘Iedereen had zoiets van: oké fijn, de wijkzuster komt weer terug.’ (Directie Vivent)

De wijkverpleegkundigen zeggen dat bij aanvang van het project het cliëntenbestand van de huisartsen werd gebruikt om cliënten te werven en bekendheid te genereren. Cliënten boven de 75 jaar krijgen een brief thuisgestuurd met uitleg over de nieuwe wijkverpleegkundige functie en een uitnodiging om een afspraak voor een kennismakingsgesprek te maken. Vanuit de contacten met de huisartsen zijn de wijkverpleegkundigen direct aangesloten bij de multidisciplinaire overleggen binnen de huisartsenpraktijk. Hierin zijn onder andere de huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, maatschappelijk werkers en de apotheker vertegenwoordigd. Vanuit deze samenwerking hebben de wijkverpleegkundigen het netwerk verbreed.

‘Voor de ene cliënt is het fijn dat je in de wijkonderneming zit en dat je daar contact hebt met Divers, en voor de andere cliëntsituatie is het fijn dat je met de huisartsen samenwerkt en met de huisartsen van het gezondheidscentrum.’ (Directie Vivent)

Samenwerking

De wijkverpleegkundigen hebben in de wijk Hambaken wekelijks spreekuur in een ontmoetingscentrum. Hier kunnen potentiële cliënten langskomen met vragen betreffende wonen, zorg en welzijn. Vanuit dit ontmoetingscentrum wordt er samengewerkt met de mensen uit de wijkonderneming, waarin onder andere welzijnsorganisatie Divers, Juvans maatschappelijk werk, de buurtpolitie, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), wet maatschappelijke ondersteuning (wmo)-consulent en MEE vertegenwoordigd zijn. Volgens de wijkverpleegkundige die dit spreekuur houdt, levert dit meteen een contact moment voor overleg met de netwerkpartners.

Daarnaast hebben de wijkverpleegkundigen wekelijks spreekuur in het gezondheidscentrum. Ook deze spreekuren geven volgens de wijkverpleegkundigen een directe mogelijkheid voor overleg met huisartsen of andere samenwerkingspartners binnen het gezondheidscentrum. Eén keer in de vier weken is er een structureel overleg in het gezondheidcentrum waarbij ook de wijkverpleegkundige aanwezig is. Hierin worden cliëntencasussen besproken en worden afspraken gemaakt over de te verrichten taken.

De directie van Vivent geeft aan dat de wijkverpleegkundige voornamelijk wordt ingeschakeld door huisartsen en andere verwijzers. Regelmatig is deze vraag gebaseerd op een 'niet-pluis gevoel', waarbij de wijkverpleegkundige wordt gevraagd om een situatie waarin een cliënt zich bevindt eens goed in kaart te brengen. Hierbij werken ze intensief samen met de andere netwerkpartners. Door de huisarts wordt de wijkverpleegkundige ook in veel gevallen ingeschakeld voor vragen over medicatie gebruik. Daarnaast geeft één van de huisartsen aan dat de wijkverpleegkundige een belangrijke functie vervult bij het in zorg krijgen van 'zorgmijders', doordat de wijkverpleegkundige laagdrempelig is en zonder eigen bijdrage bij mensen langs kan gaan. Door deze taken uit handen te nemen, zorgt de wijkverpleegkundige voor verlichting van de werkzaamheden van de huisartsen.

Eén van de maatschappelijk werkers van Juvans geeft aan dat zij de wijkverpleegkundige inschakelen wanneer zij vragen hebben over de gezondheid van een cliënt. Hierbij kijkt de wijkverpleegkundige altijd vanuit het domein zorg en maatschappelijk werk vanuit het domein welzijn. Eén van de maatschappelijk werksters geeft aan dat er regelmatig overlap zit tussen de taken en domeinen waarop de wijkverpleegkundigen werkzaam zijn, maar dat er altijd intensieve afstemming plaatsvindt.

'We leveren maatwerk, we kijken per situatie wat nodig is en zijn beiden bereid om op te pakken wat nodig is en hebben daarin gedeelde verantwoordelijkheid.' (Maatschappelijk werker, Juvans, 's-Hertogenbosch Noord)

De wijkverpleegkundige heeft de tijd en ruimte om de situatie eerst goed in kaart te brengen en dan eventuele interventies in te zetten. De wijkverpleegkundigen geven aan dat een paar bezoeken doorgaans afdoende is. Als cliënten langdurige begeleiding nodig hebben dan worden ze doorverwezen.

'De huisarts maakte zich zorgen over een cliënt en wilde dat wij daar even gingen kijken. Wij hebben daar een bakje koffie gedaan om meer informatie te krijgen. En uiteindelijk hebben we die terminale cliënt toch in zorg kunnen krijgen.' (Wijkverpleegkundige, Vivent)

3.1.3 Werkwijze van de wijkverpleegkundige bij Vivent

In het plan van aanpak voor de wijkverpleegkundige wordt door zowel Vivent als IVT/BrabantZorg een zelfde werkwijze van de wijkverpleegkundige beschreven. Beide organisaties beschrijven de wijkverpleegkundige als een generalist die een signalerende rol heeft, een aanspreekpunt is voor verwijzers en professionals en wanneer nodig verwijst naar andere professionals (IVT thuiszorg, 2010) (Vivent, 2009). Op basis van de interviews met de directie en wijkverpleegkundigen, de documentatie uit de voortgangsverslagen, plan van aanpak en subsidieaanvraag en de observaties opgedaan door het meelopen met de wijkverpleegkundigen, wordt hieronder een situatie geschetst van de doelgroepen die bereikt worden, de taken die de wijkverpleegkundige uitvoert en de competenties die nodig zijn voor de wijkverpleegkundige.

Doelgroepen

Bij aanvang van het project in 2010 werden in het plan van aanpak vier doelgroepen benoemd waar de wijkverpleegkundige de hulpverlening op zou richten; ouderen, mensen met multiple problemen, allochtonen en jeugd. Een van de huisartsen van het gezondheidscentrum geeft aan dat er samen met de huisartsen en Vivent is gekeken wat de belangrijkste doelgroepen moesten worden. De huisartsen gaven daarbij aan dat voor hen de grootste behoefte lag bij de doelgroep ouderen.

Zowel de wijkverpleegkundigen als de directie van Vivent noemen de doelgroep ouderen als belangrijkste doelgroep die het meest bereikt wordt. Volgens de wijkverpleegkundigen kan dit verklaard worden doordat ouderen tegen vragen en onzekerheden over de hulpverlening binnen de zorg aanlopen. Vooral de ouderen in de wijk Hambaken zijn slecht op de hoogte van de hulpverlening die er is binnen de wijk en bij wie ze terecht kunnen met hun hulpvraag aldus een van de wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige kan deze mensen helpen door middel van een doorverwijzing naar andere instanties of helpt hun vragen te beantwoorden.

‘Ouderen zijn de categorie die hulp nodig gaan hebben. Die graag willen weten wat hun te wachten staat en wat voor mogelijkheden ze hebben en waar ze dan naartoe moeten.’
(Wijkverpleegkundige, Vivent)

De directie van Vivent geeft aan dat er voor de doelgroep mensen met multiple problemen afspraken zijn gemaakt met maatschappelijk werk. Wanneer er door de wijkverpleegkundige problemen worden gesignaleerd met betrekking tot multiple problemen huishoudens dan spelen zij dit door aan maatschappelijk werk. Er worden dan gezamenlijk afspraken gemaakt over wie de situatie gaat coördineren. Andersom kan maatschappelijk werk de wijkverpleegkundige inschakelen voor mensen met multiple problemen. Het accent van de hulpverlening ligt niet op deze doelgroep, maar er wordt met maatschappelijk werk wel regelmatig samengewerkt bij multiple problemen huishoudens.

Zowel de directie als de wijkverpleegkundigen geven aan dat er vanaf het begin geen draagvlak was vanuit de jeugdgezondheidszorg om de wijkverpleegkundige in te zetten voor de doelgroep jeugd. Volgens de wijkverpleegkundige was dit vanwege de angst dat de wijkverpleegkundige cliënten over zou nemen. De directie van Vivent zegt dat uit recent overleg met de huisartsen het belang van de wijkverpleegkundige voor deze doelgroep toch naar voren kwam. De huisartsen hebben aangegeven om voor de wijkverpleegkundige een ingang te gaan creëren bij de gemeente en GGD om toch een functie te vervullen voor deze doelgroep.

De doelgroep allochtonen blijft volgens een van de wijkverpleegkundigen een moeilijk te bereiken doelgroep. In de hulpverlening voor deze doelgroep wordt samengewerkt met Divers welzijnorganisatie, waarbij de wijkverpleegkundige aansluit bij voorlichtingsactiviteiten.

Taken wijkverpleegkundigen

Uit de voortgangsverslagen van de wijkverpleegkundigen en de interviews met de directie en wijkverpleegkundigen van Vivent blijkt dat de taken van de wijkverpleegkundigen zich vooral richten op preventie en coördinatie. Vooral de taken van advies en voorlichting hebben hierin een belangrijke plek. De wijkverpleegkundige wordt ingeschakeld voor problemen binnen het domein van zorg, maar maakt in de hulpverlening zoveel mogelijk verbindingen met de domeinen wonen en welzijn. De wijkverpleegkundige geeft aan dat dit bijvoorbeeld wordt gedaan door overleg situaties te creëren met andere organisaties.

De wijkverpleegkundige kijkt samen met de cliënt hoe die zijn situatie weer onder controle kan krijgen, voornamelijk vanuit de kracht van de cliënt zelf. De directie van Vivent geeft aan dat door de wijkverpleegkundige zelden een indicatie wordt aangevraagd. De wijkverpleegkundige kijkt eerst naar wat de cliënt zelf nog kan; pas als het echt nodig is, wordt langdurende zorg ingeschakeld. Ook de wijkverpleegkundigen zelf zeggen dat zij eerst proberen om samen met de cliënt de situatie weer beheersbaar te maken. De wijkverpleegkundige kan juist ingeschakeld worden om een situatie

uitgebreid in kaart te brengen en te kijken wat er nodig is om de cliënt weer zelf de regie over de situatie te laten krijgen. Meestal zijn een paar bezoeken van de wijkverpleegkundige afdoende en kunnen onnodige indicaties vermeden worden.

‘Er zijn cliënten waar je normaal een indicatie begeleiding klasse 2 op zou zetten die nu na een paar bezoeken of wat begeleiding van de wijkverpleegkundige zelf de boel weer op de rit hebben.’ (Directie Vivent)

Volgens de directie is het ook niet de insteek van Vivent om extra productie te genereren voor de eigen organisatie; bij Vivent is nu al sprake van ‘overproductie’ waardoor extra cliënten niet nodig zijn. Als een cliënt een andere thuiszorg organisatie wil, dan regelt de wijkverpleegkundige dit ook.

Zowel de wijkverpleegkundigen als de netwerkpartners geven aan dat de wijkverpleegkundige regelmatig wordt ingeschakeld om een indicatie voor cliënten van andere netwerkpartners aan te vragen. Deze hebben niet de mogelijkheid om zelfstandig een indicatie aan te vragen en hebben ook weinig kennis van de te bewandelen routes. De wijkverpleegkundige kan samen met een cliënt kijken wat voor zorg nodig is en op basis hiervan een indicatie aanvragen. De netwerkpartners geven aan dat zij het prettig vinden als de wijkverpleegkundige dit doet, omdat ze dan weten dat het snel en goed gebeurt.

Competenties

Volgens zowel de wijkverpleegkundigen als de directie van Vivent laat het verschil in vaardigheden van een wijkverpleegkundige in de reguliere thuiszorg en een wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project zich voornamelijk kenmerken door de extra kennis die een wijkverpleegkundige in het project opdoet en de samenwerking die zij heeft met alle relevante organisaties in de wijk.

‘Ik ben nu veel meer op de hoogte van wat andere organisaties kunnen bieden, nu weet je allemaal je wegen te bewandelen en kun je mensen veel verder helpen als dat ik voorheen kon.’ (Wijkverpleegkundige, Vivent)

De directie van Vivent zegt dat de wijkverpleegkundigen in het project beter op de hoogte zijn van zorgpaden, weten wie ze waarvoor in kunnen zetten, en wie ergens in gespecialiseerd is. Een wijkverpleegkundige in de reguliere thuiszorg kijkt vanuit het perspectief van een cliënt, de wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project kijkt niet alleen naar de cliënt, maar ook naar zijn gehele omgeving. Een van de wijkverpleegkundigen zegt dat ze vanuit een breder perspectief naar een cliëntsituatie kijkt dan voorheen in de reguliere thuiszorg. Daarnaast geeft ze aan dat ze door de extra tijd en ruimte die zij hebben, omdat ze niet gebonden zijn aan een indicatie, beter gebruik kunnen maken van een breder palet aan mogelijkheden van dienstverlening.

Door de wijkverpleegkundigen deel te laten uitmaken van een thuiszorgteam kunnen de collega's binnen het team ook leren van de wijkverpleegkundigen. Volgens de directie van Vivent wordt hierdoor de prestatie van het hele team omhoog gehaald en kan er efficiënter gewerkt worden aan de coördinatie binnen de wijk.

3.1.4 Positionering van de wijkverpleegkundige binnen IVT/BrabantZorg

IVT en BrabantZorg hebben er voor gekozen om drie wijkverpleegkundigen (totaal 2,4 fte) te laten werken als een zelfstandig team. Zij werken niet binnen een thuiszorg team, maar werken als een op

zich zelfstaand team in een door BrabantZorg beschikbaar gesteld huis in de wijk. De directie geeft aan dat de wijkverpleegkundigen werken voor één van de twee thuiszorgorganisaties en leiding krijgen vanuit beide organisaties, maar in hun werk ze aan geen van beide thuiszorgorganisaties exclusief verbonden zijn.

Ten tijde van de subsidieaanvraag van het Zichtbare schakel project door IVT, bleek BrabantZorg in dezelfde wijk een aanvraag te willen doen. Volgens de directie van IVT was de waarschijnlijkheid dat beide organisaties subsidie zouden krijgen voor een dergelijk project zeer klein. Hierdoor hebben de organisaties in samenspraak besloten om gezamenlijk een aanvraag te doen. IVT is hoofdaanvrager geworden voor het project, maar het project wordt gezamenlijk uitgevoerd. De directie van IVT geeft aan dat deze samenwerking meer recht zou doen aan het project, omdat een van de belangrijke voorwaarden van het project het samenwerken tussen organisaties is. Vanwege deze samenwerking tussen de twee organisaties, is er voor gekozen om ook personeel aan te stellen dat afkomstig was van beide organisaties. IVT/BrabantZorg zijn bij aanvang van het project begonnen met een wijkverpleegkundige voorheen werkend bij IVT, een wijkverpleegkundige voorheen werkend bij BrabantZorg en een speciaal voor het project aangestelde wijkverpleegkundige.

IVT en BrabantZorg maken in de samenwerking gebruik van een projectstructuur. Er is een stuurgroep opgericht waarin onder andere de gemeente 's-Hertogenbosch, maatschappelijk werk (Juvans), de huisartsen en Divers welzijn vertegenwoordigd zijn. Deze stuurgroep bewaakt de voortgang van het project en geeft advies ten aanzien van het projectplan. Daarnaast heeft de stuurgroep voorafgaand aan het project afspraken gemaakt over de inzet en werkwijze van de wijkverpleegkundigen, de doelgroepkeuze en de samenwerking met diverse partijen. De operationele aansturing wordt gedaan door de managers van de afdeling Verpleging en Verzorging (V&V) van zowel BrabantZorg als Vivent. Zij worden hierin aangestuurd door de projectleider (IVT, 2011).

In het tweede jaar van het Zichtbare schakel project is tussen IVT en BrabantZorg overleg geweest over de positionering van de wijkverpleegkundigen. De directie van IVT geeft aan dat het onduidelijk was hoe het zou gaan met de subsidiestroom van het project na 2012. Beide organisaties vonden het daarnaast ook wenselijk om meer verbinding te gaan leggen met de routes en de thuiszorgteams van de organisaties. Er zou dan gekozen worden om de taken iets meer te gaan combineren. De wijkverpleegkundigen gaven echter aan dat dit ten koste zou gaan van de werkzaamheden en dat zij dit niet zagen zitten. Toen ook het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan in beeld kwam, die de verschillen tussen beide werkwijzen in kaart zou brengen, is afgezien van deze plannen.

Overwegingen en argumentatie voor positionering

De directie van IVT geeft aan dat het snel duidelijk was dat zowel BrabantZorg als IVT er voor wilden kiezen om de wijkverpleegkundigen los te positioneren en geen deel uit te laten maken van een thuiszorgteam. Deze manier vonden beide organisaties recht te doen aan het project, doordat zo wordt voorkomen dat de wijkverpleegkundigen zouden worden 'opgeslokt door dagelijkse besommeringen in het kader van het rijden van routes'. De directie van IVT zegt dat ze bang waren dat wanneer de wijkverpleegkundigen ook regulier thuiszorgwerk zouden moeten doen, dit ten koste zou gaan van de tijd voor het project omdat direct cliëntenwerk altijd voor gaat.

'Door de wijkverpleegkundigen op deze manier te positioneren wordt de mogelijkheid gecreëerd om ad-hoc in te kunnen spelen op situaties en het stelt ze in staat om voldoende

tijd en ruimte te kunnen creëren om een goede invulling te geven aan cliëntencasussen.’(Directie IVT)

Volgens de directie van IVT was het ook handig om de wijkverpleegkundige apart te positioneren, omdat ze ook een aparte projectorganisatie hebben opgericht voor het project. Omdat het project ook een tijdspad heeft met resultaten die behaald moeten worden, zit het project op deze manier niet in de weg van de dagelijkse kernactiviteiten, aldus de directie van IVT.

Ook de wijkverpleegkundigen gaven aan er voorkeur aan te geven om los gepositioneerd te worden. Op deze manier zouden zij zonder indicatie kunnen werken en zich meer kunnen toeleggen op preventie en op een breed spectrum van taken. In sommige gevallen kan dit enkel het bieden van ‘een luisterend oor’ zijn, in andere gevallen kan dit het inschakelen van een ‘breder scala aan zorgpartners’ zijn en langdurige begeleiding bieden aldus een van de wijkverpleegkundigen. Zij zouden hierbij niet beperkt worden in tijd door het moeten rijden van routes.

De wijkverpleegkundigen die bij de start van het project zijn begonnen, gaven direct aan de directie van beide IVT en BrabantZorg aan dat als zij geheel los van de organisatie georganiseerd zijn en niet in de zorg hoeven te werken, zij ook niet voor IVT of BrabantZorg aan het werk zijn. Zij wilden met alles en iedereen kunnen werken en wilden dan niet het ‘paradepaardje’ van IVT of BrabantZorg zijn.

3.1.5 Positionering van de wijkverpleegkundige IVT/BrabantZorg in ‘s-Hertogenbosch West

De wijkverpleegkundigen vertelden dat zij bij aanvang van het project alleen maar de beschikking hadden over een klein kantoor en een computer. Ze hadden enkele handvatten uit het plan van aanpak vanuit de organisatie en een paar telefoonnummers, verder mochten zij zelf helemaal vorm gaan geven aan het project, aldus de wijkverpleegkundige die vanaf de start werkzaam is.

Samenwerking

De wijkverpleegkundigen hebben bij de start van het project netwerkpartners actief benaderd. Dit werd gedaan door bij de belangrijke organisaties in de wijk persoonlijk langs te gaan. Vanuit de stuurgroep, die is opgericht voorafgaand aan het project, was er al de beschikking over samenwerking met een huisarts van gezondheidscentrum West, maatschappelijk werk en Divers welzijn. De directie vertelt dat er voorafgaand aan het project ook geprobeerd was om contacten te leggen met een van de andere huisartsenpraktijken in ‘s-Hertogenbosch West, maar deze hielden de deur dicht. Later is volgens de wijkverpleegkundigen en de directie deze samenwerking wel tot stand gekomen, door in individuele cliëntencasussen te laten zien wat de toegevoegde waarde van de wijkverpleegkundige was. De samenwerking met de andere netwerkpartners kwam van het begin af aan wel van de grond. Al snel werden de cliënten verworven via de belangrijkste netwerkpartners in de wijk zoals de huisartsen, maatschappelijk werk en welzijnsorganisaties.

‘We zijn overal met zijn drieën naartoe gegaan en overal waar je langs ging kreeg je eigenlijk wel een cliënt mee.’ (Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

De wijkverpleegkundigen geven aan deel uit te maken van een wijknetwerk op twee plaatsen in de wijk, binnen dit wijknetwerk werken de wijkverpleegkundigen samen met onder andere de woningbouwvereniging, wijkagent, divers welzijn en de wmo-consulent. Binnen dit wijknetwerk

hebben de wijkverpleegkundigen drie keer per week spreekuur in drie verschillende wijken: Deuteren, Boschveld en Kruiskamp. Eén keer in de zes weken is er structureel overleg waarin cliënten besproken kunnen worden en waarin nieuwe activiteiten binnen de wijk besproken worden.

Naast de participatie in het wijknetwerk, wordt er door de wijkverpleegkundigen gewerkt aan wijk- en wijkoverstijgende projecten samen met andere organisaties, waarvan het 'Kruiskamp overleg', het project 'Ketenzorg Dementie' en het project 'Kwetsbare ouderen Den Bosch West' voorbeelden zijn. Ook sluiten de wijkverpleegkundigen aan bij het multidisciplinair casusoverleg bij het gezondheidscentrum, het multidisciplinair 'Niet Pluis' overleg en overleg met ondersteuners in zorgpad 1 en 2.

Door deze samenwerking met belangrijke organisaties binnen de wijk, konden de wijkverpleegkundigen via deze contacten ook een samenwerking opbouwen met andere organisaties. Zo geven de wijkverpleegkundigen aan dat de contacten met de netwerkpartners zich steeds meer uitbreiden doordat ze via de ene netwerkpartner in contact komt met andere netwerkpartners. De wijkverpleegkundigen zeggen nu veel meer samen te werken met de GGZ, MEE en Novadic Kentron. Aan het begin van het project was dit meer beperkt tot de huisartsen en maatschappelijk werk.

3.1.6 Werkwijze van de wijkverpleegkundige bij IVT/BrabantZorg

Doelgroepen

Voorafgaand aan het Zichtbare schakel project heeft IVT in zijn plan van aanpak vier doelgroepen beschreven; ouderen en chronisch zieken, allochtonen, mensen met multiple problemen en jeugd. Zowel de directie van IVT als de wijkverpleegkundigen noemden in eerste instantie de ouderen en chronisch zieken als grootste doelgroep die bereikt wordt. De wijkverpleegkundigen geven aan dat het dan vooral gaat om cliënten die geen kinderen hebben, geen partner en/of een heel beperkt sociaal netwerk.

Daarnaast is de doelgroep van mensen met multiple problemen een van de belangrijkste doelgroepen die door de wijkverpleegkundigen bereikt wordt, aldus de wijkverpleegkundigen en de directie. De directie van IVT geeft aan dat ook de persoonlijke affiniteit van de wijkverpleegkundigen een belangrijke rol heeft gespeeld in het creëren van de belangrijkste doelgroepen. Vooral de wijkverpleegkundigen die aan het begin zijn begonnen hebben veel affiniteit met de doelgroep mensen met multiple problemen. Volgens de wijkverpleegkundigen ligt er veel vraag bij deze doelgroep, doordat veel andere hulpverleners door restricties in tijd niets of weinig voor elkaar konden krijgen. Zij geven aan dat met name deze doelgroep veel tijd vraagt, de wijkverpleegkundige werkt zonder indicatie waardoor ze wel de tijd en ruimte hebben om dieper op deze complexe casussen in te gaan.

'Als je ziet hoeveel hulpverleners daar al in hebben gezeten maar door tijdsindicaties weinig of niets voor elkaar hebben gekregen en de situatie dan los moeten laten... Ik denk dat wij daar als wijkverpleegkundige wel redelijk wat aan kunnen bijdragen. Als je drie uur bij iemand nodig hebt, dan is dat maar zo.' (Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

Twee van de wijkverpleegkundigen geven aan een verandering te constateren in het bereiken van mensen met multiple problemen en zorgmijders binnen de wijk. Voorheen kwamen zij vrij makkelijk binnen bij deze doelgroepen, maar nu wordt het moeilijker om deze doelgroep goed te bereiken.

‘In het begin ging je twee of drie keer bij zorgmijders of multiproblems aan de deur en dan was je wel binnen. Nu moet je wel een hele lange adem hebben wil je ergens binnen komen of ze überhaupt te spreken krijgen.’(Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

Volgens beide wijkverpleegkundigen kom je moeilijker bij deze mensen binnen, omdat ze nu een tweede laag cliënten bereiken. Ze komen nu bij de nog meer teruggetrokken mensen, nog meer ‘multiproblems’ en zorgmijders. De wijkverpleegkundigen verwachten in deze groep een groter aandeel allochtonen tegen te komen.

Zowel de wijkverpleegkundigen als de directie geven aan dat, doordat de wijkverpleegkundige zich voor een groot gedeelte op de moeilijk te bereiken doelgroepen richt, de hulpverlening aan cliënten een langer traject wordt. De directie zegt dat het met de huidige populatie moeilijker wordt om de contacten af te sluiten, omdat er veel verschillende problematiek speelt. De wijkverpleegkundigen geven ook aan dat ze casussen met complexe problematiek moeilijker kunnen afsluiten, omdat ze weten dat ze vroeg of laat opnieuw hulp nodig hebben. Het zijn mensen die constant begeleiding nodig hebben om de zaak op de rit te houden, aldus de wijkverpleegkundigen.

‘Hier zijn het je eigen kindjes die je aan de hand mee neemt en eigenlijk mee blijft nemen.’(Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

De directie van IVT vertelt dat de doelgroep jeugd al vrij snel op een lager pitje is gezet. De GGD en gemeente gaven aan dat er al een sluitende zorgstructuur voor deze doelgroep is. De directie van IVT geeft aan dat de wijkverpleegkundigen indirect wel met deze doelgroep in aanraking komt, vooral bij gezinnen met multiple problemen, maar dat de wijkverpleegkundigen met betrekking tot de doelgroep jeugd enkel een signalerende rol hebben.

Ook de doelgroep allochtonen was bij de start van het project een moeilijk te bereiken doelgroep, maar wordt nu steeds beter bereikt, aldus de wijkverpleegkundigen. Zij geven aan dat dit waarschijnlijk komt door de toenemende bekendheid van de wijkverpleegkundige, daarnaast hebben ze voor deze doelgroep nu speciale voorlichtingsactiviteiten georganiseerd, zoals een afvalclubje.

IVT en BrabantZorg hebben in april 2012 subsidie gekregen van ZonMw om het aantal fte’s van het Zichtbare schakel project uit te breiden. Hierdoor hebben zij één extra wijkverpleegkundige aan kunnen stellen. Dit creëerde de mogelijkheid om meer aandacht te besteden aan de doelgroep van mensen met multiple problemen waar veel vraag naar was, maar ook een nieuwe doelgroep van mensen met psychiatrische problematiek aldus de directie van IVT.

Taken wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg worden meestal ingeschakeld naar aanleiding van een ‘niet pluis’ gevoel van de verwijzers. Dit kan de huisarts zijn, maar kan ook een van de samenwerkingspartners zijn. De huisarts en praktijkondersteuner schakelen de wijkverpleegkundigen vooral in voor de doelgroep ouderen. Het gaat dan om beginnend dementerende oudere mensen, waarvan er weinig zicht is op de leefsituatie thuis. Daarnaast speelt de wijkverpleegkundige voor de huisartsen een belangrijke rol in het voorkomen van crisissituaties. Zowel de huisarts als de praktijkondersteuner vertellen dat er voor de samenwerking met de wijkverpleegkundigen regelmatig crisissituaties voorkwamen waarbij cliënten op vrijdag naar het ziekenhuis moesten, omdat er geen andere optie was en de mensen niet thuis konden blijven. Met de inzet van de wijkverpleegkundige kan dit nu voorkomen worden.

‘Als er noodsituaties of andere dingen waren op korte termijn, dan was er niemand. Dan moesten ze het ziekenhuis in. Nu kunnen we die mensen thuishouden.’ (Huisarts, Gezondheidscentrum West)

De wmo-consulent schakelt de wijkverpleegkundige vooral in wanneer zij geen goede inschatting kan maken welke hulpmiddelen een cliënt nodig heeft. De wijkverpleegkundige beschikt wel over de medische kennis om hier een inschatting te maken wat voor zorg en aanpassingen er nodig zijn, aldus de wmo-consulent. Hierdoor kan voorkomen worden dat de wmo-consulent medisch advies aan moet vragen. Zo beschrijft de wmo-consulent het voorbeeld van een mevrouw die is gevallen op straat en door de wijkagent is thuisgebracht maar niemand wil binnen laten. De wijkverpleegkundige is met veel moeite binnen gekomen door constant langs te blijven gaan en contact proberen te krijgen. Uiteindelijk wordt het vertrouwen gewonnen en kan de wijkverpleegkundige kijken welke hulp er nodig is. Er hoeven dan niet allemaal verschillende hulpverleners langs.

Meerdere samenwerkingspartners geven aan dat de wijkverpleegkundigen heel laagdrempelig zijn om in te schakelen. Ook wanneer er geen duidelijke hulpvraag is, maar een ‘niet pluis’ gevoel van een samenwerkingspartner, kan de wijkverpleegkundige vrijblijvend bij mensen langsgaan en kijken of er daadwerkelijk iets aan de hand is. De wijkverpleegkundige heeft hier uitgebreid tijd en ruimte voor. Hierbij zijn veel problemen niet direct duidelijk tastbaar voor zowel de cliënten als hulpverleners. De wijkverpleegkundigen werken vervolgens vanuit een holistische benadering om toch alle problematiek en uiteindelijk de juiste hulpvraag goed naar voren te krijgen. Hierbij zijn de tijd en ruimte die de wijkverpleegkundigen hebben van groot belang; op deze manier worden ze op geen enkele wijze belemmerd in hun taken en kunnen alle tijd besteden aan het uitgebreid in kaart brengen van een situatie en activiteiten in te zetten.

Eén van de wijkverpleegkundigen geeft aan dat de taken die zij uitvoeren soms ook gerelateerd zijn aan bemoeizorg. De wijkverpleegkundigen krijgen regelmatig meldingen door van de wijkagent of buurtbewoners, met verontrustende signalen over een buurtbewoner. Vaak speelt er dan complexe problematiek en is het moeilijk om bij mensen binnen te komen. Eén van de wijkverpleegkundigen geeft aan dat ze vrijwel altijd blijven proberen om binnen te blijven komen bij mensen ook al duurt dit soms enkele weken.

De wijkverpleegkundigen besteden in eerste instantie veel tijd aan het opbouwen van een vertrouwensband met cliënten. De wijkverpleegkundigen geven aan dat het vooral bij de mensen met multiple problemen, de mensen met psychiatrische problematiek en de zorgmijders heel belangrijk is om eerst die band op te bouwen. Pas wanneer er een vertrouwensrelatie is wordt het verpleegkundige proces doorlopen, interventies ingezet en connecties gemaakt met eventueel andere hulpverleners. Zowel de wijkverpleegkundigen als de directie geven aan dat er regelmatig meerdere bezoeken en veel tijd aan besteed wordt om het vertrouwen van cliënten te winnen. Een van de wijkverpleegkundigen zegt een minimum te hebben van anderhalf uur voor een bezoekje aan een cliënt; ‘in een half uurtje kan je heel weinig, zelfs een uurtje is vaak al te weinig’.

‘Bij een grote groep cliënten wordt er veel geïnvesteerd in het opbouwen van de vertrouwensrelatie want een groot gedeelte van de cliëntenpopulatie zijn zorgmijders, of hebben al 20 hulpverleners over de vloer gehad en allemaal weer eruit gegooid.’ (Directie IVT)

De wijkverpleegkundigen zeggen dat zij voor veel mensen de handen ogen en oren zijn. De cliënten weten zelf niet goed wat ze moeten doen. Ze vragen bijvoorbeeld om advies wanneer ze een probleem hebben en niet weten of ze een huisarts in moeten schakelen. Daarnaast zijn het ook hele praktische dingen waar de wijkverpleegkundigen cliënten mee helpen zoals medicatie of doorverwijzingen, aldus de wijkverpleegkundige.

‘We gaan bijvoorbeeld met mensen mee naar de Voedselbank, dat je gewoon een eerste keer meegaat, want die drempel is heel hoog, het is eng, het is voor schut.’

(Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

In de wijken in ‘s-Hertogenbosch West waar de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg werkzaam zijn, vinden de wijkverpleegkundigen zelf dat vooral de financiële problematiek voorop staat. Hierdoor is het voor hen noodzakelijk om op een creatieve wijze een oplossing te vinden voor gezondheidsproblematiek van cliënten die niet teveel geld kost. De wijkverpleegkundigen geven aan dat ze veel gebruik maken van de talentenbank of van vrijwilligers. Op deze manier wordt er in de buurt geprobeerd mensen elkaar te laten helpen. De wijkverpleegkundigen kijken naar de eigen kracht van de cliënt, de familie of de buurt.

Alle wijkverpleegkundigen beschrijven het werk als wijkverpleegkundige als een manier van leven. Het is bijzonder werk, waarbij ze iets kunnen betekenen voor mensen aldus de wijkverpleegkundigen. Zij zouden niet meer willen werken als reguliere wijkverpleegkundige.

‘Ik denk niet dat je dat moet willen. Daar hebben we teveel voor gezien, je ziet dan allemaal dingen die je niet kan oppikken. Daar word je heel erg verdrietig van.’(Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

Competenties

Het grootste verschil tussen een wijkverpleegkundige in de reguliere thuiszorg en een wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project laat zich volgens zowel de directie als de wijkverpleegkundigen kenmerken door het kennisniveau, maar ook het tijdsgebrek dat de wijkverpleegkundige in de reguliere thuiszorg heeft. Doordat de wijkverpleegkundige niet gebonden is aan indicaties is er de tijd en vrijheid om een completer beeld te krijgen van de cliënt. ‘De wijkverpleegkundige kijkt niet naar alleen de cliënt, zoals een wijkverpleegkundige doorgaans zou doen in de thuiszorg, maar je kijkt naar de gehele situatie van de cliënt’, aldus de wijkverpleegkundigen. Van een wijkverpleegkundige in de thuiszorg mag niet verwacht worden dat zij uitgebreide kennis hebben van de sociale kaart en weten waar ze terecht kunnen, omdat zij de tijd en ruimte niet hebben om hiernaar te handelen. Door de wijkverpleegkundigen in het Zichtbare schakel project wordt meer wijkoverstijgend gewerkt en wordt er een verbinding gelegd tussen de domeinen zorg, wonen en welzijn aldus de directie van IVT. De wijkverpleegkundigen geven ook aan dat het kennisniveau en doortastendheid van groot belang zijn. ‘Je moet je ergens voor kunnen inzetten en niet loslaten’.

‘Vooral bij mensen met multiple problemen gaat het vaak om langere trajecten waarin je de cliënt begeleidt... Maar soms moet je ook gewoon je verlies kunnen incasseren, dan heb je alles voor een cliënt geregeld en dan vinden ze het uiteindelijk toch niets.’(Wijkverpleegkundige IVT/BrabantZorg)

Twee van de wijkverpleegkundigen vinden dat een wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project moet beschikken over een flinke dosis levenservaring om zich staande te houden als wijkverpleegkundige in 's-Hertogenbosch West. De wijkverpleegkundigen beschrijven het als een pittige wijk waarin ze flinke kennis van zaken moeten hebben. Door de complexiteit van de hulpvragen en de situaties waarin de wijkverpleegkundigen terecht komen, moet een wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project sterk in zijn schoenen staan om dat aan te kunnen. Ze moeten een casus helemaal uit kunnen diepen en zich niet uit het veld laten slaan door de moeilijkheden die op je pad komen aldus de wijkverpleegkundigen.

'Als je net van school komt en nog niets hebt mee gemaakt, dan word je in deze wijk overruled.' (Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

Daarnaast geven de wijkverpleegkundigen aan dat een wijkverpleegkundige in het Zichtbare schakel project zich moet kunnen aanpassen aan de cliënten in de wijk. Zij vinden het belangrijk dat iemand naast mensen moet kunnen staan. Op die manier wordt er vertrouwen gewonnen bij cliënten, waardoor verbeteringen bereikt kunnen worden. De wijkverpleegkundigen zeggen in iedere wijk een aparte taal te moeten spreken waarbij ze moeten kunnen schakelen en zich aanpassen.

'Je bent net een kameleon in de wijk, daar ben je rood, daar ben je blauw en ik denk dat je juist dat heel goed moet kunnen.' (Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

3.1.7 Samenvatting positionering en taken

Positionering in organisatie en wijken

Voor zowel Vivent als IVT Thuiszorg/BrabantZorg was de keuze voor de wijze van positionering een logische beslissing passend bij de visie die zij hadden voorafgaand aan het project. Hierin speelde wijkgericht werken een belangrijke rol. Vivent koos er voor om de wijkverpleegkundigen deel te laten maken van een thuiszorgteam, de aangestelde wijkverpleegkundigen waren voorafgaand aan het project al werkzaam voor Vivent. De wijkverpleegkundigen van Vivent gaven zelf ook aan graag reguliere thuiszorgtaken te willen combineren met Zichtbare schakel taken, omdat zij de binding met de bewoners in de wijk wilden behouden.

IVT Thuiszorg en BrabantZorg hebben ervoor gekozen om de wijkverpleegkundigen volledig los van de organisatie te positioneren. Doordat IVT en BrabantZorg het project vanuit twee organisaties uitvoeren, is er voor gekozen om vanuit beide organisaties een wijkverpleegkundige aan te stellen en een externe wijkverpleegkundige aan te stellen. Uit de interviews met de wijkverpleegkundigen zelf kwam naar voren, dat de beslissing voor de positionering door de organisaties was genomen, en deze wijze van positionering ook voor de wijkverpleegkundigen de voorkeur had. Het stelt de wijkverpleegkundigen in staat om zonder indicatie, preventief te werken en gebruik te maken van een breed scala aan taken. Zij hebben alle tijd en ruimte zouden hebben om een goede invulling te geven aan hun cliëntencasussen.

Naast de wijze waarop de wijkverpleegkundigen gepositioneerd zijn, is er een verschil in de werkwijze bij de start van het project en de manier waarop de wijkverpleegkundigen zijn gepositioneerd in de wijk. Vivent is voorafgaand aan het project een samenwerkingsverband aangegaan met het gezondheidscentrum in 's-Hertogenbosch Noord. Hierbij is samen met onder andere de huisartsen gekeken bij welke doelgroepen volgens de huisartsen de grootste vraag lag en

hoe deze doelgroepen bereikt konden worden. De wijkverpleegkundigen van Vivent werken vanaf de start vanuit het cliëntenbestand van de huisartsen, waarbij ouderen boven de leeftijd van 75 actief benaderd worden. Daarnaast zijn de wijkverpleegkundigen direct aangesloten bij de multidisciplinaire overleggen van het gezondheidscentrum en bij het wijknetwerk, waardoor er vanaf de start korte lijnen waren met de andere organisaties en hulpverleners in de wijk. Doordat de wijkverpleegkundigen van Vivent eerder zijn gestart met de uitvoering van het project, hebben zij langer de tijd gehad om een netwerk op te bouwen in vergelijking met de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg die ruim een jaar later met het project zijn begonnen.

IVT Thuiszorg en BrabantZorg hadden voor aanvang van het project een stuurgroep ingericht voor het project waarin Divers (welzijn), Juvans (maatschappelijk werk), gezondheidscentrum West (huisarts) en de gemeente 's-Hertogenbosch vertegenwoordigd waren. Vanuit deze stuurgroep waren afspraken gemaakt betreffende de inzet en werkwijze van de wijkverpleegkundigen, de doelgroep keuze en de samenwerking met andere partijen. Bij de start van het project hebben de wijkverpleegkundigen zelf de contacten met netwerkpartners opgezocht en verder vormgegeven, vanuit deze samenwerking hebben ze het cliëntenbestand opgebouwd. In de begin fase van het project hebben zij een groot gedeelte van hun tijd besteed aan het genereren van bekendheid bij zowel netwerkpartners als cliënten. De wijkverpleegkundigen zijn aangesloten bij diverse samenwerkingsverbanden zoals het wijknetwerk op twee plaatsen in de wijk, het overleg op het gezondheidscentrum en een "Niet Pluis" wijkoverleg. Daarnaast participeren de wijkverpleegkundigen in diverse wijk- en wijkoverstijgende projecten zoals het project "Ketenzorg dementie", "Kwetsbare ouderen den Bosch West" en het Kruiskamp overleg.

Taken wijkverpleegkundige

De interviews met de directie en wijkverpleegkundigen laten zien dat de wijkverpleegkundigen van beide organisaties andere doelgroepen bereiken. Bij Vivent geven zowel directie als wijkverpleegkundigen aan dat de grootste doelgroep die bereikt wordt de ouderen zijn. Volgens de wijkverpleegkundigen gaat het hierbij vaak om kortdurende hulpverlening van een paar bezoeken die doorgaans snel kunnen worden afgerond. De wijkverpleegkundigen zeggen dat wanneer de hulpverlening meer dan enkele maanden duurt, of de taken niet meer op het werkkterrein van de wijkverpleegkundigen liggen, de cliënten worden doorgestuurd. De mensen met multiple problemen en allochtonen worden moeilijker bereikt.

Bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg wordt naast de doelgroep ouderen, ook de doelgroep van mensen met multiple problemen als belangrijkste doelgroep aangeduid. Een groot deel van de hulpverlening lijkt zich dan ook te richten op deze doelgroep, wat volgens de wijkverpleegkundigen erin resulteert dat cliëntencasussen minder snel worden afgesloten en cliënten langere begeleiding wordt geboden. Volgens de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg is hier de extra tijd en ruimte die zij hebben van groot belang om casussen van deze doelgroep goed te kunnen uitvoeren, omdat deze complexe gevallen niet door de reguliere hulpverlening worden opgepakt waardoor de contacten ook langdurige trajecten zijn. Daarnaast richten de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg zich op de doelgroep van mensen met psychiatrische problematiek, omdat daar vanuit de praktijk veel vraag naar kwam en de problematiek in deze wijk veelal gerelateerd is aan elkaar.

Ondanks dat beide organisaties de wijkverpleegkundigen op een verschillende manier positioneren, vinden de wijkverpleegkundigen van beide organisaties dat zij voldoende tijd en ruimte hebben om een goede invulling te geven aan de wijkverpleegkundige taken. Dat zij kunnen werken zonder indicatie en niet aan tijdsindicaties gebonden zijn, speelt hier volgens alle geïnterviewden een belangrijke rol in. De wijkverpleegkundigen van beide organisaties worden door netwerkpartners juist ingeschakeld, omdat zij wel de tijd en ruimte hebben om een situatie goed in kaart te brengen, die andere hulpverleners niet hebben. Hierbij maakt het geen verschil of de taken van de wijkverpleegkundige wel of niet gecombineerd worden met reguliere thuiszorgtaken.

De wijze waarop de wijkverpleegkundige gepositioneerd wordt en haar taken uitvoert, is afhankelijk van verschillende dimensies: organisatie, wijk en de individuele medewerker. Bij zowel Vivent als IVT/BrabantZorg hebben ontwikkelingen in de organisatie invloed gehad op de wijze van positionering. Daarnaast geven beide organisaties aan dat het van belang is om aan te sluiten bij de samenwerkingsverbanden die al aanwezig zijn in de wijk, om de wijkverpleegkundige functie tot een succes te kunnen maken. Als laatste spelen de persoonlijke affiniteit en persoonlijke competenties van de wijkverpleegkundigen een belangrijke rol in de uitvoering van het project. De persoonlijke affiniteit van de wijkverpleegkundigen heeft er aan bijgedragen dat beide organisaties andere doelgroepen bereiken en op een andere wijze invulling geven aan de activiteiten binnen het project.

3.2. Sterke en zwakke punten van beide werkwijzen

Doelstelling 2:

Het geven van inzicht in de sterke en zwakke punten van beide wijzen van inzetten van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' vanuit het perspectief van de uitvoerende organisaties, de betrokken wijkverpleegkundige, (vertegenwoordigers) van de cliënten/ buurtbewoners, samenwerkingspartners in de wijken, de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor.

De sterke en zwakke punten van de beide werkwijzen worden beschreven in vier delen. In het eerste deel worden de sterke en zwakke punten vanuit het perspectief van de cliënt en het interne perspectief van de organisatie beschreven, waarbij eerst het perspectief van de cliënten besproken zal worden gevolgd door het perspectief van de directie en wijkverpleegkundigen. Daarna worden de sterke en zwakke punten vanuit het externe perspectief beschreven. Hierbij gaat het om de samenwerkingspartners van de wijkverpleegkundigen zoals de huisartsen, praktijkondersteuners en maatschappelijk werk. In het laatste deel wordt vervolgens het perspectief van de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor voor de visie van beide organisaties voor de toekomst beschreven. De twee thuiszorgorganisaties worden hier gezamenlijk besproken, omdat dit deel de visie van de gemeente en het zorgkantoor voor de toekomst beschrijft.

3.2.1 Sterke en zwakke punten werkwijze Vivent vanuit cliënten en intern perspectief

Perspectief cliënten Vivent

Om de tevredenheid van de cliënten over het werk van de wijkverpleegkundige te meten is er een korte vragenlijst afgenomen bij cliënten van beide organisaties. De resultaten voor Vivent worden gepresenteerd in tabel 4. In de tabel is af te lezen dat de cliënten waarbij een vragenlijst is

afgenomen de wijkverpleegkundige een rapportcijfer geven tussen de 7 en 10. Daarnaast geven alle cliënten aan dat de wijkverpleegkundige hen kon helpen met de vragen of problemen die zij hadden. Drie van de vier cliënten bij wie de vragenlijst is afgenomen is door de wijkverpleegkundige in contact gebracht met andere hulpverleners, hierbij gaat het om huishoudelijke hulpverlening en (langdurige) zorg. Alle cliënten zouden of hebben de wijkverpleegkundigen aangeraden aan familie en/of vrienden en drie van de vier cliënten waarbij de vragenlijst is afgenomen, zouden ook in de toekomst weer gebruik maken van de wijkverpleegkundigen.

	Vivent (N=4)
Hoe tevreden bent u over de wijkverpleegkundige? (rapportcijfer tussen 1 en 10)	10 (n=2) 9 (n=1) 8 (n=1) Bereik: 8-10
Kon de wijkverpleegkundige u helpen met uw vragen/problemen?	Ja (n=4) Nee (n=0)
Waren er vragen/problemen waar de wijkverpleegkundige niet bij kon helpen?	Ja (n=1) Geen mening (n=0) Nee (n=3)
Heeft de wijkverpleegkundige u in contact gebracht met andere hulpverleners?	Ja (n=3) Nee (n=1)
Zou u in de toekomst nog eens gebruik maken van de wijkverpleegkundige?	Ja (n=3) Nee (n=0) Geen mening (n=1)
Zou u de wijkverpleegkundige aanraden aan familie/vrienden?	Ja (n=4) Geen mening (n=0)

Tabel 4: resultaten vragenlijst Vivent

Een cliënt van de wijkverpleegkundige van Vivent vertelt in een interview dat de wijkverpleegkundige eens per maand bij haar langskomt om de situatie in de gaten te houden. De wijkverpleegkundige heeft mevrouw geholpen bij het aanvragen van een huishoudelijke hulp, omdat de cliënt door lichamelijke klachten dit zelf niet meer kon. Mevrouw werd via een brief benaderd over het werk van de wijkverpleegkundige, doordat zij verder niet in contact is met andere hulpverleners buiten de huisarts, zou mevrouw anders niet in aanraking zijn gekomen met de wijkverpleegkundige, aldus mevrouw. Mevrouw is onzeker van aard en vindt het prettig dat er een duidelijk aanspreekpunt is bij wie ze terecht kan wanneer ze vragen heeft. Voor mevrouw was het heel belangrijk dat ze de wijkverpleegkundige kon vertrouwen en dat er een goede klik was met de wijkverpleegkundige.

‘Ik zag haar en het klikte gelijk. Dat vind ik heel belangrijk, dat ik niet iemand over de vloer krijg en niet weet wat ik moet zeggen.’(Cliënt, Vivent)

De wijkverpleegkundige introduceert een licht dementerende meneer, waar de wijkverpleegkundige één keer in de twee weken langskomt om voor een beetje structuur te zorgen en voor de sociale controle. De wijkverpleegkundige geeft aan dat wanneer zij niet langs zouden gaan, meneer allemaal andere organisaties aan zou klampen. Meneer heeft geen telefoon en is vaak niet thuis, maar als de wijkverpleegkundige een briefje in de bus doet dan zorgt hij altijd dat hij thuis is, aldus meneer. De wijkverpleegkundige heeft voor meneer geregeld dat hij zijn medicatie per keer in zakjes krijgt, zodat

het voor meneer makkelijker wordt om de juiste medicatie op de juiste tijd in te nemen. Meneer geeft aan het prettig te vinden als de wijkverpleegkundige af en toe langskomt, omdat hij anders ook veel alleen thuis is. In de keuken heeft hij een foto hangen van de wijkverpleegkundigen.

‘Ik vind het heel fijn als ze komt. Ik zorg altijd dat ik thuis ben en dan praten we wat.’ (Cliënt, Vivent)

Sterke punten werkwijze Vivent vanuit perspectief directie en wijkverpleegkundigen

Zowel de directie als de wijkverpleegkundigen geven aan dat het onderdeel zijn van een thuiszorgteam ook de samenwerking tussen de rest van het thuiszorgteam en netwerkpartners ten goede komt. De samenwerking met netwerkpartners kan ook door niet wijkverpleegkundigen van het zorgteam gebruikt worden voor reguliere cliëntsituaties. Alle netwerkpartners geven aan dat deze samenwerking met het thuiszorgteam er voorheen niet was. Nu de wijkverpleegkundige een duidelijk aanspreekpunt vormt, is de afstand met de rest van de thuiszorg ook verkleind.

Daarnaast geven de directie en de wijkverpleegkundigen aan dat de medewerkers van het thuiszorgteam kunnen leren van de kennis en ervaring van de wijkverpleegkundige, maar ook andersom. De wijkverpleegkundige kan collega’s van het thuiszorgteam helpen door cliëntencasussen mee te nemen in een overleg met de netwerkpartners. En andersom kan de wijkverpleegkundige gebruik maken van de kennis van de collega’s wanneer ze zelf tegen een moeilijke casus aanlopen.

‘Ik krijg van weerskanten voeding die ik op allerlei vlakken weer kan gebruiken.’
(Wijkverpleegkundige, Vivent)

Een van de wijkverpleegkundigen geeft aan dat deze manier van positionering ze in staat stelt om ook de collega’s te gebruiken wanneer zij als wijkverpleegkundige zelf geen tijd heeft. Wanneer een wijkverpleegkundige een route aan het lopen is en er gebeurt iets waar meteen op gereageerd moet worden, dan kan de wijkverpleegkundige taken delegeren aan de andere medewerkers in haar thuiszorgteam. De directie van Vivent geeft ook aan dat de wijkverpleegkundige een warme overdracht kan doen naar collega’s en een cliënt kan blijven volgen.

Zwakke punten werkwijze Vivent vanuit perspectief directie en wijkverpleegkundigen

De zwakkere punten van het werken vanuit een thuiszorg team ligt volgens de directie van Vivent vooral in de planning van de tijd. Aan de start van het project was het volgens de directie moeilijk voor de wijkverpleegkundige om een goede afstemming van de taken te vinden, omdat zij gewend waren dat praktische zorg prioriteit nummer één was. Hierdoor kwamen de wijkverpleegkundige activiteiten in de verdrukking. Nu worden de wijkverpleegkundige activiteiten steeds beter en meer geïntegreerd met de reguliere verpleegkundige taken. De wijkverpleegkundigen geven aan dat ze in de praktijk zelf verantwoordelijk zijn voor de indeling van hun tijd, en dat zij daar een goede afstemming in kunnen vinden.

‘Je route kan wel eens een keer uitlopen, maar dan probeer je dit zo snel mogelijk weer in te halen. Op de momenten dat mijn route veel korter is compenseer ik dit weer.’
(Wijkverpleegkundige, Vivent)

Een van de wijkverpleegkundigen geeft aan dat een fulltime wijkverpleegkundige soms ook niet direct op een signaal af kan gaan. Zij zegt dat wanneer ze bij een cliënt op huisbezoek is ze ook niet meteen weg kunt lopen om naar een andere cliënt te gaan.

‘Als ik ’s morgens op route ben en ze bellen met een leuke casus, dan wil ik daar mij het liefst meteen instorten, maar moet ik toch zeggen dat ik later terug bel... Dat moet je ook doen wanneer je als Zichtbare schakel wijkverpleegkundige bij iemand op huis bezoek bent.’

(Wijkverpleegkundige, Vivent)

3.2.2 Sterke punten en zwakke punten werkwijze Vivent vanuit extern perspectief

Sterke punten werkwijze Vivent

De huisartsen geven aan dat de wijkverpleegkundige voor hen een link legt met de thuiszorgteams. Een van de huisartsen geeft aan ze voorheen niet wist wie ze in moest schakelen binnen de thuiszorg wanneer ze wilden overleggen over een cliënt. Er was geen duidelijk aanspreekpunt en vaak kreeg ze verschillende mensen te spreken, waarvan ze niet precies wist wat de functie en het functieniveau was. Nu is er een duidelijk aanspreekpunt voor de huisartsen en dat is de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige legt daarbij meteen contact met de rest van het thuiszorgteam, omdat zij daar onderdeel van uitmaakt. Ook maatschappelijk werk zegt dat de wijkverpleegkundigen een brugfunctie vormen met de thuiszorgteams, voorheen was er alleen samenwerking mogelijk als er een indicatie was. Eén van de maatschappelijk werkers geeft aan dat er nu veel meer inzichtelijk gemaakt kan worden wat de thuiszorg precies doet bij cliënten en het overleg over cliënten is geïntensiveerd.

‘De wijkverpleegkundige verkleint de afstand tot het thuiszorgteam, zij maken veel meer inzichtelijk en zij zijn soms gewoon de brugfunctie tussen de collega’s in de praktijk en ons als maatschappelijk werk.’ (Maatschappelijk werker, Juvans, ‘s-Hertogenbosch Noord)

Beide huisartsen zeggen dat de wijkverpleegkundige goed weet welke expertise er zowel binnen de eigen organisatie als bij andere organisaties beschikbaar is. Wanneer zij bij een cliënt iets signaleren wat buiten de expertise van de wijkverpleegkundige ligt, dan weten ze direct wie ze kunnen inschakelen. Eén van de huisartsen geeft aan dat zij zelf vaak niet weten wie in te schakelen bij bepaalde problemen, de wijkverpleegkundige weet dit vaak wel. Op deze manier wordt er snel en efficiënt doorverwezen.

Twee huisartsen van verschillende gezondheidscentra geven aan dat je de wijkverpleegkundige heel goed kunt inschakelen voor mensen die eigenlijk geen zorg willen. De wijkverpleegkundige kan dan op een laagdrempelige manier bij cliënten kijken hoe je er toch zorg in krijgt. Doordat mensen voor de wijkverpleegkundige niets en voor andere zorg wel moeten betalen, kan de wijkverpleegkundige mensen heel geleidelijk wel naar die zorg toe leiden. Daarbij zegt de huisarts dat het vooral voor deze doelgroep een groot voordeel is dat de wijkverpleegkundige dan vervolgens ook zelf de zorg op zich kan nemen. ‘Voor de mensen die meer wantrouwig zijn, is het fijn dat er niet weer een nieuw iemand binnen komt.’ De wijkverpleegkundige kan in eerste instantie de zorg zelf uitvoeren.

Zwakke punten werkwijze Vivent

Maatschappelijk werk geeft als mogelijk zwak punt van deze werkwijze dat de wijkverpleegkundigen gebonden zijn aan regels van de thuiszorg als het gaat om het aantal cliënten dat ze op een dag moeten zien. Dit kan resulteren in minder flexibiliteit van de wijkverpleegkundigen dan wanneer ze

de taken niet hoeven te combineren. Eén van de maatschappelijk werkers geeft aan dat zij dit probleem in de praktijk nog niet is tegengekomen, en dat het mogelijk ook verschilt per persoon. De huidige wijkverpleegkundigen doen altijd hun uiterste best om de tijd te vinden om samen te werken en dat lukt ook.

Eén van de huisartsen van het gezondheidscentrum geeft aan dat een zwak punt van deze werkwijze kan zijn dat ze vastzit aan één organisatie. Ze geeft als voorbeeld een cliënt die uit het ziekenhuis wordt doorverwezen naar een andere thuiszorgorganisatie. 'Je kunt op dat moment geen wijkverpleegkundige inzetten op die cliënt, ook al zou je dat wel willen, omdat je niet twee verschillende thuiszorgorganisaties naast elkaar laat werken.' De huisartsen geven aan in die gevallen ook de korte lijntjes met de wijkverpleegkundigen te missen; ze werken minimaal samen met andere thuiszorgorganisaties.

Daarnaast wordt door een van de huisartsen benadrukt dat de beperking van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige in wijken een nadeel kan zijn. De wijkverpleegkundigen waren bij de start van het project alleen werkzaam in één wijk, afgelopen jaar is dat uitgebreid naar alle wijken in 's-Hertogenbosch Noord. Doordat het cliëntenbestand van de huisartsen zich niet beperkt tot een bepaalde wijk, komt het voor dat ze de wijkverpleegkundige in willen schakelen voor cliënten die niet binnen hun wijk vallen. Na de uitbreiding van de wijkverpleegkundige is dit verbeterd, maar hierdoor moet er volgens de huisarts ook telkens een nieuwe samenwerking met de wijkverpleegkundigen van de andere wijken opgebouwd worden. De huisartsen geven aan dat de continuering van de samenwerking met een wijkverpleegkundige de meest succesvolle samenwerking oplevert. Wanneer er een verloop van wijkverpleegkundigen is, moet er telkens een nieuwe samenwerking opgebouwd worden en komt dit de continuering van de samenwerking niet ten goede.

Eén van de huisartsen geeft aan, dat de wijkverpleegkundige zich onafhankelijk van Vivent als organisatie op moet kunnen stellen. Dat zij zichzelf moeten kunnen opstellen als verpleegkundige in de wijk en als wijkverpleegkundige in het project. En dat ze daarbij moeten aansluiten bij de behoefte van de cliënt en niet het belang van de organisatie voor moeten laten gaan. Wanneer zij werkzaam zijn als verpleegkundige in de wijk mogen zij afhankelijk zijn van Vivent, maar als wijkverpleegkundige niet aldus een van de huisartsen.

'Het kan zijn dat er bij een bepaalde cliënt iemand die bij buurtzorg werkt veel beter geschikt is dan iemand die bij Vivent zit. Dat zouden de wijkverpleegkundigen dan ook moeten kunnen adviseren.' (Huisarts, gezondheidscentrum Samen Beter)

3.2.3 Sterke en zwakke punten werkwijze IVT/BrabantZorg vanuit cliënten en intern perspectief

Perspectief cliënten

De uitkomsten naar aanleiding van de afname van de vragenlijst bij cliënten van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg wordt getoond in tabel 5. Uit de tabel kan worden afgelezen dat de cliënten van de wijkverpleegkundige van IVT/BrabantZorg de wijkverpleegkundige een waardering geven tussen de 7 en 10. Daarbij geven alle cliënten aan dat de wijkverpleegkundige hen kon helpen met de vragen of problemen die zij hadden, echter enkele cliënten geven ook aan dat er problemen waren waar de wijkverpleegkundige niet bij kon helpen. Hierbij ging het om

problematiek die bij de cliënt zelf lag, of de situatie waar de cliënt in zit en wat een hulpverlener niet kan oplossen. Het merendeel van de cliënten is in contact gebracht met andere hulpverleners, dit kan langdurige zorg zijn, maar ook dagbesteding of de inzet van vrijwilligers.

Het grootste deel van de cliënten zou in de toekomst weer gebruik maken van de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegkundige aanraden aan familie of vrienden. De cliënten die 'geen mening' als antwoord gaven, geven aan dat het afhankelijk is van de problematiek of ze nog eens gebruik zouden maken van de wijkverpleegkundige of deze zouden aanraden aan familie en/of vrienden.

	Vivent (N=4)	IVT/BrabantZorg (N=10)
Hoe tevreden bent u over de wijkverpleegkundige? (rapportcijfer tussen 1 en 10)	10 (n=2) 9 (n=1) 8 (n=1) Bereik: 8-10	10 (n=2) 9 (n=2) 8 (n=4) 7,5 (n=1) 7 (n=1) Bereik: 7-10
Kon de wijkverpleegkundige u helpen met uw vragen/problemen?	Ja (n=4) Nee (n=0)	Ja (n=10) Nee (n=0)
Waren er vragen/problemen waar de wijkverpleegkundige niet bij kon helpen?	Ja (n=1) Geen mening (n=0) Nee (n=3)	Ja (n=3) Geen mening (n=2) Nee (n=5)
Heeft de wijkverpleegkundige u in contact gebracht met andere hulpverleners?	Ja (n=3) Nee (n=1)	Ja (n=8) Nee (n=2)
Zou u in de toekomst nog eens gebruik maken van de wijkverpleegkundige?	Ja (n=3) Nee (n=0) Geen mening (n=1)	Ja (n=9) Nee (n=0) Geen mening (n=1)
Zou u de wijkverpleegkundige aanraden aan familie/vrienden?	Ja (n=4) Geen mening (n=0)	Ja (n=8) Geen mening (n=2)

Tabel 5: resultaten vragenlijst IVT/BrabantZorg

Eén van de cliënten van de wijkverpleegkundigen van IVT vertelt dat de wijkverpleegkundige 'een keer in de zoveel tijd' langskomt om de situatie en het echtpaar in de gaten te houden. Meneer geeft aan dat zijn vrouw beginnend dementerend is en dat hij het prettig vindt dat er af en toe iemand langs komt om te kijken hoe het zowel met mevrouw als met meneer gaat. Hij geeft aan dat het hem geruststelt dat hij weet dat hij er iemand op ze let. De wijkverpleegkundige komt regelmatig langs voor een praatje, gaat een stukje wandelen met mevrouw of helpt met zogenaamde hand en spandiensten.

'Zo ik zal even uw haar doen zegt ze dan. Dat was de eerste hulp die ze bood.' (Cliënt, IVT/BrabantZorg)

Volgens de cliënt houdt de wijkverpleegkundige hierdoor zicht op de situatie en kijkt wanneer er eventueel extra hulp ingezet moet worden. De cliënt geeft aan dat het een veilig gevoel geeft dat de wijkverpleegkundige eens in de zoveel tijd langskomt en dat hij kan bellen wanneer dat nodig is.

Een schoondochter van een cliënt van de wijkverpleegkundige vertelt uitgebreid wat de wijkverpleegkundige allemaal heeft gedaan en voor elkaar heeft gekregen. Het ging om een cliënt

met multiple problemen die ‘alle zorg weigerde en waar niemand binnenkwam’, aldus de schoondochter. Er hadden al allemaal verschillende hulpverleners in deze situatie gezeten, maar deze hadden weinig voor elkaar gekregen. Juist doordat de wijkverpleegkundige soms wel dagen kon besteden aan deze casus en dankzij de goede samenwerking tussen alle verschillende instanties is het toch gelukt om bij mevrouw de boel weer enigszins op de rit te krijgen, aldus de schoondochter. De schoondochter vertelt dat een van de wijkverpleegkundigen keer op keer bleef proberen om binnen te komen, dit was op het moment dat mevrouw al terminaal ziek was. Dit begon met alleen gesprekjes en het opbouwen van vertrouwen. Later probeerde ze ook de medicatie en incontinentiemateriaal voor mevrouw te regelen. Doordat het huis zo sterk vervuild was, kon er geen zorg thuis worden ingezet. In samenspraak met de huisarts en andere instanties werd er daarom gezorgd dat mevrouw verplicht opgenomen kon worden in het ziekenhuis. In die tijd heeft de wijkverpleegkundige een heleboel geregeld, aldus de schoondochter.

‘De wijkverpleegkundige heeft de witte tornado ingehuurd om het huis te reinigen. Ze heeft gezorgd dat we bij de kringloopwinkel allemaal dingen voor niets kregen.’ (Schoondochter cliënt, IVT/BrabantZorg)

Na een week moest mevrouw uit het ziekenhuis ontslagen worden. Doordat het huis schoon was kon er 24-uurs zorg ingeschakeld worden, en er werd huishoudelijke hulp ingeschakeld.

De schoondochter van deze cliënt geeft aan dat ze denkt dat er in de toekomst alleen maar meer mensen helemaal terug getrokken leven en hulpverleners niet toelaten. Zij denkt dat de wijkverpleegkundige daar een belangrijk rol in kan spelen, voornamelijk door de laagdrempeligheid van de wijkverpleegkundige en doordat zij tijd hebben om op deze casussen in te gaan.

‘Ik denk dat er veel meer mensen zijn die meer op zichzelf leven, helemaal teruggetrokken en die even de weg kwijt zijn. Die zijn even van het spoor af... Daar moet je op tijd ingrijpen, anders worden ze niet meer geholpen.’ (Schoondochter cliënt, IVT/BrabantZorg)

Daarbij geeft de schoondochter ook aan dat de persoonlijkheid van de hulpverleners een hele belangrijke rol speelt of er wel of niet iets bereikt wordt bij mensen met multiple problemen en zorgmijders. Ze vertelt dat de hulpverleners blanco naar binnen moet kunnen stappen en zich moeten kunnen openstellen voor de persoon en situatie. Ze moeten niet direct ter zake komen, want die mensen willen niet op hun fouten gewezen worden. De schoondochter geeft aan dat in deze situatie precies de goede persoon werkzaam was, en dat dat mede een reden is waardoor de situatie succesvol is afgesloten.

‘Ik denk dat de wijkverpleegkundige het nooit meer zo moeilijk krijgt als wat ze hier heeft gedaan... Ze is ook altijd wel een beetje boos gebleven op haar, van zij heeft dat gedaan.’ (schoondochter cliënt, IVT/BrabantZorg)

‘Met iedereen hebben we een goede samenwerking gehad. Daardoor is het tot een goed eind gekomen.’ (schoondochter cliënt, IVT/BrabantZorg)

Sterke punten werkwijze IVT/BrabantZorg vanuit perspectief directie en wijkverpleegkundigen

Volgens de directie van IVT is een sterk punt van het los positioneren van de wijkverpleegkundigen, dat de ze op deze manier direct inzetbaar zijn. Wanneer er een telefoontje binnen komt, kunnen zij direct op een casus reageren. ‘Nu zij met vier wijkverpleegkundigen werkzaam zijn, is er altijd wel

iemand beschikbaar om direct langs te gaan'. De wijkverpleegkundigen zijn heel flexibel inzetbaar, en de hele week is er iemand van de wijkverpleegkundigen beschikbaar. Daarnaast geeft de directie aan dat de wijkverpleegkundige zich ook veel verder kan ontwikkelen op het gebied van coördinatie en het voeren van regie, doordat ze zich alleen op het werk als wijkverpleegkundige in het project kunnen concentreren.

De wijkverpleegkundigen geven aan dat zij, doordat ze vrij gepositioneerd zijn van de organisatie, met alles en iedereen kunnen samenwerken. Zij geven aan geen last te hebben van de eventuele beperkingen van een organisatie en hoeven niet de belangen van de organisaties te behartigen. Daarnaast worden ze op deze manier niet beperkt in hun taken, hebben ze meer tijd voor een cliënt waardoor ze ook meer kunnen bereiken.

Volgens de wijkverpleegkundigen is het fijn dat er vanuit netwerkpartners niet wordt verwacht dat zij alleen met hun eigen organisatie werken, omdat zij niet vast zitten aan de eigen organisatie. Het stelt ze in staat om cliënten door te verwijzen naar allerlei verschillende organisaties. De wijkverpleegkundigen geven aan dat zij kijken welke organisatie past bij een cliënt en daarbij geen voorkeur geven aan het doorverwijzen naar hun eigen organisaties.

'Wij kijken op welk potje een dekseltje past. Als een Turkse cliënt een Turkse thuiszorg of huishoudelijke hulp wil, prima, dan regelen wij dit.' (Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

Eén van de wijkverpleegkundigen geeft aan ze soms wel eerder bij de eigen organisatie terecht kan, omdat ze de wijkverpleegkundigen voorrang geven op andere zaken als het echt noodzakelijk is.

De directie en wijkverpleegkundigen geven aan dat, doordat ze de ruimte hebben om hun tijd zelf in te delen, ze eerst kunnen investeren in het opbouwen van een vertrouwensband met de cliënt. Beiden geven aan dat vooral bij de mensen met multiple problemen, psychiatrische problematiek en bij zorgmijders dit van cruciaal belang is. Wanneer deze vertrouwensband er uiteindelijk is, kunnen interventies efficiënter worden ingezet.

'Bij een grote groep cliënten wordt er veel geïnvesteerd in het opbouwen van een vertrouwensrelatie want een groot gedeelte van de cliëntenpopulatie zijn zorgmijders, of hebben al 20 hulpverleners over de vloer gehad en allemaal weer eruit gestuurd. Dus het winnen van vertrouwen van die cliënten is ontzettend belangrijk.' (Directie IVT thuiszorg)

De directie van IVT geeft aan dat de wijkverpleegkundigen breed kunnen inzetten op hun netwerk en zich niet hoeven te beperken aan samenwerkingspartners die direct aan zorg gelieerd zijn. Zij werken veel samen met onder andere bemoeizorg en de GGZ. Dit is volgens de directie mogelijk, omdat zij zich volledig op hun werk als wijkverpleegkundige kunnen richten.

'De wijkverpleegkundigen worden in tijd alleen beperkt door het aantal uren dat ze werken, hierdoor hebben zij ruimte om cliënten met multiple problemen en cliënten met psychiatrische problematiek aan te trekken en ook te begeleiden omdat deze cliënten veel tijd vragen.' (Directie IVT)

Zwakke punten werkwijze IVT/BrabantZorg vanuit perspectief directie en wijkverpleegkundigen

Volgens de directie van IVT is een zwakker punt van deze manier van positioneren het financiële aspect. Als de organisatie op deze manier willen blijven werken, dan zijn ze volgens de directie afhankelijk van subsidies. De financiën zullen beschikbaar moeten zijn om de onkosten en loonkosten van de wijkverpleegkundigen te betalen, willen zij zonder indicatie kunnen blijven werken. Er wordt inmiddels 3 fte aan wijkverpleegkundigen ingezet en de organisatie kan dat niet zelf betalen, aldus de directie.

De directie noemt het begrenzen van het eigen domein een moeilijk punt bij deze manier van positionering. De insteek van de wijkverpleegkundige is wel dat ze vanuit het domein zorg werken, en van daar uit een verbinding leggen met de andere domeinen. De wijkverpleegkundige werkt wel vanuit het domein van zorg, maar werkt niet praktisch in de zorg in de wijk als reguliere wijkverpleegkundige. Doordat de wijkverpleegkundige hierbij wijkoverstijgend werkt en zich bevindt op het snijvlak van wonen, welzijn en zorg is het moeilijker om het eigen domein te begrenzen. Mede vanwege de vraagstelling van samenwerkingspartners en de tijd en ruimte die de wijkverpleegkundigen in hun taken hebben is het gemakkelijk om op een van de andere domeinen te gaan werken. De directie geeft aan dat dit risico wordt verminderd door veel in netwerken te participeren en afstemming te zoeken met netwerkpartners.

De directie van IVT geeft aan dat door deze wijze van positionering de wijkverpleegkundigen minder binding met de thuiszorgteams van beide organisaties hebben. De wijkverpleegkundigen werken geheel zelfstandig in een gebouw in de wijk waardoor het moeilijker is om een verbinding te maken met de thuiszorgteams.

‘Wanneer de wijkverpleegkundigen onderdeel zijn van je team en ze komen in je eigen gebouw, dan kom je elkaar letterlijk makkelijker tegen en krijg je al meer binding.’ (Directie IVT)

Het los positioneren van de wijkverpleegkundigen heeft tot gevolg dat het moeilijker is om de verzorgende en verpleegkundigen van de thuiszorgteams gebruik te laten maken van een zelfde netwerk en dezelfde kennis te vergaren als waar de wijkverpleegkundigen over beschikken, aldus de directie. Daarnaast wordt er op deze manier een extra schakel gecreëerd. Op het moment dat cliënten zorg nodig hebben, dan moeten de wijkverpleegkundigen weer doorverwijzen naar een thuiszorgorganisatie. Cliënten moeten dan eerst aangemeld worden bij een andere organisatie, wanneer de organisatie zelf de zorg levert wordt er een schakel verminderd en is het sneller geregeld en georganiseerd aldus de directie.

De wijkverpleegkundigen geven aan dat, omdat ze geen deel uitmaken van een thuiszorgteam, ze ook geen taken kunt delegeren naar andere medewerkers binnen een team of binnen de organisatie. Het aantal cliënten van de wijkverpleegkundige is vooral in het tweede jaar sterk toegenomen, doordat ze niet in een thuiszorg team werken moeten ze de werkzaamheden binnen hun eigen team invullen.

Eén van de wijkverpleegkundigen geeft ook aan dat ze letterlijk minder binding met een organisatie hebt omdat de leiding verder weg zit. Ze kunnen alleen sparren met andere wijkverpleegkundige

collega's, de leiding zit veel verder weg. De directie van IVT geeft ook aan dat deze werkwijze een grote mate van zelfsturing van de wijkverpleegkundigen vraagt.

'Je bent zo zelfsturend. Je bent eigenlijk een bedrijfje apart.' (Wijkverpleegkundige, IVT/BrabantZorg)

3.2.4 Sterke punten en zwakke punten werkwijze IVT/BrabantZorg vanuit extern perspectief

Sterke punten werkwijze IVT/BrabantZorg

De geïnterviewde wmo-consulent vindt dat de wijkverpleegkundigen zich meer kunnen richten op hun taken als Zichtbare schakel wanneer zij alleen taken uitvoeren voor het project en niet ernaast verpleegkundige taken in de wijk uitvoeren. Zij geeft aan dat het risico bestaat om in tijdnood te komen, omdat de wijkverpleegkundigen hun verpleegkundige taken in de wijk ook moeten uitvoeren en daardoor het werk gehaast wordt afgerond. Dat er mogelijk onvoldoende tijd is om zich goed genoeg te verdiepen in een situatie. Daarbij geeft ze ook aan, dat dit kan verschillen per wijk omdat de wijkverpleegkundige in 's-Hertogenbosch West vooral werkt bij mensen waar veel verschillende problematiek speelt. Het gaat daarbij om mensen met weinig sociale contacten, die geen netwerk om zich heen hebben, vereenzaamd zijn en bijkomende psychiatrische problematiek hebben. De wmo-consulent geeft aan dat het van groot belang is dat er de tijd en aandacht voor is om bij deze mensen goede zorg te kunnen leveren.

'Je moet soms mensen overhalen de hulp te aanvaarden en andere mensen binnen te laten. Dat is niet in 5 minuten geregeld... Dan moet je overtuigend kunnen zijn en mensen moeten vertrouwen krijgen in je. Je moet een vertrouwensband proberen op te bouwen en dat kost tijd.' (wmo-consulent, 's-Hertogenbosch West)

Ook de woningadviseur van BrabantWonen geeft aan dat de wijkverpleegkundige direct op vragen in kan spelen. Wanneer hij iets signaleert of de situatie niet vertrouwt als hij bij mensen thuis komt, heeft de wijkverpleegkundige direct de tijd om vrijblijvend eens bij iemand langs te gaan.

Zowel de praktijkondersteuner als de woningadviseur geven aan dat de wijkverpleegkundigen vrijer zijn in het maken van keuzes wanneer zij doorverwijzen naar andere organisaties dan wijkverpleegkundigen die ook vanuit een thuiszorgteam werken en daardoor meer afhankelijk zijn van de organisatie. Zij geven aan dat de wijkverpleegkundige geen rekening hoeft te houden met wensen van de organisatie, maar vrij een keus kan maken uit verschillende organisaties. De wijkverpleegkundige kan voor iedere individuele cliënt de juiste thuiszorg zoeken, dat hoeft niet meteen IVT of BrabantZorg te zijn, maar kan ook een andere thuiszorgorganisatie zijn aldus de praktijkondersteuner. Daarnaast geeft een van de maatschappelijk werksters aan, dat de wijkverpleegkundigen op deze wijze ook niet in conflict kunnen komen met de belangen van de organisatie.

Eén van de maatschappelijk werksters zegt dat wijkverpleegkundigen, die niet werken vanuit een thuiszorgteam, misschien wat ruimer denken. Zij zullen zich niet alleen beperken tot zorg, maar zullen ook kijken naar de gebieden die daar buiten liggen. Wijkverpleegkundigen die wel werken vanuit een thuiszorgteam denken misschien meer binnen het werkveld waarin ze werkzaam zijn, aldus een van de maatschappelijk werksters.

Zwakke punten werkwijze IVT/BrabantZorg

Eén van de maatschappelijk werkers geeft net als de directie aan, dat het afbakenen van het eigen gebied, een zwakkere kant kan zijn van de werkwijze van IVT/BrabantZorg. Zij geven aan dat wanneer de wijkverpleegkundige misschien erg lang in een casus zit, zij moeten kijken of het nog wel helemaal binnen het takenpakket van de wijkverpleegkundige past, of dat ze misschien weer moeten terugverwijzen naar maatschappelijk werk. De wijkverpleegkundige wordt volgens een van de maatschappelijk werkers vooral ingeschakeld voor casussen met een medisch probleem. Er komen dan vaak veel andere problemen bij kijken, die ermee samen hangen.

‘Soms kom je met veel andere problemen in aanraking, terwijl een bepaald gedeelte misschien bij de expertise van iemand anders ligt... Of het medische stuk is afgerond en een ander kan het weer overnemen.’ (Maatschappelijk werker, Juvans)

Meerdere van de samenwerkingspartners geven aan dat de samenwerking ook erg afhankelijk is van de persoon van de wijkverpleegkundige. Volgens de samenwerkingspartners is het belangrijk dat er een klik is met de wijkverpleegkundige met wie er veel samen gewerkt wordt. Als die klik er is, dan worden ze eerder ingeschakeld, is deze klik er niet dan zal de wijkverpleegkundige minder snel ingeschakeld worden. Daarnaast geven meerdere samenwerkingspartners ook aan er een goede samenwerking opgebouwd moet worden. Volgens een van de samenwerkingspartners is het makkelijker om iemand in te schakelen die al goed bekend is en waarvan ze weet wat ze van die persoon kan verwachten dan wanneer er een net nieuwe medewerker ingeschakeld moet worden. Bijna alle samenwerkingspartners geven aan dat het van belang is dat zij telkens dezelfde gezichten zien zodat er een succesvolle samenwerking opgebouwd kan worden. Wanneer er veel verloop is in personeel, dan gaat dit ten koste van de opgebouwde samenwerking aldus een van de samenwerkingspartners.

3.2.5 Perspectief van de gemeente en het zorgkantoor

De resultaten van de interviews met de gemeente en het zorgkantoor zullen voor beide organisaties gezamenlijk besproken worden. Vanuit deze interviews wordt een ‘derde model’ geïntroduceerd die los staat van de werkwijze van de wijkverpleegkundigen van Vivent en IVT/BrabantZorg.

Werkwijze Vivent en IVT/BrabantZorg

Uit de interviews met de gemeente en het zorgkantoor en het beleidsdocument dat het zorgkantoor beschikbaar heeft gesteld (Coöperatie VGZ, 2012) blijkt dat zowel de gemeente als het zorgkantoor voor de toekomst willen naar een ‘white label’ positionering van de wijkverpleegkundige. De gemeente ‘s-Hertogenbosch geeft daarbij aan dat het van groot belang is om de eerstelijns van de tweede lijn te scheiden om de kosten van de zorg in de toekomst beheersbaar te houden.

‘Wij willen de eerste lijn los positioneren van de tweede lijn. Daarbij willen wij de eerste lijn white label positioneren, als een zelfstandige groep met bepaalde bevoegdheden.’ (Gemeente ‘s-Hertogenbosch)

Zowel de gemeente ‘s-Hertogenbosch als het zorgkantoor geven aan niet veel zicht te hebben op de specifieke werkwijze van de wijkverpleegkundige bij beide organisaties. De gemeente ‘s-Hertogenbosch en het zorgkantoor geven beide wel aan zowel de werkwijze van Vivent als IVT/BrabantZorg niet toekomstbestendig te vinden. De reden hiervoor is dat de wijkverpleegkundige bij beide organisaties gelieerd is aan een thuiszorgorganisatie. Wanneer de wijkverpleegkundigen

onderdeel uitmaken van een thuiszorgorganisatie, bestaat het risico dat er productie wordt gegenereerd voor de eigen organisatie, aldus de gemeente 's-Hertogenbosch. Juist de marktwerking die de afgelopen jaren zo voorop stond in de zorgsector, willen de gemeente en het zorgkantoor voor de toekomst verminderen. Zij geven aan dat als de wijkverpleegkundigen (maar ook andere hulpverleners) 'white label' worden georganiseerd, de prikkel om meer productie te genereren verminderd wordt, aldus de gemeente. De oplossingen moeten in de toekomst gezocht worden in de eerste of nulde lijn. Wanneer de wijkverpleegkundige 'white label' werkt, is het makkelijker om de eerste lijn van de tweede lijn te scheiden, aldus de gemeente en het zorgkantoor.

Een van de beleidsmedewerkers van de gemeente kan zich voorstellen dat de werkwijze van IVT/BrabantZorg, waarbij de wijkverpleegkundige los gepositioneerd is van de organisatie en zijn taken niet combineert met reguliere thuiszorgtaken als voordeel heeft dat de wijkverpleegkundigen een neutralere rol naar bewoners toe hebben. Deze wijkverpleegkundigen hoeven zich namelijk niet te presenteren als medewerker van een van beide organisaties.

Als sterk punt van de werkwijze van Vivent, waarbij de wijkverpleegkundigen werken vanuit een thuiszorgteam en zowel Zichtbare schakel taken als reguliere taken vervullen, kan een van de beleidsmedewerkers zich voorstellen dat er meer signalen vanuit het thuiszorgteam naar boven zullen komen waar meteen op kan worden ingespeeld. Daarnaast geeft de werkwijze van Vivent meer mogelijkheden tot afstemming en overleg met collega's binnen het thuiszorgteam.

Wijknetwerken

Het zorgkantoor beschrijft in zijn beleidsdocument wijknetwerken (2012) zijn visie voor het inkoopbeleid van 2013. In dit beleidsdocument wordt beschreven dat het zorgkantoor de samenwerking tussen het professionals in de eerste lijn wil verbeteren door het oprichten van wijknetwerken, zodat de zorg voor de burger dichtbij en samenhangend is. Dit kan resulteren in een betere kwaliteit van leven en gezondheid van de burgers, wat ze in staat stelt om langer thuis te blijven wonen (Coöperatie VGZ, 2012). Ook de gemeente 's-Hertogenbosch wil de eerstelijnszorg verbeteren door het oprichten van wijknetwerken. Een onderdeel van dit wijknetwerk is het wijkteam, waarbij het wijkteam wordt samengesteld op basis van de problematiek in de wijk. Per wijk zal er gekeken worden welke professionals deel moeten uitmaken van dit wijkteam. Dit kunnen volgens de gemeente professionals uit verschillende domeinen zijn; zorg, welzijn, werk en inkomen en maatschappelijke ondersteuning. Ook het zorgkantoor beschrijft in het beleidsdocument wijknetwerken dat over het algemeen de huisarts, wijkverpleegkundige en een welzijnsorganisatie een belangrijk deel uitmaken van dit wijkteam (Coöperatie VGZ, 2012). Hierbij geven zowel de gemeente als het zorgkantoor aan dat het van belang is dat de professionals uit het wijkteam onafhankelijk werken van de eigen organisatie. Hiervoor wordt gekozen omdat de keuzes die gemaakt moeten worden genomen tegen de belangen van de eigen organisatie in kunnen gaan. Er kan bijvoorbeeld door het wijkteam besloten worden dat een andere organisatie dan de eigen de zorg beter kan leveren. Daarnaast moet het zorgnetwerk kunnen worden aangesproken op verkeerd gedrag (Coöperatie VGZ, 2012).

Het wijkteam zal bestaan uit eerstelijns professionals die allemaal werken vanuit dezelfde visie en uitgangspunten aldus de gemeente. Die visie is dat er meer moet worden gewerkt vanuit de eigen kracht van de cliënten en minder moet worden doorverwezen naar specialistische zorg in de tweede lijn.

‘We moeten de mensen goed helpen, maar we moeten meer met minder oplossen.’(Gemeente ‘s-Hertogenbosch)

De geïnterviewde beleidsmedewerkers van de gemeente evenals het zorgkantoor geven aan dat de er een goede afstemming moet zijn in de werkzaamheden van de professionals binnen het wijkteam. Ze geven allen aan dat nu bijna alle partijen een coördinerende taak hebben, maar de taakverdeling slecht op elkaar is afgestemd. Binnen het wijkteam ligt de coördinerende functie niet alleen bij een persoon, maar wordt per situatie gekeken wie de regie over de situatie heeft. De professional die op een specifieke casus de meeste expertise heeft neemt ook de coördinatie op zich, aldus de gemeente.

Rol van de wijkverpleegkundige

Zowel het zorgkantoor als de gemeente zien de wijkverpleegkundige als een onderdeel van het wijkteam. Daarbij werkt de wijkverpleegkundige echter wel ‘white label’ en is dus niet gelieerd aan een organisatie.

‘Dat ze een plek krijgen is duidelijk. Het wordt ook een zeer gewaardeerde plek.’(Gemeente ‘s-Hertogenbosch)

Volgens de gemeente zit de wijkverpleegkundige op het snijvlak van medische zorg en het sociale domein en kan hierin een verbindende schakel vormen. De wijkverpleegkundige is een laagdrempelige hulpverlener voor cliënten en staat in verbinding met veel andere hulpverleners.

‘De wijkverpleegkundige komt op een hele bijzondere manier achter de voordeur van mensen. Het is iemand met wie je een vertrouwensrelatie hebt opgebouwd...Dat is een stukje wat andere werkers soms niet kunnen of minder makkelijk kunnen brengen.’
(Gemeente ‘s-Hertogenbosch)

3.2.6 Samenvatting sterke en zwakke punten

Perspectief cliënten

Uit zowel de interviews met cliënten als de vragenlijsten komt het belang van de wijkverpleegkundige voor cliënten naar voren. De wijkverpleegkundigen van beide organisaties worden door alle geïnterviewde cliënten met een ruime voldoende beoordeeld. De wijkverpleegkundige levert een belangrijke bijdrage voor mensen die zelf niet weten bij welke instantie ze moeten aankloppen voor hulp. De wijkverpleegkundige kan hierin een stuk begeleiding geven. Daarnaast speelt de wijkverpleegkundige een belangrijke rol bij de sociale controle van beginnend dementerende ouderen. De wijkverpleegkundige kan op een laagdrempelige wijze de situatie van de cliënten in de gaten houden.

Sterke en zwakke punten werkwijze Vivent

Uit de interviews met zowel de directie, wijkverpleegkundigen en externe samenwerkingspartners blijkt dat het sterke punt van de werkwijze van Vivent de bindende factor van de wijkverpleegkundigen met het thuiszorgteam is. Deze binding stelt de rest van het team in staat om te leren van de kennis en vaardigheden van de wijkverpleegkundige en andersom. Problemen die zich voordoen in de reguliere zorg kunnen direct worden opgepakt. Doordat de wijkverpleegkundige deel uitmaakt van het thuiszorgteam, kan de kennis van de wijkverpleegkundigen als een olievlek steeds verder uitgebreid worden binnen de organisatie.

Voor de samenwerkingspartners vervullen de wijkverpleegkundigen een belangrijke schakel functie naar de thuiszorg toe. Voorheen was er weinig tot geen contact tussen huisartsen of maatschappelijk werk en de thuiszorg, of er was geen duidelijk aanspreekpunt binnen de thuiszorg. Er is met de komst van de wijkverpleegkundigen meer overleg tussen samenwerkingspartners en de thuiszorg en er kan beter inzichtelijk gemaakt worden wat voor activiteiten er worden ingezet bij cliënten. Daarnaast geven twee van de huisartsen aan het prettig vinden dat er niet een extra schakel wordt gecreëerd, maar de wijkverpleegkundige ook zelf de zorg kan inzetten. Ze geven er de voorkeur aan om met Vivent samen te werken, omdat dat van oorsprong de organisatie is waar de huisartsen het meest mee samenwerken. De huisartsen geven dan ook aan dat zij het liefst willen dat alle zorg door Vivent wordt geleverd omdat het de enige thuiszorgorganisatie is waar ze intensief mee samenwerken en waar ze een duidelijk aanspreekpunt hebben.

Als zwakker punt van de werkwijze van de wijkverpleegkundigen van Vivent wordt in de interviews vooral de tijdsplanning en flexibiliteit genoemd. Doordat de wijkverpleegkundige zowel reguliere thuiszorgtaken heeft naast wijkverpleegkundige taken, is het van belang dat de wijkverpleegkundige hier een goede afstemming in vindt. Dit kan betekenen dat zij minder flexibel zijn dan wanneer zij enkel wijkverpleegkundige taken uit zouden voeren. Echter, zowel de samenwerkingspartners als de wijkverpleegkundigen geven aan dat dit in de praktijk niet tot moeilijkheden leidt. Doordat medewerkers uit het reguliere team eventueel taken over kunnen nemen is er meestal wel tijd te vinden. Daarnaast geeft een van de wijkverpleegkundigen aan dat wanneer zij alleen wijkverpleegkundige taken in het kader van het project vervullen, ze ook niet altijd meteen op een casus in kan springen.

Ook wordt de afhankelijkheid van de organisatie als een zwakker punt van de werkwijze van Vivent genoemd. Volgens samenwerkingspartners is het moeilijker om tegen de belangen of wensen van de eigen organisatie in te gaan wanneer dit wel wenselijk is. Een van de huisartsen geeft aan dat ze door deze werkwijze vastzit aan één organisatie, wanneer er al een andere thuiszorgorganisatie bij een cliënt is, wordt er niet nog een nieuwe thuiszorgorganisatie naast gezet.

Sterke en zwakke punten werkwijze IVT/BrabantZorg

Als sterk punt van de werkwijze van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg kwam de onafhankelijkheid die de wijkverpleegkundigen hebben van de organisatie naar voren. Veel van de samenwerkingspartners evenals de wijkverpleegkundigen geven aan dat het prettig is dat zij met iedereen kunnen samenwerken en geen rekening hoeven te houden met belangen en wensen van de organisaties. Wanneer een andere thuiszorgorganisatie beter bij een cliënt past, dan schakelen zij deze ook in.

Daarnaast noemden meerdere samenwerkingspartner, de directie en de wijkverpleegkundigen dat deze werkwijze een grote mate van flexibiliteit oplevert. De wijkverpleegkundigen hebben de tijd en ruimte om direct op casussen in te springen, omdat er de gehele week wijkverpleegkundigen werkzaam zijn. Het stelt de wijkverpleegkundigen in staat op te werken aan het genereren van bekendheid en aan te sluiten bij overleggen. Vanwege de tijd en ruimte die de wijkverpleegkundigen hebben, kunnen ze zich ook richten op de moeilijk bereikbare groepen als mensen met multiple problemen en zorgmijders. Meerdere samenwerkingspartners geven aan dat deze groepen bereikt worden, omdat de wijkverpleegkundigen de tijd hebben om eerst uitgebreid een vertrouwensband met de cliënt op te bouwen.

Een zwakker punt van deze werkwijze is volgens de directie dat er geen binding is met een thuiszorgteam, hierdoor wordt het moeilijker om de verzorgende en verpleegkundigen uit de reguliere teams te laten beschikken over een zelfde netwerk en kennis die de wijkverpleegkundigen hebben. Daarnaast is het voor de organisatie een dure kostenpost wanneer het project niet gesubsidieerd zou worden, omdat de wijkverpleegkundigen geheel zonder indicatie werken.

Doordat de wijkverpleegkundigen bij IVT/BrabantZorg breed worden ingezet op allerlei verschillende casussen, is het volgens samenwerkingspartners en de directie soms moeilijk om het eigen domein te blijven begrenzen en niet op het werkterrein van andere disciplines te werken. Dit risico wordt verkleind door bij iedere casus een duidelijke afstemming in de werkzaamheden met de samenwerkingspartners te maken.

Perspectief gemeente zorgkantoor

De gemeente en het zorgkantoor geven zowel in de beleidsdocumenten als in de interviews duidelijk aan te willen naar een 'white label' positionering van de wijkverpleegkundige in de toekomst. Ze vinden zowel de werkwijze van de wijkverpleegkundigen van Vivent als van IVT/BrabantZorg weinig toekomstbestendig. Het zwakke punt van beide organisaties is volgens zowel de gemeente als het zorgkantoor, dat de wijkverpleegkundigen niet autonoom van de eigen organisatie kunnen handelen. Hierdoor ontstaat volgens de gemeente en het zorgkantoor het risico dat de wijkverpleegkundigen productie gaan genereren voor de eigen organisatie. De prikkel om te denken in termen van productie binnen de thuiszorg willen de gemeente en het zorgkantoor tegen gaan. Daarbij willen zowel de gemeente als het zorgkantoor dat er oplossingen worden gezocht in de nulde lijn en minder mensen onnodig in het reguliere zorgcircuit gehouden worden.

3.3 Bereikte resultaten wijkverpleegkundige

Doelstelling 3:

De bereikte resultaten van beide projecten in termen van het bereiken van cliënten, de ingezette activiteiten en de uitkomsten

Gegevens in dit hoofdstuk zijn verzameld vanaf de start van het project (Vivent oktober 2009, IVT/BrabantZorg november 2010) tot 1 oktober 2012. Beide organisaties hebben de formatie wijkverpleegkundigen in 2012 uitgebreid (Vivent vanaf januari 2012 met 2,0 fte, IVT/BrabantZorg vanaf april 2012 met 0,8 fte), deze uitbreidingen zijn in de gegevens meegenomen.

3.3.1 Bereik cliënten

Wat betreft het aantal bereikte cliënten hebben we ons beperkt tot 2011 (zie tabel 6). Dit om ingewikkelde rekenconstructies vanwege verschillende startdata en veranderingen in het aantal fte in 2012 te voorkomen. De wijkverpleegkundigen van Vivent blijken in 2011 per ingezette fte zes cliënten meer bereikt te hebben dan de wijkverpleegkundigen van IVT/Brabantzorg.

Een overzicht van de cliëntenpopulatie en de kenmerken blijkend uit de ZonMw rapportages (Vivent, 2012b, IVT, 2012b) van beide organisaties kan gevonden worden in tabel 6. Opvallend is dat er geen grote verschillen worden gevonden in de kenmerken van de cliënten bij beide organisaties. Verder kan uit deze gegevens opgemaakt worden dat IVT/BrabantZorg zijn doelstelling om 300 cliënten te

bereiken ruim behaald heeft. Bij Vivent is het niet gelukt om de doelstelling van 200 cliënten te behalen. De hoge standaarddeviatie die wordt gevonden bij de gemiddelde leeftijd van de cliënten geeft aan dat er bij beide organisaties een grote variatie zit in de leeftijd van cliënten.

	Vivent	IVT/BrabantZorg
Aantal bereikte cliënten in 2011	61	169
Aantal fte in 2011	0,8 fte	2,4 fte
Aantal bereikte cliënten per fte in 2011	76	70
Totaal aantal bereikte cliënten t/m 31-12-2012	161	370
Geslacht cliënten (% v/m/onbekend)	64.0/34.6/1,6	59.2/38.6/2,2
Gemiddelde (SD) leeftijd (jr)	70,3 (SD 11,2)	67,8 (SD 15,4)
Cliënten van Nederlandse afkomst (%)	34,6	71,4
Cliënten van buitenlandse afkomst (%)	16,9	22,5
Cliënten met onbekende afkomst (%)	66/48,5	6,1
Cliënten alleen wonend (%)	41,2	46,0
Cliënten wonend met partner (%)	18,4	26,7
Cliënten wonend met partner en kinderen (%)	6,6	8,4
Anders (%)	33,8	18,9
Gem (SD) aantal personen in huishouden	1,5± (SD 1,0)	1,6± (SD 1,2)
Gepensioneerde cliënten (%)	45,6	59,5
Arbeidsongeschikte cliënten (%)	7,4	13,2
Cliënten met betaald werk (%)	4,4	2,6
Cliënten met andere maatschappelijke positie (%)	9,5	14,8
Onbekend (%)	33,1	9,9
Cliënten met inkomen uit AOW/Pensioen (%)	50,7	60,8
Cliënten met inkomen uit uitkering (%)	11,0	18,6
Cliënten met andere bronnen van inkomen (%)	7,3	8,7
Onbekend (%)	31,0	11,9

Tabel 6: kenmerken cliëntenpopulatie

3.3.2 Cliëntcontact en hulpvraag

Doorverwijzingen naar wijkverpleegkundige

In tabel 7 wordt een overzicht gegeven van de doorverwijzingen van beide organisaties. Vanuit zowel de interviews als de rapportages die beide organisatie moeten bijhouden voor ZonMw blijkt dat de meeste doorverwijzingen naar de wijkverpleegkundige van Vivent komen van de huisarts. Het aantal doorverwijzingen vanuit de huisarts ligt bij Vivent (39,7%) opvallend hoger dan bij IVT/BrabantZorg (16,4%). Uit de interviews bleek al dat de wijkverpleegkundigen van Vivent werken vanuit het cliëntenbestand van de huisartsen, en dat de wijkverpleegkundigen van Vivent de huisarts als belangrijkste samenwerkingspartner zagen, dit wordt door de ZonMw rapportages bevestigd. Daarnaast ligt ook het aantal verwijzingen vanuit de wijkverpleegkundige zelf hoger bij Vivent dan bij IVT/BrabantZorg. Uit de interviews blijkt dat de wijkverpleegkundigen van Vivent de doelgroep ouderen actief opzoeken zonder doorverwijzing. Opvallend is dat bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg een groot gedeelte van de cliënten wordt doorverwezen door de woningbouwvereniging. Ook een groot percentage cliënten van IVT/BrabantZorg neemt zelf contact op met de wijkverpleegkundige in vergelijking met de wijkverpleegkundigen van Vivent. Als laatst wordt gezien dat 13,5% van de doorverwijzingen van IVT/BrabantZorg wordt geclassificeerd onder 'anders', hierbij kan gedacht worden aan andere samenwerkingspartners van de wijkverpleegkundigen zoals MEE, Novadic Kentron en de GGZ.

Doorverwijzingen naar wijkverpleegkundige*	Vivent (%) (n:160)	IVT/BrabantZorg (%) (n:383)**
Centrum Jeugd en Gezin	0,0	0,0
WMO-loket	2,9	0,6
Meldpunt van GGD	0,0	0,0
Woningbouwvereniging	1,5	10,3
Wijkagent	0,0	4,8
Wijkcentrum	0,7	7,1
Welzijnsorganisatie	4,4	2,6
Algemeen maatschappelijk werk	2,9	4,8
Huisarts/POH'er	39,7	16,4
Thuiszorg	5,9	6,1
Hulpverlener 'Zichtbare schakel'	29,4	2,6
Buurtbewoner(s)	0,0	6,8
Gezinslid/familielid/mantelzorger	11,0	17,0
Cliënt zelf	7,4	25,7
Anders	8,1	13,5

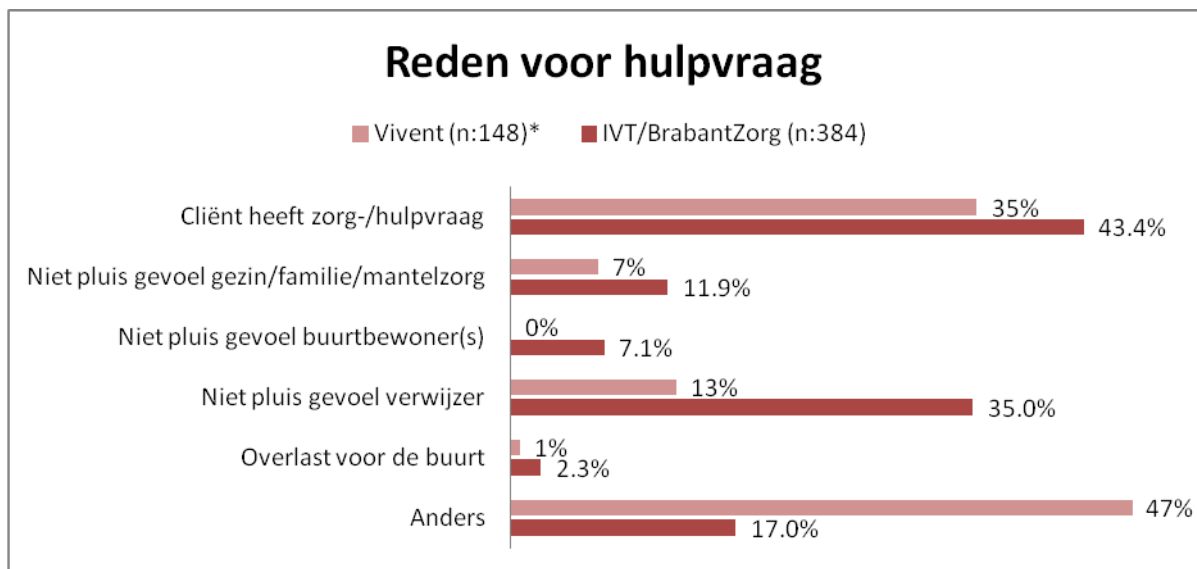
Tabel 7: doorverwijzingen naar wijkverpleegkundige

*Meerdere doorverwijzers mogelijk

** Missing (Vivent, 3,7%)(IVT/BrabantZorg 4,8%)

Reden van hulpvraag

De belangrijkste redenen waarvoor de wijkverpleegkundige wordt ingeschakeld blijkend uit de ZonMw rapportages van beide organisaties worden getoond in figuur 1. Voor beide organisaties geldt dat de wijkverpleegkundige voornamelijk worden ingeschakeld omdat de cliënt een zorg- en/of hulpvraag heeft. Een belangrijk verschil tussen beide organisaties wordt gevonden in het inschakelen van de wijkverpleegkundigen door buurtbewoners en andere verwijzers. Uit de ZonMw rapportages blijkt dat de wijkverpleegkundige van Vivent helemaal niet wordt ingeschakeld door buurtbewoners, waar de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg in 7,1% van de casussen worden ingeschakeld door een niet plus gevoel van een buurtbewoner. Ook het 'niet plus gevoel' van een verwijzer lijkt bij IVT/BrabantZorg een belangrijkere rol te spelen in het inschakelen van de wijkverpleegkundige dan bij de wijkverpleegkundigen van Vivent. Bij Vivent wordt een groot deel van de redenen voor doorverwijzing geclassificeerd als 'anders'. Vanuit de interviews met de netwerkpartners blijkt dat de wijkverpleegkundige vaak wordt ingeschakeld om te proberen zorgmijders toch in zorg te krijgen. Daarnaast zoeken de wijkverpleegkundigen de doelgroep ouderen outreachend op, zonder dat er een directe hulpvraag is. Mogelijk worden deze cliënten geclassificeerd onder 'anders'.



Figuur 1: reden hulpvraag wijkverpleegkundige

* Missing (Vivent, 6,6%)(IVT/BrabantZorg 6,8%)

Problematiek

Voor IVT/BrabantZorg is de meest voorkomende problematiek bij cliënten die op het terrein van gezondheid, ziekte en medicatie en problemen op het terrein van zelfredzaamheid en participatie (zie tabel 8). Bij Vivent worden naast bovengenoemde problematiek ook een hoog percentage van de problematiek onder 'anders' geclassificeerd, hierbij kan gedacht worden aan kleine specifieke hulpvragen en ongevraagde hulpverlening vanwege het outreachend benaderen van cliënten. Een duidelijk verschil tussen beide organisaties wordt gevonden in de problematiek op het gebied van het welbevinden van de cliënt. Bij IVT/BrabantZorg heeft bijna de helft van de casussen te maken met problematiek op het gebied van het welbevinden van de cliënt, terwijl dit bij Vivent slechts 18% is. Een opvallend verschil wordt ook gevonden bij de problematiek op het gebied van de leefstijl van de cliënt. Bij Vivent heeft slechts 10% van de casussen te maken met problematiek op het gebied van leefstijl, terwijl bij IVT/BrabantZorg 26% van de casussen te maken hebben met problematiek op het gebied van leefstijl.

Type problematiek *	Vivent (%) (n:243)**	IVT/BrabantZorg (%) (n:827)
Materiële zaken	10	19
Werk/onderwijs/dagbesteding	4	10
Woon- en leefomgeving	18	29
Zelfredzaamheid en participatie	28	51
Welbevinden	18	49
Gezondheid en ziekte, medicatie	39	53
Leefstijl	10	26
Opvoedingsproblemen	2/2	6
Anders	40	14

Tabel 8: Type problematiek

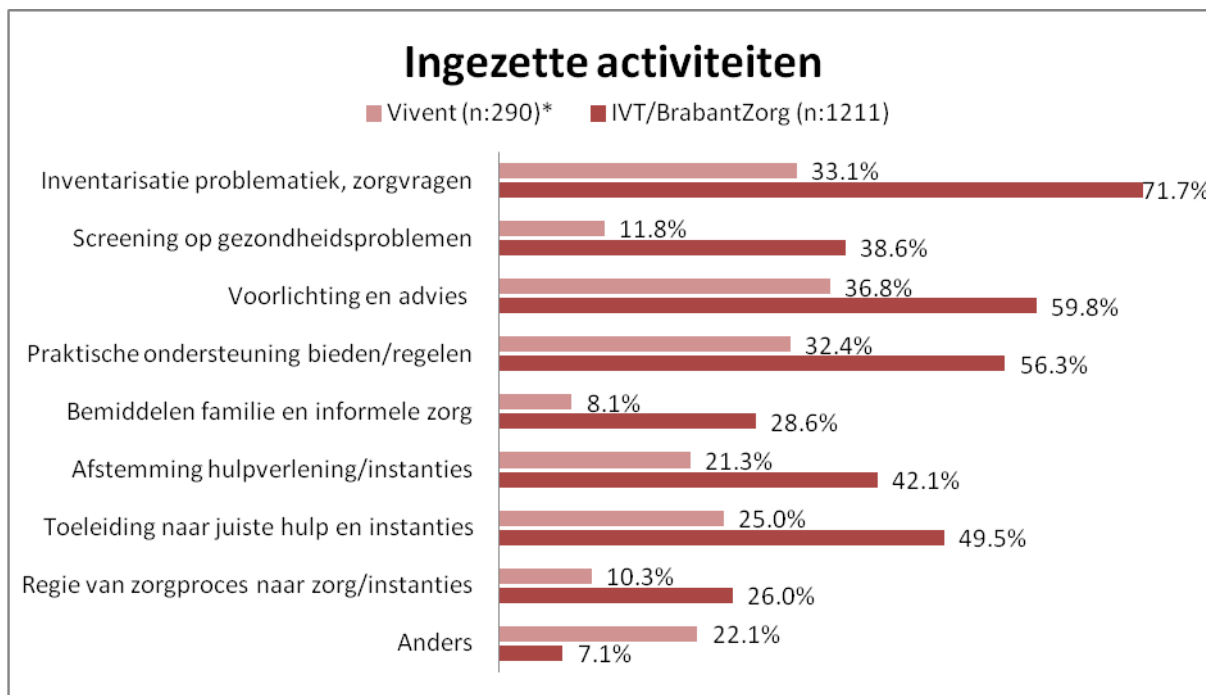
*Meerdere types problematiek mogelijk

** Missing (Vivent 11,8%, IVT/BrabantZorg 10,9%)

Ingezette activiteiten

Figuur 3 toont de activiteiten die zijn ingezet door de wijkverpleegkundige blijvend uit de ZonMw rapportages. In de grafiek kan gezien worden dat er bij alle activiteiten een duidelijk verschil wordt gevonden tussen beide organisaties, waarbij de ingezette activiteiten bij IVT/BrabantZorg over vrijwel alle activiteiten hoger liggen. Uit de interviews bleek dat de cliënten van IVT/BrabantZorg langer worden begeleid door de wijkverpleegkundigen, waardoor zij mogelijk ook meer verschillende activiteiten inzetten.

Uit de grafiek kan verder worden opgemaakt dat de belangrijkste ingezette activiteiten van de wijkverpleegkundigen bij beide organisaties de inventarisatie van de problematiek en zorgvragen van de cliënt, voorlichting en advies en praktische ondersteuning bieden/regelen zijn. Bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg wordt er echter bij meer dan 70% van de cliënten een inventarisatie gemaakt van de problematiek en/of zorgvragen, waar dit bij Vivent 33% is. Net als in de andere figuren, wordt door de wijkverpleegkundigen van Vivent ook hier relatief vaak 'anders' ingevuld. Hierbij kan gedacht worden aan activiteiten die niet specifiek gericht zijn op een hulpvraag zoals het proberen in zorg te krijgen van 'zorgmijders'.



Figuur 2: Ingezette activiteiten

* Missing (Vivent, 12,5%)(IVT/BrabantZorg 9,6%)

Karakteristieken hulpverlening

In tabel 9 worden de karakteristieken van de hulpverlening van de wijkverpleegkundigen van beide organisaties getoond. Gezien wordt dat bij beide organisaties bij meer dan de helft van de cliënten al een of meerdere andere hulpverleners betrokken zijn. Bij de cliënten van IVT/BrabantZorg ligt het gemiddelde aantal hulpverleners dat betrokken is bij een cliënt zelfs nog iets hoger dan bij Vivent. Uit de interviews van doelstelling een en twee werd de verwachting al geschept dat het zorgverleningstraject bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg een langer traject is dan bij de wijkverpleegkundigen van Vivent. De gegevens uit de ZonMw rapportages bevestigen dit. Uit deze rapportages blijkt dat de contactperiode met de cliënten van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg gemiddeld meer dan vijf weken langer is dan die van Vivent. Daarnaast hebben de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg gemiddeld ook meer contactmomenten nodig dan de wijkverpleegkundigen van Vivent. De hoge standaarddeviaties die worden gevonden bij de gemiddelde contactperiode en het aantal contacten duiden erop dat er een grote variatie is tussen cliënten.

	Vivent (n:136)***	IVT/BrabantZorg (n:311)
% Hulp andere personen/instanties	50,7	68,5
Gemiddeld aantal (SD) hulpverleners	2 (SD 1,6)	2,9 (SD 1,9)
Gemiddelde contactperiode (SD) in weken	4,4 (SD 6,0)	10 (SD 8,4)
Gemiddeld aantal (SD) face-to-face contacten	0,9 (SD 1,1)	3,6 (SD 3,5)
% Afgeronde casussen*	69,9	78,1
% Goed afgeronde contacten**	63,2	65,0

Tabel 9: karakteristieken hulpverlening wijkverpleegkundige

*Een casus is wordt afgerond wanneer het contact met de cliënt afgesloten wordt en er geen activiteiten meer worden ingezet

** Casus is naar tevredenheid van de wijkverpleegkundige afgerond

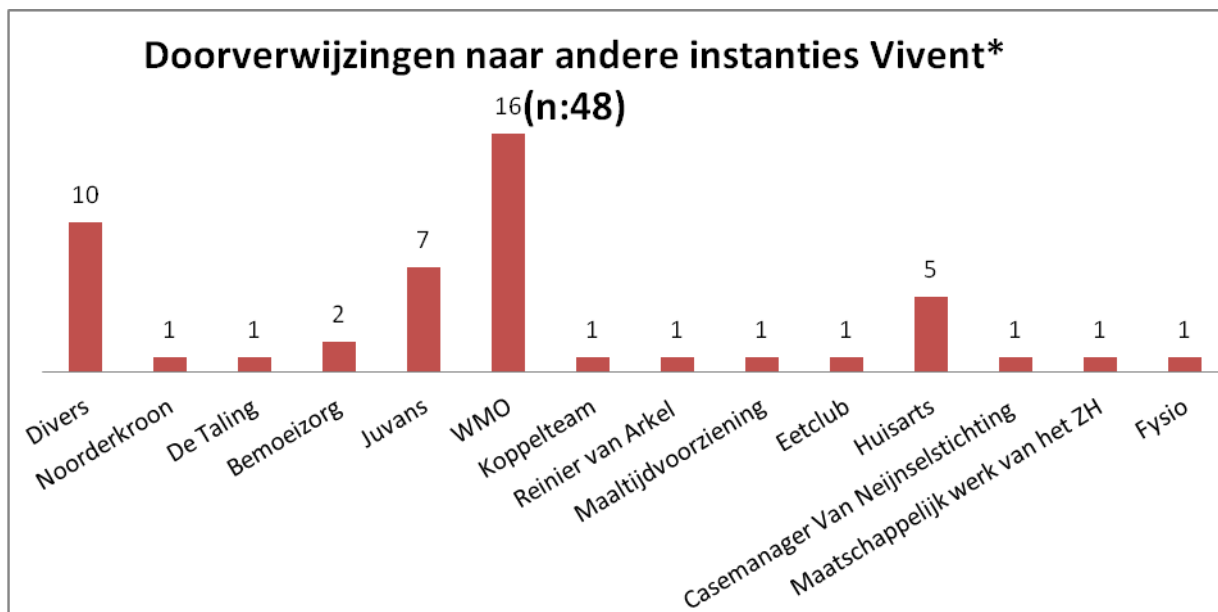
*** Missing/niet van toepassing(Vivent 10,3/22,1%, IVT/BrabantZorg 9,3/14,8%)

3.3.3 Doorverwijzingen wijkverpleegkundige

Doorverwijzingen vanuit wijkverpleegkundige Vivent

In figuur 3 wordt een overzicht gegeven van de verwijzingen van de wijkverpleegkundigen naar hulpverlening buiten de eigen organisatie. De meeste doorverwijzingen worden gedaan naar de WMO, uit de interviews blijkt dat de WMO meestal wordt ingeschakeld als een cliënt aanpassingen in huis of huishoudelijke hulp nodig heeft.

Uit deze grafiek kan worden opgemaakt dat er naast de WMO veel wordt doorverwezen naar de instanties die onderdeel uitmaken van de samenwerking die de wijkverpleegkundigen hebben binnen het wijknetwerk en het gezondheidscentrum, namelijk de huisarts, divers welzijn en Juvans maatschappelijk werk. Er zijn geen exacte cijfers bekend over het percentage cliënten van Vivent dat wordt doorverwezen naar andere instanties. Echter wanneer het aantal doorverwijzingen wordt berekend naar het aantal cliënten, wordt gezien dat ongeveer 36% van de cliënten is doorverwezen naar een instantie buiten Vivent. Mogelijk valt dit cijfer iets lager uit omdat het mogelijk is dat één cliënt naar meerdere instanties is doorverwezen.



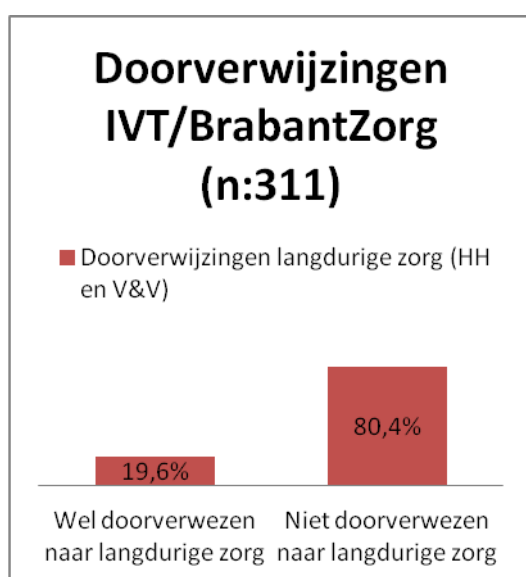
Figuur 3: doorverwijzingen Vivent (in absolute aantallen)

*Meerdere doorverwijzingen mogelijk

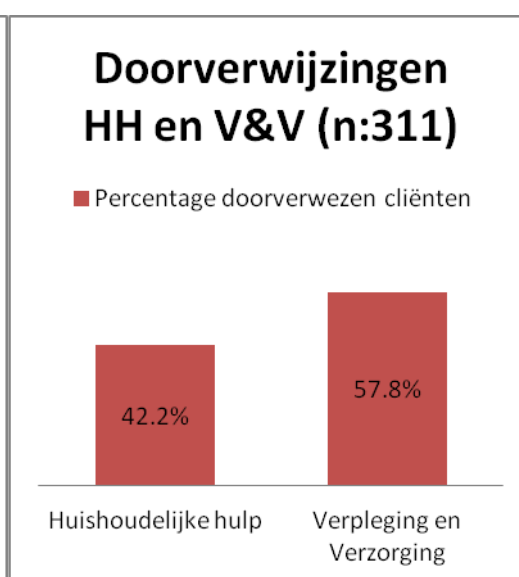
Doorverwijzingen vanuit wijkverpleegkundige IVT/BrabantZorg

Van het totaal aantal cliënten dat door de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg wordt gezien, wordt er bij 56,9% van de cliënten hulpverlening uit de nulde lijn ingezet (IVT Thuiszorg, 2012a). Dit kan bestaan uit vrijwilligers, mantelzorgers of bijvoorbeeld burenhulp.

Figuur 4 toont de doorverwijzingen van de wijkverpleegkundigen naar langdurige zorg op basis van een indicatie (Verpleging en Verzorging of Huishoudelijke hulp). In de grafiek kan gezien worden dat ongeveer 20% van de cliënten van de wijkverpleegkundige van IVT/BrabantZorg wordt doorverwezen naar langdurige zorg. Figuur 5 toont vervolgens of deze 20% van de cliënten is doorverwezen naar huishoudelijke hulpverlening of verpleging en verzorging. Uit de tabel kan worden afgelezen dat iets meer dan de helft van de cliënten waarvoor langdurige zorg wordt ingezet, wordt doorverwezen naar Verpleging en Verzorging, iets minder dan de helft naar huishoudelijke hulpverlening.



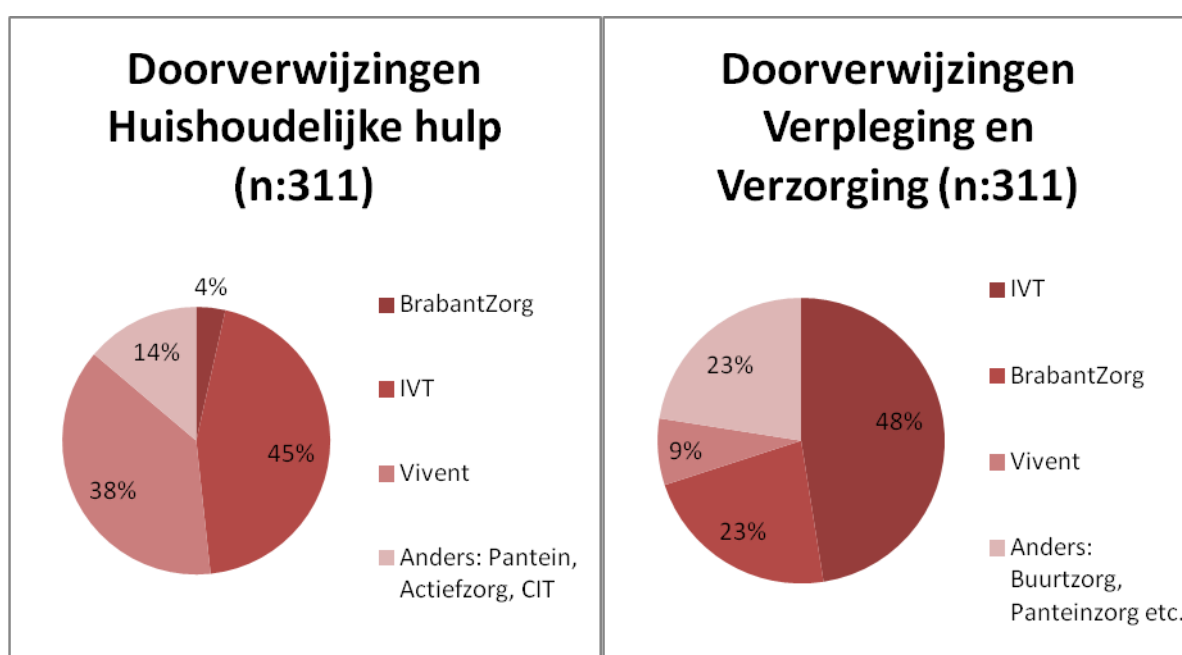
Figuur 4: Doorverwijzingen langdurige zorg



Figuur 5: Verwijzingen HH en V&V door wvp IVT/BrabantZorg

Uit figuur 6 blijkt dat wanneer er wordt doorverwezen naar huishoudelijke hulpverlening, dit in het grootste gedeelte van de gevallen IVT is, gevolgd door huishoudelijke hulp van Vivent. Cliënten die geen voorkeur voor een aanbieder huishoudelijke hulp hebben worden vanuit de gemeente altijd doorverwezen naar IVT.

In figuur 7 worden de doorverwijzingen naar verpleging en verzorging getoond. Uit de grafiek kan worden opgemaakt dat iets meer dan de helft van de cliënten wordt doorverwezen naar een van de eigen organisaties (IVT of BrabantZorg). De wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg gaven in de interviews aan, dat wanneer er langdurige zorg ingeschakeld moet worden, zij vaak als eerst terecht kunnen bij de eigen organisaties. Daarnaast valt het percentage doorverwijzingen naar de eigen organisaties relatief hoger uit doordat het project wordt uitgevoerd door twee thuiszorgorganisaties die beide een groot gedeelte van de wijken in 's-Hertogenbosch West voorzien van verpleging en verzorging en huishoudelijke hulp.



Figuur 6: Doorverwijzingen HH door wvp IVT/BrabantZorg

Figuur 7: Doorverwijzingen V&V door wvp IVT/BrabantZorg

3.3.4 Begrote exploitatiekosten Zichtbare schakel project

Tabel 10 toont een overzicht van de exploitatiekosten van het Zichtbare schakel project volgens de begroting van beide organisaties voorafgaand aan het project. In de beschrijving van de kosten van het Zichtbare schakel project van beide organisaties moet rekening worden gehouden met de looptijd van het project en het aantal ingezette fte's. De wijkverpleegkundigen van Vivent zijn in oktober 2009 begonnen met hun werkzaamheden, de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg zijn in november 2010 begonnen met hun werkzaamheden. Daarnaast hebben IVT en BrabantZorg vanaf de start 2,4 fte aan wijkverpleegkundigen ingezet, waar Vivent 0,8 fte aan wijkverpleegkundigen heeft ingezet. Beide organisaties hebben tijdens het project nog uitbreiding gekregen van de subsidie van ZonMw om extra wijkverpleegkundigen in te zetten, deze extra fte zijn niet meegenomen in de berekening van de kosten.

Verder kan uit de tabel kan worden opgemaakt dat de overhead kosten bij IVT/BrabantZorg hoger zijn begroot dan bij Vivent. Vivent heeft de overhead kosten begroot op 20%, waar IVT/BrabantZorg de overhead kosten heeft begroot op 30%. Beide organisaties maken een verdeling van de overhead kosten van 50/50 tussen de algemene overhead kosten zoals huisvestingskosten, kantoomaterialen en de kosten voor directe ondersteuning en begeleiding van de wijkverpleegkundigen.

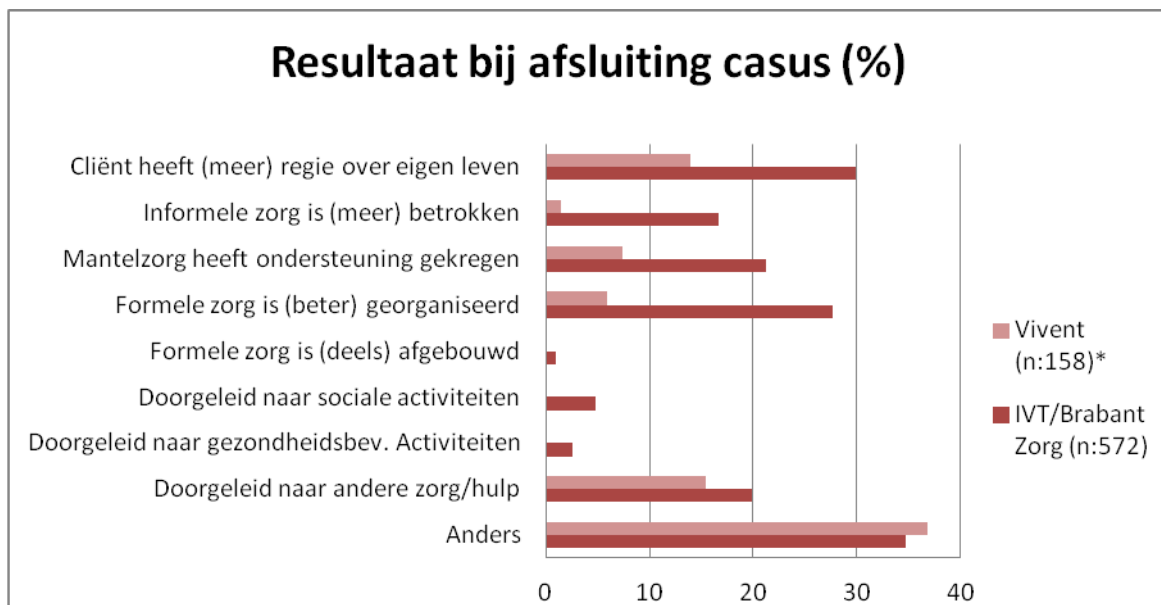
Vanuit de tabel kan worden afgelezen dat de kosten voor het gehele project bij IVT/BrabantZorg hoger begroot zijn dan bij Vivent. IVT/Brabant geeft daarbij voornamelijk meer uit aan de Voorlichting en PR en heeft de overhead kosten voor het gehele project hoger begroot dan Vivent, terwijl ook de personele kosten per jaar/fte hoger zijn.

	Vivent	IVT/BrabantZorg
Aantal ingezette fte's	0.8	2.4
Duur project (mnd)	39	26
Personeelskosten totale project	€ 157.398,-	€ 336.222,-
Personeelskosten per jaar/fte	€ 60.538,-	€ 64.658,-
Overhead kosten per jaar/fte	€ 10.090,-	€ 14.920,-
Voorlichting en PR (totaal project)	€ 3.000,-	€ 12.500,-
Totale kosten Zs project	€ 160.398,-	€ 348.722,-
Totale kosten Zs project per jaar/fte	€ 61.692,-	€ 67.062,-

Tabel 10: Begrote exploitatie kosten Zs-project

3.3.5 Uitkomsten ingezette activiteiten wijkverpleegkundige

In figuur 8 worden de resultaten van de hulpverlening van de wijkverpleegkundige voor de cliënten getoond na afronding van de casus. Uit de grafiek is af te lijden dat een groot gedeelte van de cliënten meer regie over hun eigen leven hebben, en dat relatief veel cliënten worden doorgeleid naar andere zorg of hulp. Een verschil tussen de organisaties wordt gevonden in de organisatie van formele zorg, de betrokkenheid van informele zorg en de ondersteuning van de mantelzorgers. Bij de cliënten van de wijkverpleegkundige van IVT/BrabantZorg worden deze resultaten vaker behaald dan bij de wijkverpleegkundigen van Vivent. De wijkverpleegkundigen van beide organisaties geven aan dat een groot deel van de resultaten valt onder 'anders', vanuit de interviews met de cliënten kwam naar voren dat een stuk structuur en begeleiding bieden een belangrijke activiteit is van de wijkverpleegkundigen, mogelijk is het moeilijk om hier een duidelijk resultaat aan te verbinden. Daarnaast kan aan het outreachend benaderen van de doelgroep ouderen mogelijk niet altijd een duidelijk resultaat verbonden worden.



Figuur 8: resultaat hulpverlening

* Missing (Vivent, 13,2%, IVT/BrabantZorg 10,6%)

3.3.6 Samenvatting bereik cliënten, ingezette activiteiten en resultaten

Bereik cliënten

De cliënten die bereikt worden door de wijkverpleegkundigen van beide organisaties zijn vergelijkbaar, de karakteristieken van beide cliëntenpopulaties tonen geen grote verschillen. Beide projecten worden uitgevoerd in achterstandwijken, uit de wijkanalyse die onderdeel is van de subsidieaanvraag blijkt ook dat de problematiek in beide wijken vergelijkbaar is. Wanneer het aantal bereikte cliënten wordt gecompenseerd voor het aantal ingezette fte en de duur van het project, blijkt dat de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg meer cliënten bereiken per jaar dan de wijkverpleegkundigen van Vivent.

Uit de rapportages kan worden geconcludeerd dat de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg de doelstelling om 300 cliënten te bereiken voor het eind van het project (eind 2012) in september al behaald te hebben. Vivent ligt nog niet op koers om de doelstelling van 200 cliënten te behalen.

Cliënt contact

De ZonMw rapportages van beide organisaties tonen een verschil in de manier waarop cliënten binnenkomen bij de wijkverpleegkundige. Bij de wijkverpleegkundigen van Vivent is de huisarts de belangrijkste doorverwijzer, daarnaast zijn de wijkverpleegkundigen zelf, Divers welzijn, de thuiszorg en maatschappelijk werk belangrijke doorverwijzers. Er wordt minder vaak vanuit de cliënt zelf of vanuit buurtbewoners contact opgenomen met de wijkverpleegkundige. Ondanks dat de het Zichtbare schakel project van IVT/BrabantZorg later van start is gegaan, wordt een grote verscheidenheid aan doorverwijzers gevonden. Bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg zijn naast de huisarts, de cliënt zelf en een gezinslid of mantelzorger de belangrijkste doorverwijzers. Daarnaast wordt er opvallend meer doorverwezen vanuit het wijkcentrum, de wijkagent en de woningbouwvereniging.

Wanneer de wijkverpleegkundigen worden ingeschakeld gaat dit bij beide organisaties voornamelijk om problematiek gerelateerd aan gezondheid, ziekte of medicatie en zelfredzaamheid en participatie.

Dat de wijkverpleegkundigen voor deze problematiek wordt ingeschakeld wordt bevestigd door de interviews met de netwerkpartners van beide organisaties.

Bij de ingezette activiteiten van de wijkverpleegkundigen, blijkt bij vrijwel alle activiteiten een verschil tussen de wijkverpleegkundigen van Vivent en IVT/BrabantZorg. De wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg gaven in de interviews van voorgaande doelstellingen al aan, dat zij veel multiple probleem gezinnen begeleiden, waarbij het hulpverleningstraject langer is dan bij andere doelgroepen. Waarschijnlijk wordt er bij deze doelgroep ook meer verschillende activiteiten ingezet dan bij andere doelgroepen. Verder blijkt uit de ZonMw rapportages dat de activiteiten die het meest worden ingezet de 'inventarisaties van problematiek/zorgvragen', 'voorlichting en advies' en 'praktische ondersteuning' zijn.

Een opvallend verschil tussen beide organisaties wordt gevonden in de duur van de hulpverlening en het aantal 'face-to-face' contacten die worden afgelegd door de wijkverpleegkundigen. Bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg is de gemiddelde contactperiode van 10 (SD 8,4) weken meer dan het dubbele van de 4,4 (SD 6,0) weken van de wijkverpleegkundigen van Vivent. Daarnaast ligt het gemiddeld aantal contacten bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg vier keer zo hoog (gem. 3,6 (SD 3,5) contacten) als bij de wijkverpleegkundigen van Vivent waar het gemiddeld aantal contacten 0,9 (SD 1,1) is. Deze verschillen komen overeen met wat uit de interviews voor voorgaande doelstellingen naar voren kwam. Hierin is gezegd dat de hulpverlening van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg meestal lange trajecten zijn met veel contactmomenten, waar de wijkverpleegkundigen van Vivent aangaven eerder door te verwijzen naar andere instanties als de hulpverlening te lang duurt.

Begrote exploitatiekosten wijkverpleegkundige

De exploitatiekosten die beide organisaties begroot hebben voor de implementatie en uitvoering van het Zichtbare schakel project liggen voor IVT hoger dan bij Vivent. De personeelskosten die beide organisaties voorafgaand aan het project hebben begroot, komen bij IVT/BrabantZorg iets hoger uit, wanneer deze kosten worden gecompenseerd voor de duur van het project. Een groter verschil wordt gevonden in de kosten die besteed worden aan de voorlichting en PR, Vivent heeft voor het gehele project hier 3.000 euro voor begroot terwijl IVT/BrabantZorg hier 12.500 euro voor hebben begroot. Uit de interviews met de wijkverpleegkundigen en directie van IVT/BrabantZorg bleek al dat de wijkverpleegkundigen hier bij de eerste maanden van het project een hun tijd voornamelijk hebben besteed aan het genereren van bekendheid, hierbij speelt de voorlichting en PR een belangrijke rol. Bij de wijkverpleegkundigen van Vivent is een deel van de bekendheid al gehaald uit het werken vanuit een thuiszorgteam en het werken met het klantenbestand van de huisartsen. Daarnaast is de duur van het project van invloed op de begrote kosten voor voorlichting en PR, omdat deze kosten voor het gehele project begroot zijn, kunnen deze bij Vivent over een langere tijd verspreid worden dan bij IVT en BrabantZorg. Andersom kan beredeneerd worden dat Vivent ondanks een langere loopduur van het project ook minder kosten maakt voor voorlichting en PR. Naast een verschil in de begrote kosten voor voorlichting en PR is er een verschil in begrote kosten in overhead, IVT/BrabantZorg heeft de overhead voor het gehele project begroot op 30% waar Vivent de overhead heeft begroot op 20%.

Resultaten

Uit de ZonMw rapportages komt voornamelijk naar voren dat de cliënten meer regie hebben over hun eigen leven en het leveren van ondersteuning aan de mantelzorgers belangrijke resultaten zijn

van de hulpverlening van de wijkverpleegkundigen. Uit de interviews met de cliënten bleek dat de wijkverpleegkundigen een belangrijke rol spelen in het bieden van structuur en sociale begeleiding/ondersteuning. Hierbij gaven de cliënten aan dat het moeilijk was voor hen om hier een duidelijk resultaat aan te verbinden, omdat dit voor de cliënten iets wat moeilijk 'te verwoorden' en 'niet tastbaar' is, maar wel van groot belang.

Een van de resultaten die uit zowel de ZonMw rapportages als de interviews met de netwerkpartners naar voren komt, is dat de wijkverpleegkundigen een belangrijke rol spelen in het doorleiden van cliënten naar andere zorg of hulp. Uit de interviews bleek dat de wijkverpleegkundigen worden ingezet om cliënten of 'zorgmijders' alsnog in zorg te krijgen. Daarnaast komt uit zowel de interviews als de ZonMw rapportages naar voren dat bijna de helft van de cliënten die voorheen niet in beeld waren bij hulpverleners, nu wel door de wijkverpleegkundigen bereikt worden. Het lijkt erop dat de wijkverpleegkundigen ook de mensen bereiken die voorheen 'tussen wal en schip' vielen.

3.4 Over- en afwegingen gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor voor financiering Zichtbare schakel projecten

Doelstelling 4:

De over- en afwegingen van de gemeente 's-Hertogenbosch en het zorgkantoor voor financiering van de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' na 2012

De white label positionering van de wijkverpleegkundige, waar de gemeente en het zorgkantoor van VGZ een groot belang aan hechten in de interviews voor doelstelling twee, komt in de over- en afwegingen voor de financiering van de Zichtbare schakel projecten na 2012 vrijwel niet naar voren. Mogelijk is hier sprake van voortschrijdend inzicht, daarnaast geven de gemeente en het zorgkantoor aan zich voor nu te willen richten op de financiering van de wijkverpleegkundige voor de komende twee jaar. De white label positionering van de wijkverpleegkundige is een langere termijn visie, die mogelijk niet meteen doorgevoerd kan worden.

Vertegenwoordigers van de belangrijkste financiers van de wijkverpleegkundige in de toekomst, de gemeente en het zorgkantoor, zijn gevraagd naar hun over- en afwegingen wat betreft de financiering van de wijkverpleegkundige na 2012. Definitieve keuzes kunnen dus niet gepresenteerd worden, wel de gedachtegang en afwegingen die voor de toekomstige financiers van belang zijn om een keuze te maken in de financiering voor de Zichtbare schakel projecten na 2012.

De gemeente heeft via een decentralisatie uitkering de beschikking gekregen over extra geld om te besteden aan de al lopende Zichtbare schakel projecten tot 2015 (Ministerie VWS, 2012). De gemeente geeft in het interview aan dat de financiering die beschikbaar is gekomen niet toerijkend zal zijn om de lopende Zichtbare schakel projecten in 's-Hertogenbosch volledig te financieren. Vanuit de decentralisatie-uitkering is geld beschikbaar om ongeveer 75% van de huidige projecten voort te zetten. Vanwege bezuinigingen binnen de gemeente is besloten om de decentralisatie uitkering niet aan te vullen.

De gemeente geeft allereerst aan dat zij wil kijken waar gezondheidswinst valt te behalen voor de cliënt. Volgens de gemeente valt de meeste winst te behalen binnen het domein zorg, met name in de afstemming tussen de hulpverleners binnen dit domein. De gemeente wil de verbinding tussen de huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige versterken en daarbij de verbinding maken met de WMO. De gemeente geeft aan te willen voorkomen dat verschillende hulpverleners dezelfde

taken uitvoeren. Zij is van mening dat de wijkverpleegkundigen zich het beste op de doelgroep kwetsbare ouderen met gezondheidproblemen kunnen richten. De achterliggende gedachte hierbij is dat wanneer de wijkverpleegkundigen zich richten op deze doelgroep, de samenwerking met de huisarts en praktijkondersteuners geïntensiveerd kan worden. De mensen met multiple problemen en jeugd zullen volgens de gemeente door andere hulpverleners bereikt worden. De doelgroep allochtonen zal voor een het grootste deel onder de doelgroep ouderen vallen.

Behalve focus op de doelgroep kwetsbare ouderen om gezondheidswinst te behalen, wordt de 'professionele bezinningsslag' een belangrijke pijler genoemd waar vooral financiële winst te behalen valt. De gemeente geeft daarbij aan dat de professionals in de eerste lijn samen moeten kijken op welke manier ze meer uit het eigen netwerk en de eigen kracht van de cliënt kunnen halen. Daarbij moet de professional kunnen kijken op welke manier de inzet van professionals in de eerste en tweede lijn zoveel mogelijk voorkomen kan worden. De professionals in de eerste lijn moeten goede afstemming zoeken binnen het netwerk om te voorkomen dat er overlap in werkzaamheden bestaat, aldus de gemeente. Dat vraagt een nieuwe manier van denken en werken van professionals, uiteindelijk is dat nodig om efficiënt gebruik te maken van personele middelen.

Organisaties en professionals krijgen de ruimte om deze 'kanteling' samen te bewerkstelligen. Om te voorkomen dat dit resulteert in kwalitatief mindere dienstverlening, beoogt men een aantal indicatoren op klantniveau te benoemen waarmee de effecten van de veranderingen bewaakt kunnen worden. Op welke manier de gemeente hier specifieke invulling aan wil geven is nog niet duidelijk.

Vooralsnog spreekt de gemeente geen voorkeur voor één van beide werkwijzen uit en is van plan om een gelijkmatige verdeelsleutel aan te houden. Zij vragen zich af of de wijkverpleegkundigen, zoals ze nu functioneren, kunnen bereiken wat zij van hen verwachten, namelijk een oplossingsgerichte, meedenkende en verbindende aanpak. De wijken waar de wijkverpleegkundigen momenteel actief zijn, zijn volgens de gemeente de juiste wijken; de zwakkere buurten van 's-Hertogenbosch zijn op deze manier voorzien. Bovendien zijn dit de gebieden waar de wijkverpleegkundigen de afgelopen jaren al geïnvesteerd hebben in een netwerk en cliëntenpopulatie.

Als laatst geeft de gemeente aan samen met de thuiszorgorganisaties lerend verder te willen. Daarbij willen ze gezamenlijk kijken naar de ontwikkelingen en wijzigingen die doorgevoerd moeten worden.

3.4.1 Samenvatting over- en afwegingen financiering Zichtbare schakel project

De gemeente geeft in het groepsinterview aan dat de uitkering die beschikbaar is voor de financiering voor de lopende Zichtbare schakel projecten niet toerijkend zal zijn om de gehele projecten te financieren. Deze financiering zal ongeveer 75% van de lopende Zichtbare schakel projecten in 's-Hertogenbosch kunnen dekken. De decentralisatie-uitkering zal niet worden aangevuld. In de toewijzing van de financiering is de gemeente van plan een gelijkmatige verdeelsleutel aan te houden.

De gemeente wil gezondheidswinst voor de cliënt behalen door de samenwerking tussen de huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige te versterken en een link te leggen met de WMO. De gemeente is daarbij van mening dat de wijkverpleegkundige zich daarbij het beste op de doelgroep kwetsbare ouderen kan richten.

Financiële winst wil de gemeente behalen door de 'professionele bezinningsslag' van de professionals, waarbij er meer vanuit de cliënt gewerkt gaat worden en er voorkomen wordt dat er professionele hulp uit de eerste en tweede lijn ingezet hoeft te worden. Hierbij zullen professionals en organisaties de ruimte krijgen om samen invulling te geven aan deze kanteling. De gemeente zal de effecten van deze verandering monitoren op klantniveau.

4. Discussie

De aanleiding voor dit onderzoek was de aflopende subsidie voor de Zichtbare schakel projecten na 2012 en de discussie tussen de verschillende stakeholders in 's-Hertogenbosch over de borging van de twee lopende Zichtbare schakel projecten in 's-Hertogenbosch uitgevoerd door Vivent en IVT/BrabantZorg na 2012. In de periode van de uitvoering van dit onderzoek is bekend geworden dat de financiering van de lopende Zichtbare schakel projecten twee jaar langer wordt voortgezet. Door de ministeries van BZK en VWS wordt €10 miljoen beschikbaar gesteld voor de landelijke voortzetting van de projecten over een periode van twee jaar. Via een decentralisatie uitkering worden gemeenten verantwoordelijk voor de financiering van de lopende Zichtbare schakel projecten. Hierdoor krijgen gemeenten (meer) tijd om de inzet van de wijkverpleegkundige in wijken met ernstige problematiek goed te borgen (Ministerie VWS, 2012). Deze extra financiering impliceert dat de positie van de gemeente 's-Hertogenbosch gedurende de looptijd van dit onderzoek veranderd is; waar zij voorafgaand aan het onderzoek één van de 'mogelijke' financiers was, is zij tot 1 januari 2015 aangewezen als (gedeeltelijke) financier voor de Zichtbare schakel projecten. De resultaten van dit onderzoek kunnen de gemeente 's-Hertogenbosch helpen bij het optimaliseren en borgen van wijkverpleegkundigen. Overigens hopen wij dat deze specifieke resultaten en aanbevelingen ook stakeholders in andere gemeenten helpen om na te denken over optimale integrale wijkzorg.

4.1 Verschillen tussen Vivent en IVT/BrabantZorg

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Hoe verhouden de twee 'Zichtbare schakel'-projecten in Den Bosch zich tot elkaar wat betreft de inzet van de wijkverpleegkundige, de organisatie van zorg en de resultaten hiervan in het licht van de financiering na 2012?

4.1.1 Taken wijkverpleegkundigen

Bij beide organisaties past de positionering van de wijkverpleegkundige bij de visie van de betreffende thuiszorgorganisatie en de samenwerking met andere partijen, zoals die bestond voor de start van de Zichtbare schakel projecten. Bij Vivent heeft dit geleid tot een positionering van de wijkverpleegkundigen waarbij ze werken vanuit een thuiszorgteam en reguliere thuiszorgtaken combineren met 'Zichtbare schakel' taken. Bij IVT en BrabantZorg heeft dit ertoe geleid dat de wijkverpleegkundige apart gepositioneerd is van de organisatie en enkel taken in het kader van het Zichtbare schakel project uitvoert. Het verschil in positionering lijkt mede van invloed te zijn geweest op de doelgroepen die bereikt worden en de taken die de wijkverpleegkundige uitvoert. Naast de positionering van Vivent en IVT/BrabantZorg, beschrijven het zorgkantoor en de gemeente een visie op een derde model van positionering van de wijkverpleegkundige: 'white label'. De gemeente en het zorgkantoor verkennen de mogelijkheid om de wijkverpleegkundige in de toekomst los van de thuiszorgorganisatie te positioneren, zodat de onafhankelijkheid van de wijkverpleegkundige beter gewaarborgd kan worden.

De wijkverpleegkundigen van de twee organisaties bereiken momenteel verschillende doelgroepen. De wijkverpleegkundigen van Vivent richt zich vooral op de doelgroep ouderen; deze doelgroep wordt outreachend benaderd. Ook landelijk blijkt de wijkverpleegkundige voornamelijk ouderen te bereiken (ZonMw, 2011). De wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg bereiken naast de doelgroep ouderen en chronisch zieken ook de doelgroep mensen met multiple problemen en

mensen met psychiatrische problematiek. Daarbij lijkt het erop dat de tijd en handelingsruimte die de wijkverpleegkundigen hebben en de persoonlijke affiniteit van de wijkverpleegkundigen belangrijke redenen zijn waarom bepaalde doelgroepen door de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg wel en niet bereikt worden.

Uit zowel de interviews als de ZonMw rapportages blijkt dat de organisaties ook verschillen in de duur van de hulpverlening en de taken die tijdens deze hulpverlening worden uitgevoerd. Bij de wijkverpleegkundigen van Vivent liggen de taken die ze uitvoeren voornamelijk in het domein van zorg, waarbij in de samenwerking met andere organisaties en hulpverleners een verbinding wordt gemaakt met de domeinen welzijn en wonen. Wanneer de hulpverlening langer dan enkele bezoeken duurt of op een ander domein ligt, wordt doorverwezen naar andere hulpverleners. De hulpverlening van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg betreft in de meeste gevallen trajecten van enkele weken en soms maanden, waarbij een verscheidenheid aan taken wordt ingezet. Deze taken bevinden zich op de verschillende domeinen van zorg, welzijn en wonen. Het verschil in de duur van de hulpverlening (Vivent gem 4,4 weken, IVT/BrabantZorg 10 weken) en de taken die de wijkverpleegkundige uitvoert, kan waarschijnlijk mede verklaard worden door het verschil in doelgroepen die bereikt worden. De doelgroep met multiple problemen, die vooral door de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg worden bereikt, wordt getypeerd door een verscheidenheid aan problematiek, waardoor langdurige zorg en begeleiding veelal nodig is. Ondanks dat beide organisaties de wijkverpleegkundigen op een verschillende manier hebben gepositioneerd, ervaren de wijkverpleegkundigen van beide organisaties voldoende tijd en ruimte om een goede invulling te geven aan hun wijkverpleegkundige taken. Echter bij beide organisaties is het aantal contactmomenten per cliënt verschillend. De wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg, die zich vooral richten op mensen met multiple problemen, besteden meer tijd aan een individuele casus (gem 4,4 contactmomenten). De wijkverpleegkundigen van Vivent, die zich vooral op ouderen richten, besteden minder tijd aan de individuele cliëntencasussen (gem 0,9 contactmomenten).

4.1.2 Sterke en zwakke punten

Beide werkwijzen kennen zowel sterke als zwakke punten. De betrokkenen bij de werkwijze van Vivent noemen de binding met het thuiszorgteam en het niet toevoegen van een 'extra schakel' in het netwerk als sterke punten. Doordat de wijkverpleegkundigendeel uitmaken van een thuiszorgteam van Vivent zijn zij meer verbonden met de organisatie; zij kunnen hun expertise met teamleden delen en, zo nodig, een beroep doen op collega's. Bij de werkwijze van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg wordt juist de onafhankelijkheid van de organisatie als sterk punt genoemd. Daar komt bij dat de wijkverpleegkundigen de tijd en ruimte hebben om te investeren in een vertrouwensband met de cliënt en het opbouwen van een breed netwerk. Echter, de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg hebben weer niet de binding met het thuiszorgteam die de wijkverpleegkundigen van Vivent hebben. Door de tijd en ruimte die ze hebben, is het voor de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg moeilijker om het eigen domein te begrenzen, waardoor ze het risico lopen zich op terreinen te begeven waar andere professionals beter voor toegerust zijn. De interviews met stakeholders van beide organisaties laten zien dat de samenwerking vaak afhankelijk is van de persoon (diens competenties) die werkt in de functie van wijkverpleegkundige. Of er een goede klik is met de persoon die als wijkverpleegkundige werkt, beïnvloedt in grote mate het succes van de samenwerking.

4.1.3 Bereik cliënten en resultaten

Op basis van de vragenlijsten en interviews met cliënten van de wijkverpleegkundige kan geconcludeerd worden dat de wijkverpleegkundigen een belangrijke rol spelen bij mensen die de weg binnen de zorg niet of moeilijk weten te vinden. De wijkverpleegkundige helpt de cliënten met het vinden van de juiste hulpverlener of instantie. Daarnaast levert de wijkverpleegkundige sociale ondersteuning en helpt cliënten de eigen situatie onder controle te laten houden, waardoor ze meer regie over hun eigen leven houden en mogelijk langer thuis kunnen blijven. De wijkverpleegkundige bereikt mensen die normaal 'tussen wal en schip' vallen, dit wordt ook landelijk vastgesteld (ZonMw, 2011).

In 2011 bereikten de wijkverpleegkundigen van Vivent zes cliënten meer per fte dan de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg. Vanuit de wijk analyses die onderdeel zijn van de subsidieaanvraag van beide organisaties blijkt dat beide organisaties vergelijkbaar zijn in cliëntenpopulaties, wat ondersteund wordt door de cliëntenpopulaties die uit de ZonMw rapportages naar voren komen. Ook de ingezette activiteiten van de wijkverpleegkundige zijn voor beide organisaties gelijk, echter door de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg worden meer verschillende activiteiten ingezet in vergelijking met de wijkverpleegkundigen van Vivent. Daarnaast verschilt de duur van de hulpverlening; bij Vivent is de duur van de hulpverlening doorgaans enkele weken (gem. 4,4), waar een paar bezoeken worden afgelegd (gem. 1,1); bij IVT/BrabantZorg bestaat de hulpverlening uit langere trajecten (gem. 10 weken) met gemiddeld 3,6 bezoeken. Dat de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg zich richten op mensen met multiple problemen is waarschijnlijk de verklaring voor het gegeven dat zij een grotere reeks aan verschillende activiteiten inzetten in vergelijking met de wijkverpleegkundigen van Vivent. Dezelfde mogelijke verklaring geldt voor het verschil in de duur van de hulpverlening en het aantal 'face-to-face' contacten; bij de wijkverpleegkundige van IVT/BrabantZorg liggen deze hoger dan bij de wijkverpleegkundigen van Vivent. Een ander verschil tussen beide organisaties is de manier waarop zij met cliënten in aanraking komen. De wijkverpleegkundigen van Vivent krijgen de meeste cliënten doorverwezen door de huisarts, de wijkverpleegkundigen zelf, thuiszorg, Divers welzijn en maatschappelijk werk. Dit zijn de organisaties die participeren in het wijknetwerk of de huisartsenpraktijk, de wijkverpleegkundigen hebben met hen het meest contact. Mogelijk wordt het hoge aantal doorverwijzingen vanuit de wijkverpleegkundigen zelf van Vivent verklaard doordat er tijdens de reguliere werkzaamheden binnen de thuiszorg meer signalen naar voren komen. Ondanks dat de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg later zijn gestart met het project waardoor zij minder lang de tijd hebben gehad om een netwerk op te bouwen, blijkt uit zowel de interviews als de rapportages dat er een verscheidenheid aan hulpverleners doorverwijst naar de wijkverpleegkundige. Uit de interviews blijkt dat de wijkverpleegkundigen veel hebben geïnvesteerd in het opbouwen van een breed netwerk, wat kennelijk tot resultaat leidt. Bij de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg zijn naast de huisarts, maatschappelijk werk en het wijkplein, vaak buurtbewoners, mantelzorgers of gezinsleden, de cliënt zelf en de woningbouwvereniging belangrijke doorverwijzers. Dit laatste kan mogelijk verklaard worden doordat de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg hun werkplek delen met deze potentiële verwijzers, waardoor er sneller contact gelegd wordt. Daarnaast zijn zowel de wijkverpleegkundigen als de woningbouwvereniging betrokken bij een groot renovatieproject in de wijk, dit biedt ook weer mogelijkheden om signalen van bewoners op te vangen.

Uit de resultaten blijkt dat de wijkverpleegkundigen van Vivent voornamelijk doorverwijzen naar hulpverleners binnen het wijkteam en naar de Wmo. Dit laatste is in overeenstemming met wat er is

gevonden in een onderzoek van Van der Meer & Postma (2012). Dit onderzoek toont eveneens aan dat er door de wijkverpleegkundigen het meest een beroep gedaan wordt op hulpverlening uit de Wmo, waardoor er besparingen plaatsvinden op de hulpverlening binnen de AWBZ en de ZVW. Daarnaast kan uit de gegevens van IVT/BrabantZorg worden opgemaakt dat er door de wijkverpleegkundigen een groot beroep wordt gedaan op hulpverleners in de nulde lijn. In 56,9% van de casussen worden mantelzorgers, vrijwilligers of buurtbewoners ingeschakeld om duurdere hulpverlening in de eerste lijn te voorkomen. Geïndiceerde hulpverlening in de vorm van verpleging en verzorging en huishoudelijke hulpverlening wordt door de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg in 20% van de casussen ingezet.

De begrote exploitatie kosten voorafgaand aan het Zichtbare schakel project liggen voor IVT/BrabantZorg hoger dan de begrote exploitatie kosten van Vivent. Degrootste verschillen worden gevonden in de overhead kosten en de kosten voor voorlichting en PR. Mogelijk is de wijze van positionering hier een verklaring voor; IVT en BrabantZorg hebben mogelijk meer kosten gehad voor de PR en indirecte kosten zoals huisvesting doordat de wijkverpleegkundigen een eigen netwerk moesten opbouwen in de wijk en een nieuwe functie gingen bekleden. De wijkverpleegkundigen van Vivent waren voor het project al werkzaam bij de organisatie en het netwerk werd verder opgebouwd uit al bestaande connecties. Daarnaast hebben de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg een aparte werkplek in de wijk, waar de wijkverpleegkundigen van Vivent hun reguliere werkplek binnen de organisatie hebben. De duur van het project is van invloed op de exploitatiekosten: de kosten van voorlichting en PR kunnen bij Vivent over een langere tijd (duur van het project) verspreid worden in vergelijking met IVT/BrabantZorg.

4.1.4 Financiering Zichtbare schakel projecten na 2012

De white label positionering van de wijkverpleegkundige, waar gemeente en zorgkantoor veel waarde aan hechten, lijkt in de over en afwegingen voor de financiering van de projecten voor de komende twee jaar minder aan bod te komen. Gemeente en zorgkantoor geven aan in de toekomst te willen naar een white label positionering van de wijkverpleegkundige, maar willen zich op dit moment richten op de voortzetting en financiering van de lopende projecten.

Wat betreft de financiering van de Zichtbare schakel projecten na 2012, heeft de gemeente in november nog geen definitief besluit genomen. Wel geeft de gemeente aan dat de subsidie die beschikbaar gesteld wordt niet toerijkend zal zijn voor het voortzetten van de projecten in de huidige setting. Het geld dat beschikbaar is vanuit de decentralisatie uitkering zal met een gelijkmatige verdeelsleutel over beide organisaties verdeeld worden. De gemeente wil daarbij focussen op kwetsbare ouderen, om te voorkomen dat hulpverleners dubbel werk doen en te stimuleren dat ieder bij zijn eigen expertise blijft. De doelgroepen mensen met multiple problemen, allochtonen en jeugd kunnen volgens de gemeente beter door andere disciplines geholpen worden. De gemeente is op zoek naar wijkverpleegkundigen die een 'professionele bezinningsslag' kunnen maken. Zij bedoelen daarmee dat de wijkverpleegkundige zoekt naar manieren om de eigen kracht van de cliënt en de familie te benutten, om zo ook de inzet van professionele hulpverlening uit de eerste en tweede lijn zoveel mogelijk te voorkomen. Dit vergt van wijkverpleegkundigen dat zij naar de hele situatie van de cliënt kijken en verbindingen leggen met andere hulpverleners.

4.1.5 Conclusies

De manier waarop het Zichtbare schakel project wordt georganiseerd en uitgevoerd, is afhankelijk van verschillende factoren op organisatie-, wijk-, en individueel niveau. Op organisatie niveau zijn

onder andere de historie van de organisatie en de omvang van de organisatie belangrijke factoren. Hierin spelen de visie en het beleid van de organisatie een belangrijke rol. De grootte van de organisatie is voornamelijk van invloed op de beschikbare financiële middelen om een project als de Zichtbare schakel te ondersteunen. Daarnaast zijn de ontwikkelingen en omstandigheden op wijkniveau van invloed op de wijze van uitvoering van het project. Uit dit onderzoek blijkt dat ten behoeve van de implementatie van de Zichtbare schakel er wordt aangesloten bij de wensen en bestaande werkwijzen van andere organisaties en hulpverleners in de wijk. Bovendien wordt door iedere wijkverpleegkundige op individuele wijze invulling gegeven aan haar functie. Vooral de persoonlijke affiniteit en de individuele competenties van de wijkverpleegkundige blijken een belangrijke rol te spelen. De meerwaarde van de wijkverpleegkundige verschilt per werkwijze en wordt grotendeels beïnvloed door de samenwerking met andere hulpverleners in de wijk. Bij Vivent wordt de meerwaarde van de wijkverpleegkundige functie volgens netwerkpartners vooral gevonden in de verbindende factor die de wijkverpleegkundige vervult in de samenwerking tussen de thuiszorg en netwerkpartners. Bij IVT/BrabantZorg wordt de meerwaarde van de wijkverpleegkundige functie volgens de netwerkpartners vooral gevonden in de tijd en ruimte die de wijkverpleegkundigen hebben om ook de mensen met multiple problemen en psychiatrische problematiek succesvol te helpen. De gemeente en het zorgkantoor zien de meerwaarde van de wijkverpleegkundige voornamelijk in de unieke omgeving waarin de wijkverpleegkundige werkzaam is. De wijkverpleegkundige komt als geen andere hulpverlener bij de cliënt achter de deur en kan hierdoor op een laagdrempelige manier een vertrouwensband creëren.

4.2 Reflectie op onderzoeksdesign

Door gebruik te maken van een mixed-method design, waarin zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt zijn en diverse perspectieven zijn meegenomen, is de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek gewaarborgd. Op basis van meerdere interviews met de directie en de wijkverpleegkundigen naast observaties van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen is een genuanceerd beeld gegeven van de werkwijzen van de wijkverpleegkundigen. Resultaten voortkomend uit interviews van de eerste doelstellingen konden in de daarop volgende interviews geverifieerd, verduidelijkt en aangevuld worden. Hierdoor is een zo volledig mogelijk perspectief gecreëerd van de werkwijzen en de voor- en nadelen van deze werkwijzen vanuit het perspectief van de verschillende partijen. Door op deze wijze gebruik te maken van datatriangulatie zijn de resultaten voortkomend uit de documenten en rapportages verduidelijkt en aangevuld met de inzichten van de observaties en de interviews.

4.2.1 Selectie van respondenten

De respondenten (stakeholders en cliënten) voor dit onderzoek zijn geselecteerd door de directie of wijkverpleegkundigen van de betrokken organisaties. De contactgegevens van bereidwillige respondenten zijn door de directie of de wijkverpleegkundigen aangeleverd aan de onderzoeker. Hierdoor is de non-respons onduidelijk en is er mogelijk selectiebias opgetreden. Daarnaast bestaat het risico dat er samenwerkingspartners zijn geselecteerd waar intensief mee wordt samengewerkt, terwijl organisaties waarmee dat niet is gelukt mogelijk buiten beschouwing zijn gebleven. Echter, door de respondenten te laten selecteren door de directie en wijkverpleegkundigen, konden de meest relevante samenwerkingspartners geselecteerd worden die een duidelijk beeld hebben van de werkwijze van de wijkverpleegkundigen. De cliënten die geselecteerd zijn voor het onderzoek kunnen juist de cliënten zijn die erg tevreden zijn over de wijkverpleegkundige. Hierdoor kan er een

vertekend beeld gecreëerd worden ten gunste van de werkwijzen en wijkverpleegkundigen van beide organisaties.

Voor de interviews van de tweede doelstelling zijn meer samenwerkingspartners en cliënten van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg dan van de wijkverpleegkundigen van Vivent bereid gevonden voor een interview of een vragenlijst. Dit kan tot gevolg hebben dat een completer beeld is ontstaan van de werkwijze van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg en de voor- en nadelen van deze werkwijze. Door gebruik te maken van een mixed method design wordt dit risico verminderd. Resultaten die niet of in mindere mate naar boven komen uit de interviews zijn met behulp van de schriftelijke rapportages alsnog onderbouwd.

4.2.2 Dataverzameling

Informatie bias kan opgetreden zijn doordat de geïnterviewde respondenten enkel zicht hebben op één werkwijze van de wijkverpleegkundige. Zij hebben geen ervaring met de werkwijze van de wijkverpleegkundigen van de andere organisatie, waardoor de respondenten niet in staat zijn een vergelijking te maken tussen de verschillende werkwijzen. Daarnaast kan het voor de respondenten die niet direct samenwerken met de wijkverpleegkundige, zoals de gemeente en het zorgkantoor moeilijk zijn om een beeld te schetsen van de werkwijze van de wijkverpleegkundigen in de dagelijkse praktijk en de voor- en nadelen van deze werkwijzen zorgvuldig met elkaar te vergelijken. Tijdens de interviews is door de onderzoeker uitleg gegeven over de werkwijze van de twee organisaties, waardoor het verschil tussen beide werkwijze voor de geïnterviewde verduidelijkt werd en een meer 'hypothetische' vergelijking tussen de werkwijze kon worden gemaakt. In de analyse van de gegevens zijn de werkwijzen door de onderzoekers uiteraard vergeleken.

De gebruikte ZonMw rapportages ter beantwoording van de derde doelstelling met betrekking tot de bereikte resultaten van beide projecten in termen van het bereiken van cliënten, de ingezette activiteiten en de uitkomsten, zijn ingevuld door de wijkverpleegkundigen van de organisaties zelf. Dit kan tot gevolg hebben dat de rapportages door verschillende medewerkers anders worden ingevuld wat de betrouwbaarheid van de resultaten kan hebben aangetast. Daarnaast kunnen hierdoor de resultaten voortkomend uit deze rapportages (on)gunstiger uitvallen voor de organisaties dan wanneer een onafhankelijk persoon de rapportages invult. Om dit te voorkomen, zijn de resultaten voortkomend uit de rapportages vergeleken met landelijke gegevens en resultaten die uit de interviews en documentanalyse naar voren kwamen.

Kosten voor de implementatie en uitvoering van de Zichtbare schakel projecten zijn afgeleid uit een begroting die voorafgaand aan het project is opgesteld. Het is mogelijk dat de begrote kosten niet (geheel) overeenkomen met de kosten die werkelijk gepaard zijn gegaan met de implementatie en uitvoering van het project. Daarnaast geeft deze begroting enkel inzicht in de begrote kosten voor personeel, PR en voorlichting en overheadkosten voor het project, hierdoor kon geen schatting gemaakt worden voor andere kosten die gerelateerd zijn aan de zorgconsumptie van cliënten. Dit heeft tot gevolg dat alleen de exploitatiekosten voor beide organisaties in beeld zijn gebracht en niet de kosten voor de cliënt noch de financiële opbrengsten van beide projecten.

De vragenlijsten voor de cliënten van de wijkverpleegkundigen van IVT/BrabantZorg zijn door de onderzoeker (MR) telefonisch afgenomen, terwijl de vragenlijsten voor de cliënten van de wijkverpleegkundigen van Vivent door de wijkverpleegkundigen zelf zijn afgenomen. Dit kan er voor gezorgd hebben dat cliënten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven waardoor de resultaten

positiever uitvallen. Mogelijk is ook bij de cliënten van IVT/BrabantZorg extra informatie verworven ter motivatie van de vragen op de vragenlijst, doordat de onderzoeker specifiek weet wat de doel- en vraagstellingen van het onderzoek zijn. Hierdoor is mogelijk onderzoeker-bias opgetreden. Echter, om dit te vermijden hebben de wijkverpleegkundigen van Vivent instructies gekregen voor de afname van de vragenlijst en achtergronden bij het onderzoek om dezelfde informatie als de onderzoeker naar voren te krijgen.

4.2.3 Data-analyse

Tevens kan er bij de codering van de interviewtranscripten onderzoeker bias opgetreden zijn. Om dit te voorkomen, is gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie waarbij niet één onderzoeker, maar twee onderzoekers (MR, KL) de interviewtranscripten hebben gecodeerd. Hierdoor kon er een vergelijking gemaakt worden in de toegewezen codes en eventuele bias ten gevolge van de analyse van één onderzoeker worden verminderd. Daarnaast is er gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, waardoor resultaten met behulp van verschillende methodieken geverifieerd en met elkaar vergeleken konden worden.

Bij de gebruikte ZonMw rapportages worden verschillen gevonden tussen de organisaties, bij Vivent wordt een hoog percentage van de casussen geclassificeerd onder 'anders'. Ook bij de inzet van activiteiten wordt een verschil gevonden, waarbij over alle linies bij IVT/BrabantZorg een hoger percentage te vinden is. Dit lijkt te duiden op een verschil in registratie tussen de beide organisaties wat de interpretatie van de verschillen bemoeilijkt. Het dient aanbeveling om in vervolg onderzoek en kwaliteitsmetingen een consistente registratiewijze tussen organisaties en de wijkverpleegkundigen te hanteren. Een zelfde kwestie wordt gevonden in de registratie van de doorverwijzingen van de wijkverpleegkundigen en de uitkomsten van de hulpverlening van de wijkverpleegkundige. Ook hier is sprake van een verschil in wijze van registratie wat de vergelijking van de manier waarop de wijkverpleegkundige wordt ingezet bemoeilijkt. Aanbevolen wordt om gebruik te maken van een gestandaardiseerde registratie om hierover robuuste uitspraken te kunnen doen.

4.2.4 Extern gebruik onderzoeksresultaten

De resultaten voortkomend uit dit onderzoek zijn contextspecifiek en kunnen slechts beperkt gegeneraliseerd worden. Er bestaat veel vrijheid in de manier waarop het Zichtbare schakel project ingevuld wordt en op welke wijze de wijkverpleegkundige functie uitgevoerd wordt in de dagelijkse praktijk. Uit dit onderzoek blijkt dat de uitvoering van het project met name afhankelijk is van de visie van de uitvoerende organisatie, de welwillendheid van de diverse organisaties in de wijk om samen te werken, en de wijkverpleegkundigen zelf. Daarnaast blijkt dat beide projecten eigen beweegredenen hebben om de wijkverpleegkundige functie op een bepaalde wijze in te vullen. Ook de visie en opvattingen van de gemeente en het zorgkantoor zullen per gemeente verschillen. Desondanks kunnen de uitkomsten van dit onderzoek en het gebruikte onderzoeksdesign ter inspiratie fungeren voor andere gemeenten en onderzoek naar de toekomstige inzet van de wijkverpleegkundige.

De organisatiemodellen van beide organisaties zijn besproken aan de hand van verschillende variabelen (zie tabel 11). Deze variabelen zijn gebaseerd op de documentanalyses en kunnen gebruikt worden als een leidraad voor het in kaart brengen van de organisatiemodellen van de Zichtbare schakel projecten in overige onderzoeken.

	Vivent	IVT/BrabantZorg
Positionering	Onderdeel thuiszorgteam	Los van organisatie
Werving wijkverpleegkundigen	Vanuit thuiszorgteams	Vanuit thuiszorgteams en extern
Tijdsverdeling taken	50% regulier / 50% Zichtbare schakel	100% Zichtbare schakel
Huisvesting	In eigen organisatie	Kantoor in de wijk
Samenwerkingsverbanden bij aanvang project	Huisartsenpraktijk	Huisartsen, maatschappelijk werk, welzijnswerk
Benoemde doelgroepen bij aanvang project	Ouderen, allochtonen, multi-problem, jeugd	Ouderen, allochtonen, multi-problem, jeugd
Werving cliënten bij aanvang project	PR en via cliëntenbestand huisartsen	PR

Tabel 11: variabelen voor karakterisering van Zichtbare schakel projecten

4.3 Reflectie en aanbevelingen

In deze paragraaf reflecteren we op de onderzoeksresultaten en doen zo concreet mogelijke aanbevelingen voor de toekomst. De aanbevelingen hebben achtereenvolgens betrekking op aandachtspunten bij de keuze een bepaald organisatiemodel, het belang van gedeelde visievorming tussen stakeholders om werkelijk tot integrale zorg te kunnen komen en vervolgonderzoek.

4.3.1 Keuze voor een organisatiemodel

Uit dit onderzoek blijkt dat de positionering van de wijkverpleegkundige in de Zichtbare schakel projecten en de uitvoering van taken door de wijkverpleegkundigen binnen één en dezelfde gemeente varieert. Inzichtelijk is gemaakt dat deze variatie wordt bepaald door diverse factoren op verschillende niveaus: de visie van de thuiszorgorganisatie als werkgever van de wijkverpleegkundige, de bestaande samenwerking tussen partners in de wijk waarin de wijkverpleegkundige actief is, en de competenties en voorkeuren van de wijkverpleegkundige. Vivent heeft de functie ingevuld in grotendeels bestaande netwerken waarin de huisarts de meest bepalende samenwerkingspartner is en heeft gekozen voor een gecombineerde functie; de wijkverpleegkundigen werken deels in het Zichtbare schakel project en combineren dit met reguliere thuiszorgtaken. Samen met de huisarts is besloten dat ouderen de voornaamste doelgroep van de wijkverpleegkundigen zijn. IVT en Brabant Zorg hebben de wijkverpleegkundige Zichtbare schakel los van de organisaties gepositioneerd, waardoor de mogelijkheid gecreëerd is om een nieuwe structuur op te zetten en nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan. Opvallend hierbij is dat in beide gevallen de behoeften en/of vragen van cliënten niet als zelfstandige factor is benoemd als basis om de functie en werkwijze van de wijkverpleegkundige in de Zichtbare schakel projecten vorm te geven. Dit is opmerkelijk omdat het uiteindelijke doel van de investeringen in het Zichtbare schakel programma betere dienstverlening voor kwetsbare burgers is, in de hoop dat daarmee de eigen regie van burgers wordt vergroot. Onze *eerste aanbeveling* luidt daarom dat bij de besluitvorming over de toekomstige positionering en het takenpakket van de wijkverpleegkundige het cliëntenperspectief nadrukkelijk aandacht verdient.

4.3.2 Relevante stakeholders

De behoefte van de gemeente en het zorgkantoor aan meer inzicht in de uitvoering van de functie van wijkverpleegkundige alsook in eventuele overeenkomsten en verschillen die hierbij optreden is mede aanleiding geweest voor dit onderzoek. Aan het begin van het onderzoek introduceerde zowel de gemeente als het zorgkantoor een derde alternatief ('white label' positionering). Ook nadat zij kennis hebben genomen van de resultaten van het onderzoek en daarmee meer inzicht in de wijkverpleegkundige Zichtbare schakel hadden, bleven zij vooralsnog waarde hechten aan een 'white label' positionering van wijkverpleegkundigen. Dit betekent dat er in 's Hertogenbosch momenteel tenminste drie visies over de meest ideale positionering en werkwijze van de wijkverpleegkundige circuleren. Verschillende visies en uitgangspunten komen samenwerking en netwerkvorming op wijkniveau niet ten goede, terwijl het algemene doel van het Zichtbare schakel programma het realiseren van een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn is. De *tweede aanbeveling* luidt daarom dat vanuit de gewenste integrale aanpak alle betrokken stakeholders op gemeente- en wijkniveau tot een gedeelde visievorming dienen te komen. De wijkverpleegkundige is hierbij één van de interventies om de gezondheid en het welzijn van een populatie te bevorderen. Dit vereist ook dat betrokkenen de cliënt als uitgangspunt nemen en over de muren van bestaande structuren en beleidsregels heen kijken (i.c. integrale zienswijze). Hoewel de betrokken stakeholders in het kader van het voorliggende onderzoek wel elkaars perspectief meer in detail hebben leren kennen en in een gezamenlijke bijeenkomst met elkaar van gedachten hebben gewisseld, heeft dit (nog) niet als vanzelf geleid tot gedeelde visievorming. Overigens was een gedeelde visievorming binnen het korte tijdsbestek van dit onderzoek niet een reëel doel.

4.3.3 Monitoren en evalueren

Eveneens is inzichtelijk geworden dat de geconstateerde variatie in positionering en werkwijze van de wijkverpleegkundigen zich vertaald in de bereikte resultaten door de wijkverpleegkundigen.

Vivent heeft in overleg met de huisarts ouderen als belangrijkste doelgroep gekozen voor de wijkverpleegkundige. Bij IVT en Brabant Zorg besteedt de wijkverpleegkundige de meeste aandacht aan ouderen en cliënten met psychosociale problematiek. Tegelijkertijd constateren we verschillen in het aantal bereikte cliënten, de gepresenteerde problematiek, de inzet van activiteiten, het gemiddelde aantal contacten en de gemiddelde contactduur. Overigens zijn de twee organisaties vergelijkbaar wat betreft het percentage afgesloten cases en de waardering hiervan. Naast de variatie in positionering en werkwijze zijn andere redenen denkbaar voor de geconstateerde verschillen. Ten eerste is bij beide organisaties de functie van wijkverpleegkundige nog relatief nieuw en daarom nog in ontwikkeling is. Overigens verschilt de periode van ontwikkeling tussen de organisaties (Vivent is 13 maanden eerder gestart dan IVT & Brabant Zorg). Het is dan ook nog te vroeg om op basis van de gepresenteerde data tot een finaal oordeel te kunnen komen over welke wijze van inzet het meest doeltreffend en/of doelmatig is. Een tweede reden is dat ten behoeve van dit onderzoek gebruik is gemaakt van data afkomstig uit registraties door wijkverpleegkundigen en organisaties. Deze registraties worden op verschillende wijze verricht en zijn niet primair voor onderzoeksdoeleinden ontwikkeld. Een gevolg hiervan is dat iedere vergelijkende analyse wordt gehinderd en de resultaten hiervan met terughoudend moeten worden geïnterpreteerd. Dit leidt tot de *derde aanbeveling*: voor een gedegen afweging van de positionering en de inzet van wijkverpleegkundigen is het nodig om op gestandaardiseerde wijze data te verzamelen over: 1. de cliëntbehoefte waar de wijkverpleegkundige een aanbod voor biedt; 2. de input, throughput, en

output van wijkverpleegkundigen en andere interventies ter bepaling in hoeverre de geconstateerde variatie onwenselijk is en hoe deze kan worden voorkomen.

Er wordt geïnvesteerd in de wijkverpleegkundige, omdat zij onderdeel uit kan maken van kwaliteitsverbetering die idealiter in netwerken op wijkniveau plaatsvindt. Hierbij is sterk leiderschap van belang, gezien de diversiteit aan belangen en het gegeven dat samenwerking meestal niet als vanzelfsprekend plaats vindt. Het leiderschap dient zich onder andere te vertalen in de rol van 'integrator', ofwel het bij elkaar brengen van alle betrokkenen ten behoeve van afstemming en samenwerking. Hieruit vloeit de *vierde aanbeveling* voort: Het evalueren van de wijkverpleegkundige dient onderdeel te zijn van een georganiseerd beleid voor kwaliteitsverbetering van zorg op wijkniveau.

Tenslotte wordt verder onderzoek aanbevolen om de relaties tussen de gegevens over de input, throughput en output van de wijkverpleegkundigen te nader onderzoeken. Dit kan een meer compleet beeld geven van de verschillen tussen belangrijke (doel)groepen. Daarnaast wordt aanbevolen verder te onderzoeken wat de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige opleveren vanuit zowel economisch als maatschappelijk perspectief. Voor deze onderzoeken is aanvullende dataverzameling vereist.

5. Bronnen

- Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers
- Coöperatie VGZ (2012) *Wijknetwerken. AWBZ Inkoopbeleid 2013*. Geraadpleegd op 11 juli, 2012, van: <http://www.vgz-zorgkantoren/Aanbieders/Contracteringinkoop.aspx>
- IVT Thuiszorg (2012a) *Inventarisatielijst doorverwijzingen*. ' Den Bosch West.
- IVT Thuiszorg (2012b) *ZonMw rapportage tot 01-10-2012*. Den Bosch
- IVT Thuiszorg (2011, maart) *Projectstructuur Zichtbare schakel, De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt 's-Hertogenbosch West*.
- IVT Thuiszorg (2010) *Subsidie aanvraag ZonMw, 12-05-2010*. Den Bosch.
- Johnson, B. & Onwuegbuzie, A.J. (2004) *Mixed method research: A research paradigm whose time has come*. Educational Res:33(7):14-26
- Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport (2008) *Uitvoering Motie van Hamer*. Geraadpleegd op 20 juli, 2012, van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/12/23/uitvoering-motie-hamer.html>
- Ministerie Volkgezondheid Welzijn en Sport (2012) *Kamerbrief over voortzetting Zichtbare schakel programma*. Geraadpleegd op 11 juli, 2012, van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/06/07/kamerbrief-over-de-voortzetting-van-het-programma-zichtbare-schakel.html>
- Nouws, H. (2010) *De wijkverpleegkundige in de eerstelijnszorg*. Nieuwe inzichten nieuwe initiatieven. Geraadpleegd op 25 oktober, 2012, van: <http://www.stoom.org/?module=content&command=view&id=28>
- Rijksoverheid (2012) *Grotere rol voor eerstelijnszorg*. Geraadpleegd op 25 oktober, 2012, van: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/erstelijnszorg/grotere-rol-voor-erstelijnszorg>
- Van der Meer, E.A., Postma, J.P. (2012) *De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder*. Geraadpleegd op 3 juli, 2012, van: <http://bmc.nl/files/uploads/BMC%20KBA%20Zichtbare%20Schakel.pdf>
- Vivent (2012a) *Doorverwezen cliënten naar andere organisaties*. Den Bosch.
- Vivent (2012b) *ZonMw rapportage Zichtbare schakel 20-9-2012*. Den Bosch.
- Vivent (2010) *Implementatieplan Zichtbare schakel wijk Hambaken in 's-Hertogenbosch 26-1-2010*. Den Bosch.
- Vivent (2009) *Plan van aanpak Zichtbare schakel wijk Hambaken in 's-Hertogenbosch 17-8-2009*. Den Bosch.

ZonMw (2011) *Tussenbalans 'Zichtbare schakel. Wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.'*

Geraadpleegd op 20 juli, 2012, op:

http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Tussenbalans_Zichtbare_schakel_november_2011.pdf

ZonMw (2009) *Uitvoeringsprogramma Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt 2009 t/m 2012.* Geraadpleegd op 20 juli, 2012, van:

http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Programmatekst_Zichtbare_schakel_september_2009_1_.pdf

Bijlage I: Afkortingenlijst

AWBZ:	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BZK:	(Ministerie van) Binnenlandse Zaken en Koningsrelaties
FTE:	Full-time equivalent
Gem:	Gemiddelde
GGD:	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg
HH:	Huishoudelijke hulpverlening
POH:	Praktijkondersteuner huisartsen
SD:	Standaarddeviatie
V&V:	Verpleging en Verzorging
VWS:	(Ministerie van) Volksgezondheid Welzijn en Sport
Wmo:	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZS:	Wijkverpleegkundige (Zichtbare Schakel)
ZVW:	Zorgverzekeringswet

Bijlage II: Topiclist interviews eerste doelstelling

Inleiding:

1. Op welke manier bent u betrokken bij het Zichtbare schakel project?

Positionering wijkverpleegkundige Wijkverpleegkundige binnen organisatie:

2. Hoe wordt er bij de organisatie invulling gegeven aan het project van Wijkverpleegkundige?
3. Wat zijn de beweegredenen geweest om op deze manier invulling te geven aan Wijkverpleegkundige?
4. Wat zijn de voor en nadelen van deze wijze van werken?
5. Tegen welke moeilijkheden wordt er aangelopen tijdens en na de invoering van het Zichtbare schakel project?
6. Wat heeft de invoering van de Wijkverpleegkundige de organisatie opgeleverd?

Positionering wijkverpleegkundige Wijkverpleegkundige in de wijk:

7. Op welke manier wordt er in invulling gegeven aan de rol van Wijkverpleegkundige wijkverpleegkundige? (wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van wvp)
 - Wat doet de wijkverpleegkundige naast cliëntgebonden contacten/huisbezoeken?
 - Werkzaamheden t.a.v. preventie, coördinatie en indicaties
 - Voorlichtingsactiviteiten etc.
8. Op welke manier verschilt het werk van een Wijkverpleegkundige wijkverpleegkundige t.a.v. een gewone wijkverpleegkundige?
9. Hoe wordt de wijkverpleegkundige zichtbaar gemaakt in de wijk?
10. Zou u het proces willen beschrijven vanaf het moment dat een cliënt in beeld komt tot een casus wordt afgerond?
 - Wanneer komt de wijkverpleegkundige in beeld?
 - Wanneer komen er andere organisaties in beeld?
 - Welke organisaties zijn dit?
 - Hoe verloopt de samenwerking met deze organisaties?
 - Wordt er samengewerkt met andere programma's binnen de organisatie (bijv. wijkzorg)?

Toekomst Wijkverpleegkundige:

11. Hoe ziet de toekomst voor het Zichtbare schakel project binnen de organisatie eruit?
 - t.a.v. vraag en aanbod
 - t.a.v. financiering
 - continuering binnen de organisatie

Bijlage III: Topiclist interviews tweede doelstelling

Interviews met netwerkpartners

Voorstelrondje, toelichten doelstellingen duur van het interview, vragen om toestemming voor het opnemen van het interview, verzoek tot feedback op transcript.

Inleiding

1. Op welke wijze en wanneer bent u betrokken geraakt bij het Wijkverpleegkundige programma?
2. Wat is/was de verwachte bijdrage van het Wijkverpleegkundige programma t.a.v. zorg?
3. Op welke wijze is het Wijkverpleegkundige programma voor u/uw organisatie van belang?

Werkwijze Vivent (bij netwerkpartners Vivent)

4. Op welke wijze wordt er door uw organisatie samengewerkt met de wijkverpleegkundige van de Wijkverpleegkundige? Kunt u voorbeelden geven?
5. Hoe zou u de werkwijze van de Wijkverpleegkundige en de taken van de wijkverpleegkundige van Vivent omschrijven? Kunt u hier voorbeelden van geven?
6. Wat vindt u van de manier van werken waarbij de wijkverpleegkundige zijn Wijkverpleegkundige taken combineert met reguliere wijkverpleegkundige taken?
7. Wat zijn de voordelen van deze wijze van positionering van de wijkverpleegkundige vanuit uw perspectief?
8. Wat zijn de nadelen van deze wijze van positionering van de wijkverpleegkundige vanuit uw perspectief?
9. Op welke wijze sluiten de werkzaamheden van de Wijkverpleegkundige wijkverpleegkundige aan op uw werkzaamheden binnen de wijk? Kunt u hier voorbeelden van geven?
10. Wat zijn/waren moeilijkheden in de samenwerking met de wijkverpleegkundigen van de Wijkverpleegkundige?
11. Wat levert de samenwerking met de Wijkverpleegkundige uw organisatie op/wat heeft u erbij gewonnen?
12. In welke mate worden de doelen van het Zichtbare schakel project gerealiseerd?
 - Is er met de komst van de Wijkverpleegkundige een verbetering geleverd aan een gezamenlijke aanpak tussen wonen, welzijn en zorg? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?
 - Is de kwaliteit van leven en de autonomie van de cliënten toegenomen?
 - Is er met de komst van de Wijkverpleegkundige een verbetering gekomen in de verbindingen tussen vraag en aanbod van de dienstverlening voor de cliënt?
 - Op welke manier wordt er rekening gehouden met de behoefte van de cliënt in het vinden van een passend aanbod van diensten?

Werkwijze IVT/Brabantzorg (bij netwerkpartners IVT/Brabantzorg)

13. Op welke wijze wordt er door uw organisatie samengewerkt met de wijkverpleegkundige van de Wijkverpleegkundige? Kunt u hier voorbeelden van geven?
14. Hoe zou u de werkwijze van de Wijkverpleegkundige en de taken van de wijkverpleegkundige van IVT/Brabantzorg omschrijven? Kunt u hier voorbeelden van geven?
15. Wat vindt u van de manier van werken waarbij de wijkverpleegkundige onafhankelijk gepositioneerd is (t.o.v. de thuiszorg) voor het Zichtbare schakel project?
16. Wat zijn de voordelen van deze wijze van positionering van de wijkverpleegkundige vanuit uw perspectief?
17. Wat zijn de nadelen van deze wijze van positionering van de wijkverpleegkundige vanuit uw perspectief?
18. Op welke wijze sluiten de werkzaamheden van de Wijkverpleegkundige wijkverpleegkundige aan op uw werkzaamheden binnen de wijk? Kunt u hier voorbeelden van geven?
19. Wat zijn/waren moeilijkheden in de samenwerking met de wijkverpleegkundigen van de Wijkverpleegkundige?
20. Wat levert de samenwerking met de Wijkverpleegkundige u/uw organisatie op/ wat heeft u erbij gewonnen?
21. In welke mate worden de doelen van het Zichtbare schakel project gerealiseerd?
 - Is er met de komst van de Wijkverpleegkundige een verbetering geleverd aan een gezamenlijke aanpak tussen wonen, welzijn en zorg? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?
 - Is de kwaliteit van leven en de autonomie van de cliënten toegenomen?
 - Is er met de komst van de Wijkverpleegkundige een verbetering gekomen in de verbindingen tussen vraag en aanbod van de dienstverlening voor de cliënt?
 - Op welke manier wordt er rekening gehouden met de behoefte van de cliënt in het vinden van een passend aanbod van diensten?

Toekomst Wijkverpleegkundige

22. Op welke manier is de manier van positionering van de wijkverpleegkundige voor u/uw organisatie van belang?
23. Wat zouden voor u/uw organisatie belangrijke afwegingen zijn om een voorkeur uit te spreken voor een van deze methoden van werken?
24. Hoe ziet u/uw organisatie de toekomst voor het Wijkverpleegkundige programma na 2012
25. Hoe kan wil/kan uw organisatie bijdragen aan de toekomst van het Wijkverpleegkundige programma?

Zijn er nog onderwerpen waarop u wilt terugkomen en/of onbesproken onderwerpen die u naar voren wilt brengen?

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage IV: Topiclist interviews cliënten

Topiclist interviews 2^e doelstelling

Interviews met cliënten

Voorstellen, toelichten doelstellingen duur van het interview, vragen om toestemming voor het opnemen van het interview.

1. Op welke manier bent u in aanraking gekomen met de wijkverpleegkundige?
2. Waar heeft de wijkverpleegkundige u mee geholpen?
 - In praktisch opzicht
 - In sociaal opzicht
 - Op het gebied van wonen, zorg en welzijn/doorverwijzing
3. Waren er vragen/problemen waar de wijkverpleegkundige u niet mee kon helpen, wat waren deze?
4. Hoe tevreden bent u over de ontvangen hulp van de wijkverpleegkundige? (rapportcijfer 1-10)
5. Wie had u kunnen helpen met uw vragen als de wijkverpleegkundige er niet was geweest?
6. Zou u andere mensen met dezelfde soort vragen wijzen op de mogelijkheid van het inschakelen van een wijkverpleegkundige?
 - Waarom wel of niet?
 - Voor wat voor soort situaties/vragen?
7. Wat geeft het inschakelen van een wijkverpleegkundige voor extra waarde t.a.v. het inschakelen van een andere hulpverlener?

Zijn er nog onderwerpen waarop u wilt terugkomen en/of onbesproken onderwerpen die u naar voren wilt brengen?

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage V: Vragenlijst cliënten

Vragenlijst onderzoek Wijkverpleegkundige

Toelichting:

Deze vragenlijst wordt afgenomen voor een onderzoek naar het werk van de Wijkverpleegkundige wijkverpleegkundige door de Universiteit van Tilburg. Door middel van deze vragen willen wij inzichtelijk maken wat de wijkverpleegkundige voor u betekend heeft, hoe tevreden u hierover bent, en wat er nog verbeterd kan worden. U kunt zelf aangeven als u de vragen niet wilt beantwoorden.

1. Hoe tevreden bent u over de Wijkverpleegkundige? Geef a.u.b. een rapportcijfer tussen 1 en 10.
2. Kon de Wijkverpleegkundige u helpen met uw vragen/problemen?
Ja/Nee/Geen mening
3. Waren er vragen/problemen waar de wijkverpleegkundige u niet bij kon helpen?
Ja/Nee/Geen mening
4. Heeft de wijkverpleegkundige u in contact gebracht met andere hulpverleners?
Ja/Nee/Geen mening
5. Zou u in de toekomst nog eens gebruik maken van de Wijkverpleegkundige als dit wordt aangeboden?
Ja/Nee/Geen mening
6. Zou u de Wijkverpleegkundige aanbevelen aan familie, vrienden of kennissen?
Ja/Nee/Geen mening
7. Heeft u nog verdere opmerkingen of wilt u nog toelichting geven op de gestelde vragen?