

Kiezen voor nieuw elan

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingestraat 6
postbus 1868
3500 hn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

***Stuurgroep
Wijkverpleging met toekomst***

***Correspondentie:
Postbus 3135, 3502 GC Utrecht***

1907
1908
1909

1910
1911
1912
1913
1914

1915

1916

1917

1918

1919

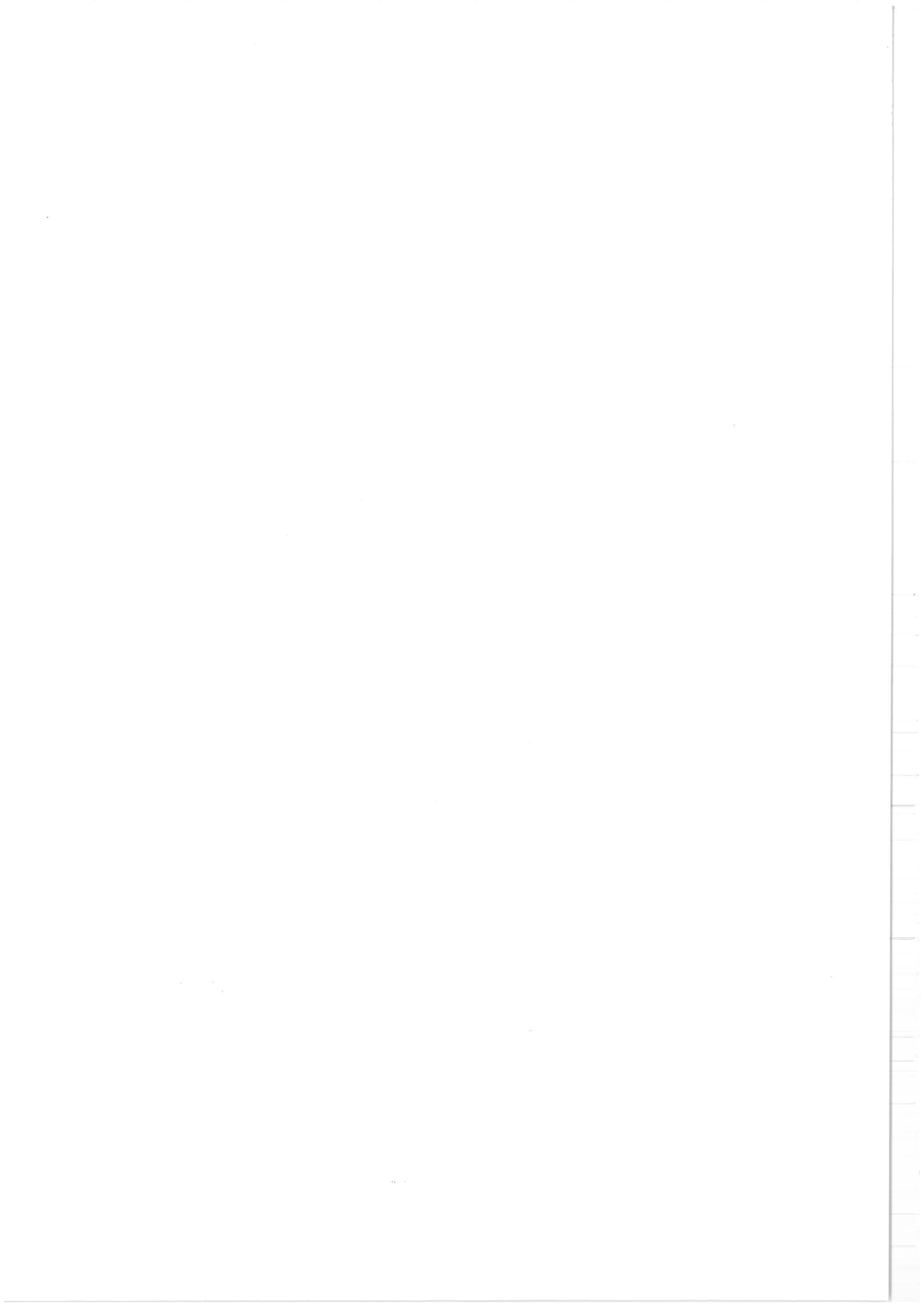
1920

1921

1922

Inhoud

Voorwoord	2
De kern van de zaak	
Wijkverpleging op sterven na dood?	4
De comeback van de huisarts	5
Zonder visie geen toekomst	6
De waarde van wijkverpleging	7
Twee profielen	8
Partners in verpleging en verzorging	9
Realisering van de profielen	10
Inhoud en structuur	11
Toelichting	
Eindtermen niveau 5	12
Veranderingen bij zorgvragers	13
Veranderingen in het zorgaanbod	14
Veranderingen in wetten en regels	15
Kenmerken professionals	16
Scenario's verpleging en verzorging	17
Stuurgroep "Wijkverpleging met toekomst"	18
Bronnen	19
Discussieleidraad	20





Voorwoord

De wijkverpleging zit in een dal. Oude zekerheden zijn verdwenen. Verzakelijking in de thuiszorg kreeg van de politiek en van het management lange tijd meer aandacht dan kwaliteit. Vroegere kerntaken worden weinig gewaardeerd. Velen verlieten het vak, of overwogen dat. Hoogste tijd om er wat aan te gaan doen.

Een aantal mensen uit de VVVM, de LVT, het LCVV, het NIVEL, het NIZW en de STOOM hebben de koppen bij elkaar gestoken om een nieuw, positief perspectief voor de wijkverpleging te ontwikkelen. Zij vormen de stuurgroep "Wijkverpleging met toekomst".

Deze stuurgroep gaat in het seizoen 1998 – 1999 een brede discussie organiseren over de toekomst van de wijkverpleging. Doel is om tot een professioneel statuut te komen. Daarvoor komt een voorstel tijdens een landelijk congres in het najaar van 1999. Vervolgens wordt het conceptstatuut aangeboden aan de beroepsorganisatie VVVM.

Dit werkdocument *Kiezen voor nieuw elan* is opgesteld als compact hulpmiddel voor de discussies in het seizoen '98-'99. De inhoud is deels ontleend aan drie publicaties waaraan afgelopen anderhalf jaar is gewerkt (zie *Bronnen* op pagina 21). Bezien zal worden of en hoe over de toekomst van de ouder- & kindzorg en de jeugdverpleging een apart traject zal worden uitgezet.

De debatten zullen min of meer gestalte krijgen zoals dat vorig jaar succesvol gebeurde bij de discussies over de toekomstscenario's verpleging en verzorging. Dat wil zeggen, zo veel mogelijk binnen de organisaties waar de wijkverpleegkundigen werken. Landelijk wordt service gegeven om de discussies in te leiden, te ordenen en te verslaan.

Met nadruk wordt gestimuleerd om andere belangstellenden aan de discussies te laten deelnemen. Van huisartsen, verzorgenden, leden van instellingsmanagement en intramurale collega's tot organisaties van patiënten, ziektekostenverzekeraars en politici.

Wat moet een verpleegkundige in de thuiszorg kunnen? Als smaakmaker citeren we hieronder de kernachtige typering van Marylane Wade Koch uit een recente *International Nursing Review*, in een vertaling volgens het *Verpleegkundig Woordenboek EN/NE*.

We hopen en verwachten dat de wijkverpleegkundigen samen zullen kiezen voor nieuw elan!



Wat je nodig hebt om wijkverpleegkundige te zijn

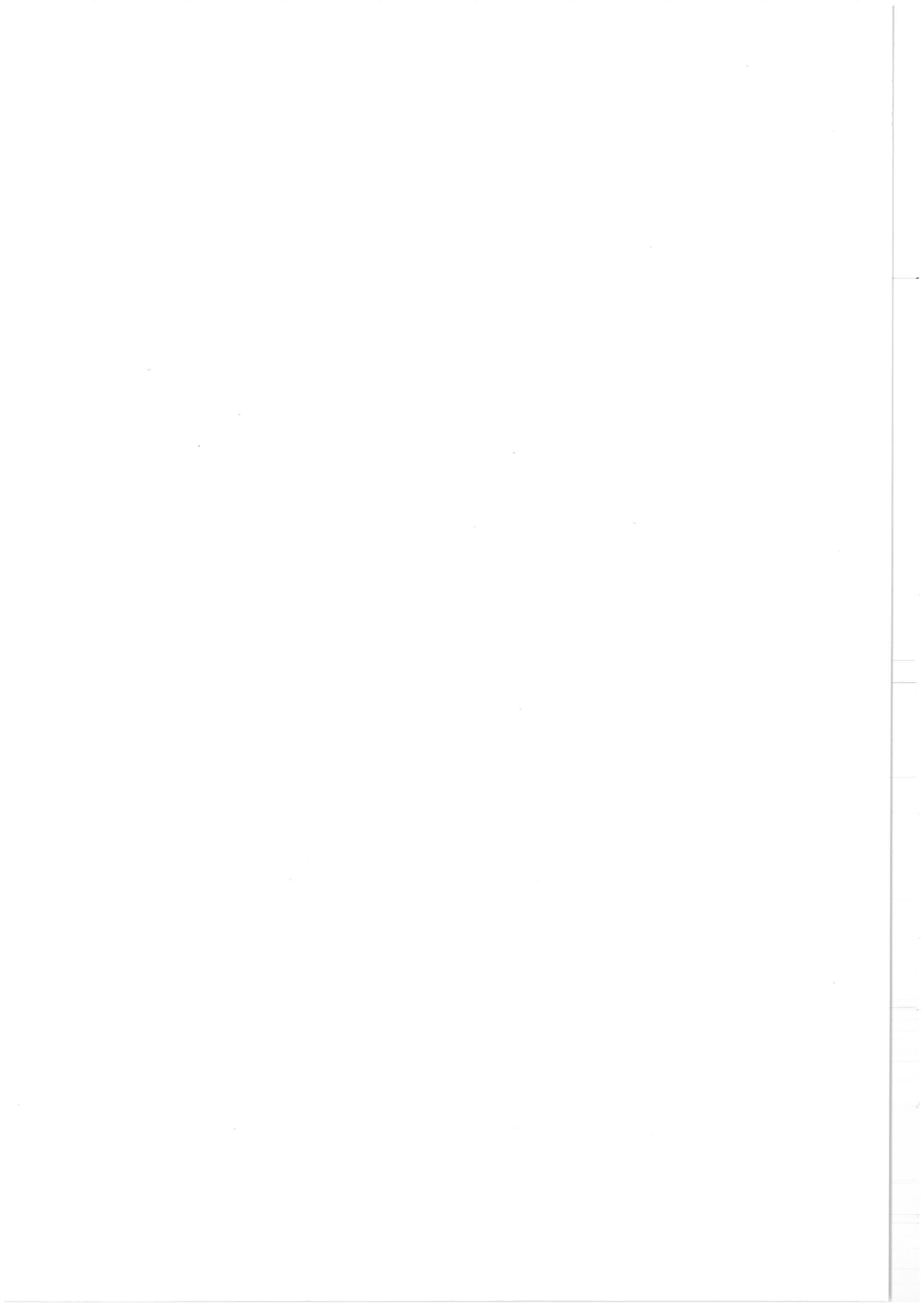
Aangezien de wijkverpleegkundige de aangewezen coördinator is voor patiëntenzorg in de thuissituatie, moet zij beschikken over de volgende vaardigheden:

- Uitstekende vaardigheden inzake de indicatiestelling
- Goede klinische vaardigheden zoals bloed prikken, wondverzorging en het opzetten van intraveneuze infusen
- Vaardigheden in verband met de medicatiebewaking, met het vermogen risico's en afweerreacties te herkennen
- Kennis van fysiologie en pathologie, om ziekteprocessen en de behandeling daarvan te kunnen begrijpen
- Educatieve vaardigheden, om efficiënt te kunnen werken met patiënten van alle opleidingsniveaus
- Analytische vaardigheden, om een bijdrage te kunnen leveren aan een situatie en een goed omschreven zorgplan te kunnen ontwikkelen (of wijzigen)
- Het vermogen om nauwgezet te letten op details
- Het vermogen om zich snel aan te kunnen passen aan veranderingen
- Goed beoordelingsvermogen
- Uitstekende psychosociale vaardigheden
- Geduld en goede luistervaardigheden
- Empathie met betrekking tot de thuissituatie van de patiënt
- Het vermogen om te functioneren in een team, omdat verpleegkundige zorg vaak slechts één aspect is van de algehele zorg voor een patiënt
- Het vermogen om initiatief te nemen
- Uitstekende organisatorische vaardigheden
- Flexibiliteit in het inroosteren van visites
- Creativiteit
- Het vermogen de verleende zorg te documenteren
- Een open en onbevooroordeelde houding in gevallen waarin zorgverlener en patiënt verschillende normen en waarden hebben
- Gezond verstand

Uit "Going Home: Transition Strategies for Professional Practice in Home Care and Hospice", door Marylane Wade Koch in Tennessee Nurse. 58(6). Aangepast door Nursing97 met toestemming van de uitgever.

De kern van de zaak







Wijkverpleging op sterven na dood?

Een kwart eeuw geleden had de wijkverpleegkundige een duidelijk beroep. Ze zorgde voor iedereen in haar werkgebied, van wieg tot graf. De mensen wisten wat ze deed. Samen met de huisarts was ze de spil in de zorg aan huis.

Tegenwoordig lijkt het bijna alsof haar 'product' in de terminale fase is aangeland.

Ze heeft veel taken aan anderen afgestaan.
In de thuiszorg staat ze niet meer zo centraal.
Ze is ontevreden over haar werk.
Ze ervaart te weinig waardering voor haar kennis en kunde.
Ze baalt van de stopwatchzorg.
Ze zoekt perspectief in specialisatie of differentiatie.

Ze denkt er over om wat anders te gaan doen.

Maar eigenlijk vindt ze dat er toch een andere weg moet zijn.



De comeback van de huisarts

Het beroep van huisarts zat in de jaren zestig in een diep dal. Was de huisarts een "uitstervende diersoort?" De opmars van de medisch specialisten leek niet meer te stuiten. Een leerzame vergelijking.

Er waren namelijk huisartsen die het er niet bij wilden laten zitten. Ze gingen aan de slag met een herdefinitie van de inhoud van het beroep. Ze kregen daar langzamerhand maatschappelijke steun voor. De opleiding werd stap voor stap veranderd.

Er is een lange weg gegaan, maar nu gelden de standaarden van de huisartsen als voorbeeld voor het werken aan kwaliteit. Er zijn betere financiële regelingen gekomen. De Landelijke Huisartsen Vereniging doet de landelijke zaken, de Districts Huisartsen Verenigingen doen de regionale zaken. Huisartsengroepen ("HAGRO's") bieden steeds meer lokaal verband. Het Nederlands Huisartsen Genootschap werkt met centra voor opleiding en onderzoek aan de inhoud van het vak.

Wie had dat dertig jaar geleden voorspeld?



Zonder visie geen toekomst

Veranderingen bij vraag en aanbod geven uitdagingen en kansen voor wijkverpleegkundigen.

Mensen leven langer. Méér mensen hebben een chronische ziekte, en vaker meer dan één ziekte.

Mensen stellen zich meer als consument op en minder als afhankelijke patiënt. Ze willen en kunnen vaker onderhandelen met de zorgverleners. De grenzen van de mantelzorg zijn meer in zicht gekomen, door de grotere deelname van vrouwen aan het arbeidsproces en door de grotere heterogeniteit in leefvormen.

Patiënten en hun omgeving zijn steeds minder over één kam te scheren. Er is veel meer diversiteit naar geld, gezelschap, gezondheid, opleiding en herkomst.

In het aanbod verandert ook veel. Meer ziekten zijn behandelbaar, meer ook thuis te behandelen. Er komt meer noodzaak tot (transmurale) samenwerking in de zorg. Ook komen er meer verbanden tussen zorg, welzijn, wonen en arbeid.

De afgelopen periode was er veel nadruk op doelmatigheid. De invoering van de "stopwatchzorg" was het gevolg. Kwaliteit lijkt echter weer een belangrijk thema te worden.

De financiering van de thuiszorginstellingen zal vanaf 2001 op basis van output van producten gebaseerd zijn. De regeling van de praktijkondersteuning van de huisartsen staat in de steigers. Beide regelingen zullen grote invloed hebben op het beroepsperspectief van de wijkverpleegkundigen.

De wijkverpleegkundige is niet de enige die nieuwe taken kan oppakken. Concurrentie kan van veel kanten komen: huisartsassistentes, polizusters, verzorgenden en verpleeghuizen.

De wijkverpleegkundigen moeten duidelijk maken wat ze waard zijn. Er is een nieuwe visie op de waarde van wijkverpleging nodig.



De waarde van wijkverpleging

Wat willen de cliënten? Wat heeft de wijkverpleegkundige te bieden? Welke interne en externe eisen zijn nodig om dat te realiseren?

De inhoudelijke eisen zien we als de volgende *kerncompetenties* van de wijkverpleegkundige:

1. Ze beschikt over een kwalificatie op niveau 5 volgens de nieuwe kwalificatiestructuur¹
2. Ze werkt vanuit het perspectief van de thuis wonende cliënt
3. Ze heeft oog voor de levensloop en voor de sociale omgeving van de cliënt
4. Ze werkt mee aan de integratie van de cliënt in het normale leven, aan de integratie van zorg aan huis (o.a. door coördinatie) en aan de integratie van transmurale zorg
5. Ze legt het accent op secundaire en tertiaire preventie
6. Ze is een teamspeler bij uitstek, in meer dan één verband
7. Ze werkt actief aan de aanpak van onvolkomenheden in de zorgverlening

¹ zie de samenvatting van de eindtermen bij de toelichtingen



Twoe profielen

Het is zinvol om twee profielen van de wijkverpleegkundige te onderscheiden:

- Zorg aan volwassenen
- Medisch-technische zorg

In het profiel **Zorg aan volwassenen** staat de steun centraal aan de integratie in de samenleving van mensen met een chronische aandoening. Het gaat veelal om langdurige, deels intermitterende, consultrelaties.

Er is een breed palet van functies:

- Begeleiding: voorlichting, instructie, verwijzing, psychosociale steun en coördinatie
- Netwerkontwikkeling: multidisciplinair, transmuraal
- Verpleegtechnische en medische taken.

De wijkverpleegkundige werkt in de zorgsector samen met huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en de GGZ. Tevens wordt samengewerkt met Arbo-diensten, welzijnsinstellingen, woningcorporaties, WVG/RIO's, etc.

Het werkgebied heeft een geografische schaal die de onderlinge herkenbaarheid van samenwerkingspartners mogelijk maakt.

Opbouw en onderhoud van speciale vaardigheden en kennis wordt regionaal geregeld, afhankelijk van de omstandigheden in het gebied (vóórkomen van aandoeningen; beschikbaarheid van transmurale steun).

In het profiel **Medisch-technische zorg** staat de bevordering van het herstel van de gezondheid van de patiënt met een acute aandoening centraal. Het gaat zowel om kortdurende relaties waar het handelen voor op staat, als om langdurige relaties waar monitoring naast eventueel handelen aan de orde is. Het werk bevindt zich op het snijvlak van verpleegtechnische en medische handelingen, overdracht van vaardigheden en kennis aan derden, monitoring en netwerkontwikkeling. Samenwerking beperkt zich in hoofdzaak tot de zorgsector, gerelateerd aan de noodzakelijke behandeling.

Het werkgebied heeft een geografische schaal die groot genoeg is voor de praktijkuitoefening en het onderhoud van kennis en vaardigheden.



Partners in verpleging en verzorging

De wijkverpleegkundige werkt samen met verzorgenden en verpleegkundigen: in de thuiszorg, ouderenzorg en curatieve zorg. Elk heeft haar eigen positie en verantwoordelijkheden.

Verzorgenden werken op kwalificatieniveau 3, helpenden op kwalificatieniveau 2.

Verpleegkundigen zijn werkzaam op kwalificatieniveau 4 of 5.

In aanvulling op de twee profielen voor de wijkverpleegkundige schetsen wij hier in het kort een profiel voor de **verpleegkundige** die in de zorg aan huis op niveau 4 werkt.

Voor haar staat handhaving van de patiënt thuis centraal.

Ze is in staat om met twee typen patiënten te werken:

- Degenen die met hulp hun zelfstandige bestaan kunnen voortzetten;
- Degenen die sterk van hulp afhankelijk zijn.

Het betreft over het algemeen langer durende relaties. Bij complexe vragen wendt deze verpleegkundige zich tot de huisarts of de wijkverpleegkundige. Verpleegtechnische handelingen en ADL-steun staan voorop.



Realisering van de profielen

Er moet aan eisen voldaan worden om de profielen te kunnen realiseren. We onderscheiden eisen aan de eigen professie en eisen aan de zakelijke condities.

Professioneel is het ten eerste nodig om de beroepsorganisatie VVVM te versterken.

Voorts zijn een landelijke regie en structuur geboden om eisen en instrumenten (standaarden) voor kwaliteitsbeleid te ontwikkelen, te borgen en te onderhouden.

Regionaal of lokaal moet structuur (terug) komen voor onderlinge professionele samenwerking. Ook moeten wijkverpleegkundigen invloed op het beleid van hun instelling uitoefenen (verpleegkundige adviesraden).

Aan de andere kant moeten wijkverpleegkundigen zich gedragen naar de eisen van de kerncompetenties. Zij moeten zich méér als een waardevolle partner manifesteren in de regionale en lokale netwerken.

In dit werkdocument wordt aangesloten bij de nieuwe kwalificatiestructuur. Werkgevers en eventuele zelfstandigen of maatschappen moeten waar nodig voorzien in aanvullende scholing en training van (wijk-)verpleegkundigen met een 'oude' kwalificatie.

Zakelijk is duidelijke en doelmatige verantwoording van de praktijkvoering vereist, op basis van professionele standaarden. Dan kan *stopwatchzorg* tot het verleden gaan behoren.

Er is een reële bekostiging van alle diensten nodig, zonder financiële drempels en schotten.

Het werkgebied van de wijkverpleegkundigen moet voldoende draagvlak hebben voor een goede praktijkvoering. Dat kan in het kader van een instelling voor thuiszorg of in een "Wijgro": een maatschap van wijkverpleegkundigen.



Inhoud en structuur

De beroepsgroep zal een duidelijke visie op de inhoud van het werk van de wijkverpleegkundige moeten formuleren. Een visie die past bij de vragen die de cliënten vandaag en morgen stellen. Een visie die rekening houdt met externe kansen en bedreigingen.

Over de financiële condities zal de stuurgroep een apart traject uitzetten. Op het congres in 1999 zullen beide lijnen bijeen komen. Tussentijds nieuws zal gemeld worden.

Op die basis komt ook aan de orde welke positionering gewenst en realiseerbaar is.

Drie belangrijke vragen zijn in samenhang te beantwoorden:

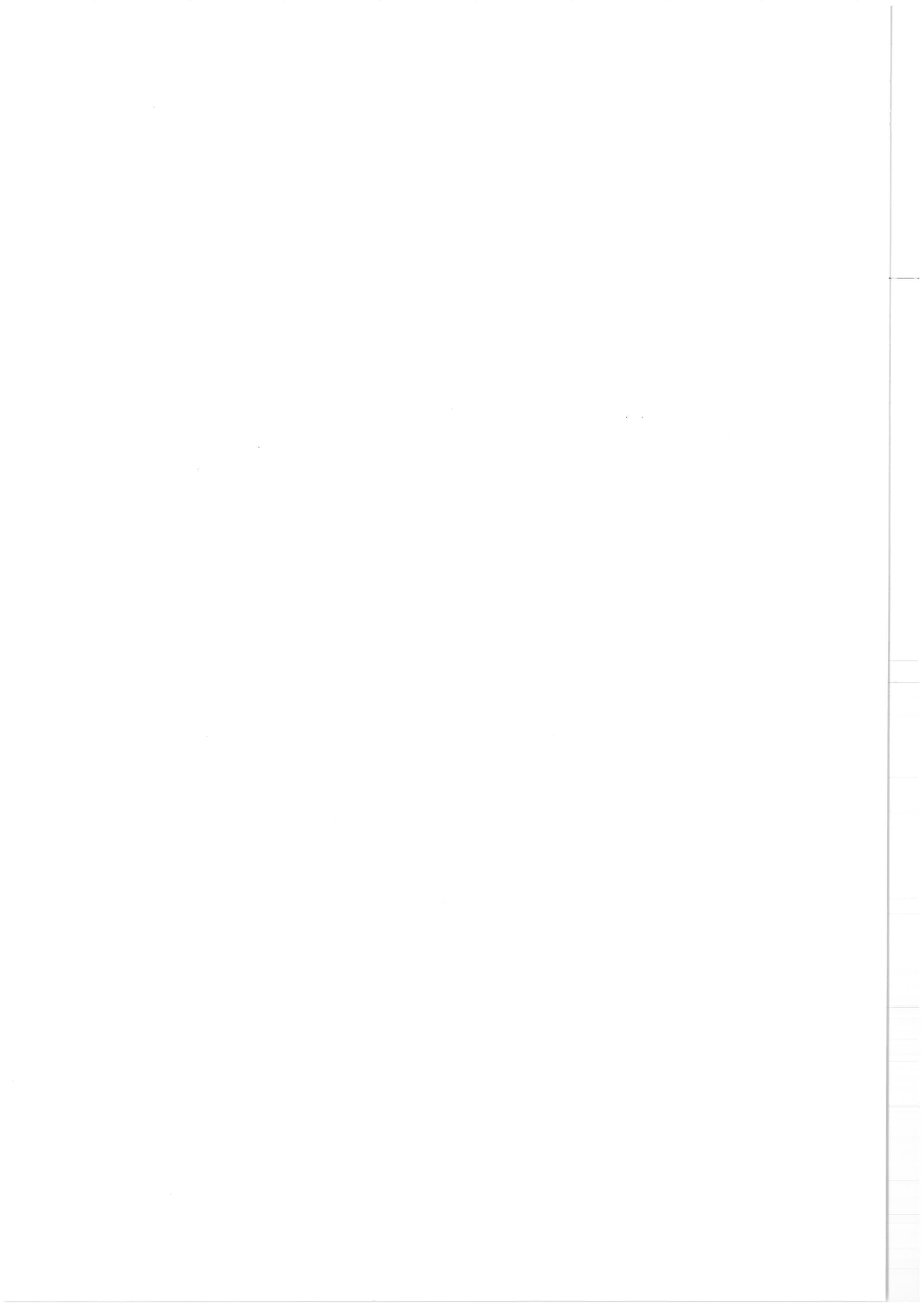
- Is de wijkverpleegkundige werknemer, ondernemer of zijn beide opties open, afhankelijk van persoonlijke inslag en lokale omstandigheden?
- Maakt de wijkverpleegkundige deel uit van een thuiszorginstelling of van een "Wijgro" (als concurrent of als contractpartner)?
- Hoe worden de diensten van de wijkverpleegkundige gefinancierd? Vanuit de AWBZ (met verbeterde spelregels), of (ook) vanuit de ziektekostenverzekering, en hoe dan?

De voorbereiding van het professioneel statuut van de wijkverpleging vertrekt vanuit de inhoud. Vragen over de positionering en de financiering spelen op de achtergrond een belangrijke rol.

Op het congres zal een integraal voorstel gedaan worden voor dat statuut, voor een keuze met nieuw elan voor wijkverpleging met toekomst.

Toelichting







Eindtermen niveau 5

Het stelsel van opleidingen voor verpleging en verzorging is onlangs veranderd². Het onderscheid naar werkveld is verdwenen. Verpleegkundigen met een hogere beroepsopleiding voldoen aan kwalificatieniveau 5. Dit brengt als verantwoordelijkheden mee:

- Zelfstandig zorg kunnen plannen en uitvoeren
- Consult kunnen verlenen en een voorbeeldfunctie kunnen hebben
- Verantwoordelijk kunnen zijn voor de organisatie van zorg en de regievoering
- Kwaliteitsvoorwaarden kunnen scheppen (o.a. standaarden, procedures, scholing)
- Complexe interventies kunnen doen
- Voldoende kunnen reflecteren over het eigen handelen en dat van anderen.

Het landelijke kwalificatiesysteem is opgebouwd uit deelkwalificaties. Sommige deelkwalificaties zijn algemeen beroepsgericht: Andere deelkwalificaties zijn specifiek.

Voor kwalificatieniveau 5 zijn er specifieke deelkwalificaties die als verplichte differentiatie gelden. De differentiaties zijn: chronisch zieken, psychiatrie en verstandelijk gehandicapten zorg, kraam-, kind en jeugdzorg en intensievere klinische zorg.

² Zie "Gekwalificeerd voor de toekomst", eindrapport Commissie Kwalificatiestructuur, Ministeries van OCW en VWS, 1996



Veranderingen bij zorgvragers

Mensen leven tegenwoordig gemiddeld langer dan voorheen. Méér mensen leven met een (chronische) ziekte, en vaker met meer dan één ziekte.

Chronisch zieken staan méér in het leven. Zij komen op voor hun wensen en belangen. Ze willen en kunnen vaker vanuit die positie onderhandelen met zorgverleners over de inhoud, de omvang en de condities van de zorg. Zij stellen meer eisen aan de wijze waarop ze bejegend worden.

In de samenleving zijn naast de traditionele (familie-)banden andere sociale verbanden ontstaan. Mensen die voor elkaar van belang zijn wonen niet als vanzelfsprekend bij elkaar in huis, in de buurt of in dezelfde streek.

De grenzen van de mantelzorg zijn meer in zicht gekomen, door de grotere deelname van vrouwen aan het arbeidsproces en door de grotere heterogeniteit in leefvormen.

Patiënten en hun omgeving zijn steeds minder over één kam te scheren. Er is veel meer diversiteit naar geld, gezelschap, gezondheid, opleiding en herkomst. Zorgverleners moeten daar rekening mee houden.



Veranderingen in het zorgaanbod

Inhoudelijk verandert er veel. Meer ziekten zijn behandelbaar. Vaker kan de behandeling geheel of gedeeltelijk ook thuis plaats vinden.

Geen wonder dat er steeds meer transmurale samenwerking ontstaat: in de curatieve zorg, in de ouderenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg.

Dat grotere accent op de zorg aan huis geeft nieuwe impulsen en meer noodzaak aan de samenwerking van degenen die deze zorg leveren.

Bovendien moeten die zorgverleners ook meer dan voorheen samenwerking zoeken met instanties op de terreinen van welzijn en arbeid.

Dat alles stelt hogere eisen aan de kwaliteit van de zorg.

In de structuur van de thuiszorg volgen de veranderingen elkaar op. In de wijkverpleging kwam meer differentiatie van functies naar inhoudelijke specialisatie en naar organisatorische functies.

De integratie van kruiswerk en gezinszorg kreeg stap voor stap zijn beslag.

Er was veel nadruk op de vergroting van de doelmatigheid, onder meer door de invoering van de "stopwatchzorg". Een belangrijk probleem schuilt in de definitie van productiviteit, waarbij "face to face" contact als voorwaarde geldt. Voorts worden sommige producten onvoldoende onderkend, zoals preventie en coördinatie. Indicatiestelling is gescheiden van zorgverlening en ondergebracht bij onafhankelijke organen (RIO's).

De financiering van de thuiszorginstellingen zal vanaf 2001 op basis van output van producten gebaseerd zijn. De regeling van de praktijkondersteuning van de huisartsen staat in de steigers. Beide regelingen zullen grote invloed hebben op het beroepsperspectief van de wijkverpleegkundigen.

Dat geldt ook voor de verdere toepassing van de vele financieringsregelingen die ontstaan zijn in het kader van de extramuralisering van intramurale zorg in ziekenhuizen, ouderenzorg, GGZ en zorg aan mensen met een geestelijke of lichamelijke handicap.



Veranderingen in wetten en regels

De laatste jaren zijn verschillende wetten van kracht geworden die veel gevolgen hebben voor de beroepsuitoefening van de wijkverpleegkundigen.

In trefwoorden gaat het om:

- de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
- de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
- de Wet Kwaliteit Zorginstellingen
- de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
- de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
- de wetgeving over privacy

Voorts is de kwalificatiestructuur voor verpleging en verzorging drastisch herzien.

In de structuur van de gezondheidszorg zijn nieuwe schotten ontstaan tussen en in de drie compartimenten in het stelsel van verzekering van ziektekosten. Marktwerking wordt sinds kort nog maar in beperkte mate toegestaan, na een periode waarin daarover heel andere verwachtingen werden gewekt. Het Patiëntgebonden budget (PGB) is onder meer in de thuiszorg ingevoerd en kan een grotere omvang krijgen.



Kenmerken van professionals

Een professional kan omschreven worden als iemand die een beroep uitoefent dat zich onderscheidt van andere beroepen door de volgende kenmerken:

1. Kennis en vaardigheden die vereist zijn voor de uitoefening van het beroep, verkregen door een academische of Hbo-opleiding, afhankelijk van de situatie toe te passen.
2. Specifieke normen, waarden, gedrags- en ethische regels, opgesteld door de beroepsgroep, die als referentiekader van de professional dienen en waarop onderlinge controle plaats vindt.
3. Een grote mate van autonomie behoort bij de uitoefening van het beroep, het is maatwerk wat niet kan worden geprogrammeerd.

Professionalisering van beroepen kent gradaties die te maken hebben met de historie van het beroep en met de mate van professionalisering.

Als de bovenstaande kenmerken in toenemende mate aanwezig zijn, is sprake van *professionalisering*.

Deprofessionalisering treedt op, als de ontwikkeling van het beroep zich voltrekt in de omgekeerde richting.



Scenario's verpleging en verzorging

De Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg heeft onderzoek laten doen naar de mogelijke ontwikkelingen in de zorg.

Het rapport "Een verzorgde toekomst" schetst vier richtingen:

- het indicatiescenario
- het verzekeringsscenario
- het servicescenario
- het wijkscenario.

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben in veel regionale of lokale bijeenkomsten discussies gehouden over de scenario's.

Hun voorkeur ging in grote lijnen uit naar het wijkscenario. Patiëntgericht verplegen en kleinschalige, goed toegankelijke voorzieningen zijn als pluspunten gezien. De financiering komt van de overheid, met regionale budgetten op basis van de opbouw van de bevolking.

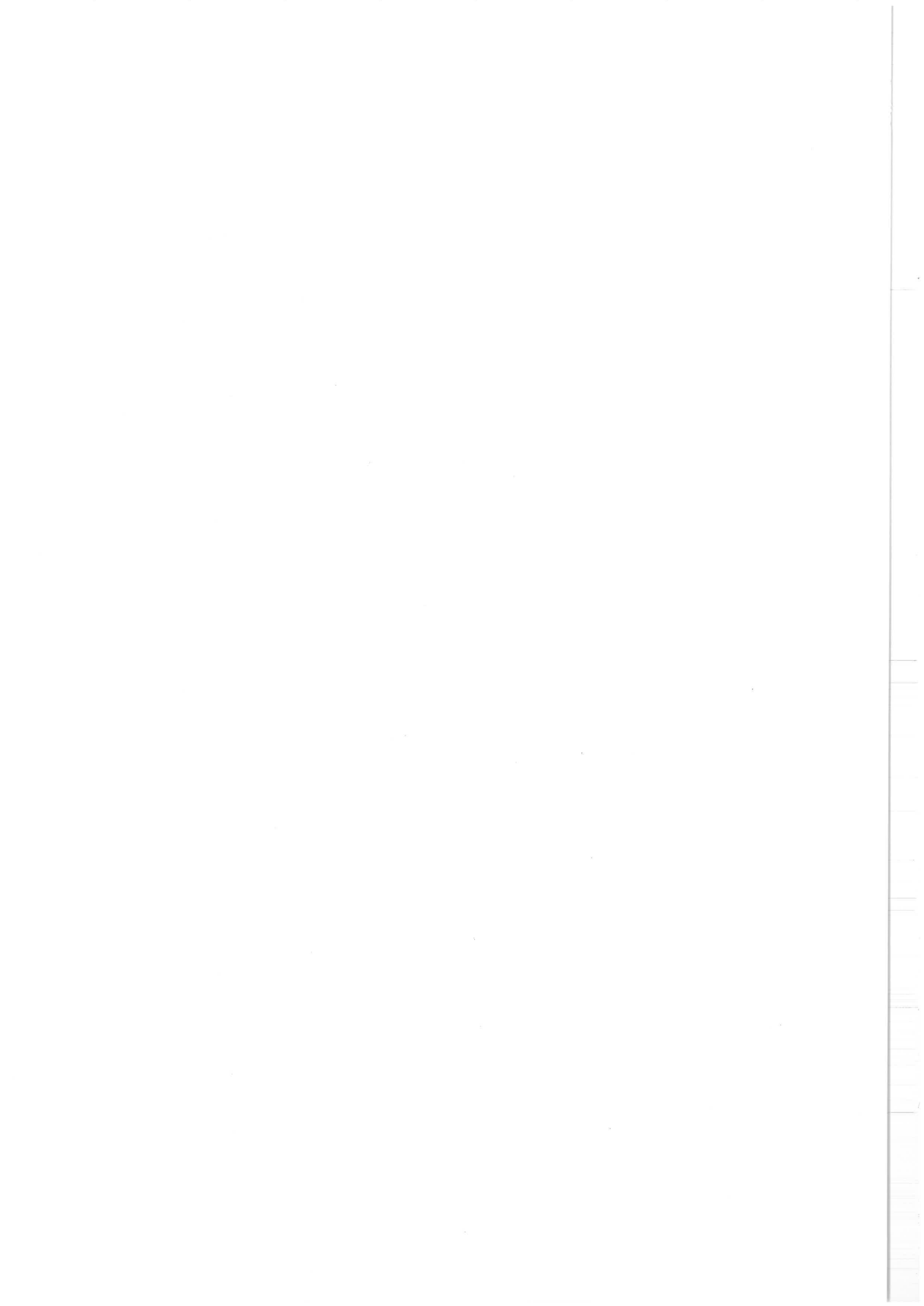
Verpleegkundigen zijn grosso modo voorstander van de vermaatschappelijking van het beroep. Vertechnisering zien zij meer als een bedreiging: het uitdrukken van handelingen in minuten en standaarden past niet bij een beroepsvisie die de behoefte van de patiënt centraal stelt. Dat neemt niet weg dat ze ook goede punten zien bij de andere scenario's. De doelmatigheid van de zorg wordt niet gediend, als de wensen van de patiënt exclusief voorop staan. Ook kunnen goede protocollen betere zorg opleveren.



Stuurgroep *Wijkverpleging met toekomst*

De stuurgroep *Wijkverpleging met toekomst* is als volgt samengesteld:

Dhr. Drs. M.G.J. van Alderswegen	senior beleidsmedewerker verpleging en verzorging LVT, verpleegkundige
Mw. Drs. J. Bastiaenen	secretaris STOOM
Mw. H. Hillmann	directeur LCVV, voorzitter
Mw. Dr. A. Kerkstra	afdelingshoofd onderzoek NIVEL
Mw. J. Kruyt, MScN	voorzitter VVVM, wijkverpleegkundige
Dhr. Dr. A. Pool	programmacoördinator verpleging NIZW
Ondersteuning wordt geleverd door:	
Mw. Drs. G.E Oosterheert	beleidsadviseur LCVV, verpleegkundige
Dhr. Drs. A.W. van Raalte	extern adviseur, opsteller werkdocument
Dhr. Mr. P. R.W. Rovers	medewerker NIZW, secretaris
Mw. A. P.C.J. Verdonschot	bureaumanager VVVM, wijkverpleegkundige



Bronnen





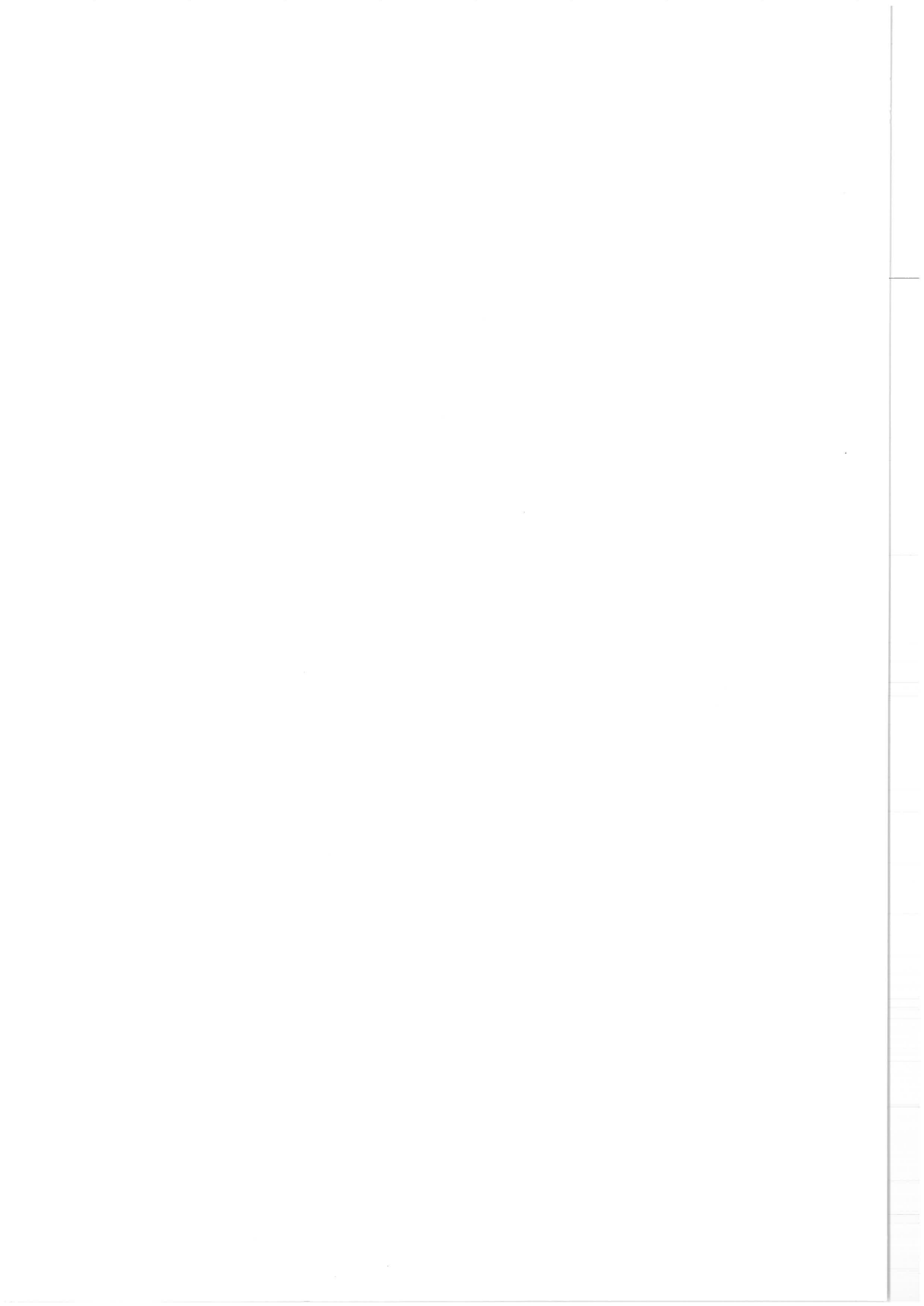
Bronnen

Het werkdocument *Kiezen voor nieuw elan* is in belangrijke mate gebaseerd op drie publicaties:

- "Functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep: feiten, knelpunten en wensen", G. van Weelden en A. Kerkstra, NIVEL/STOOM, mei 1998
- "Een toekomstperspectief voor de wijkverpleegkundige, discussienota om te komen tot een functieprofiel voor de wijkverpleegkundige", VVM, maart 1998
- "Naar een wijkverpleegkundige nieuwe stijl", A. van den Dungen, J. Egtberts, A. Pool, H. Hillmann, P. van Lieshout, NIZW/LCVV, januari 1998

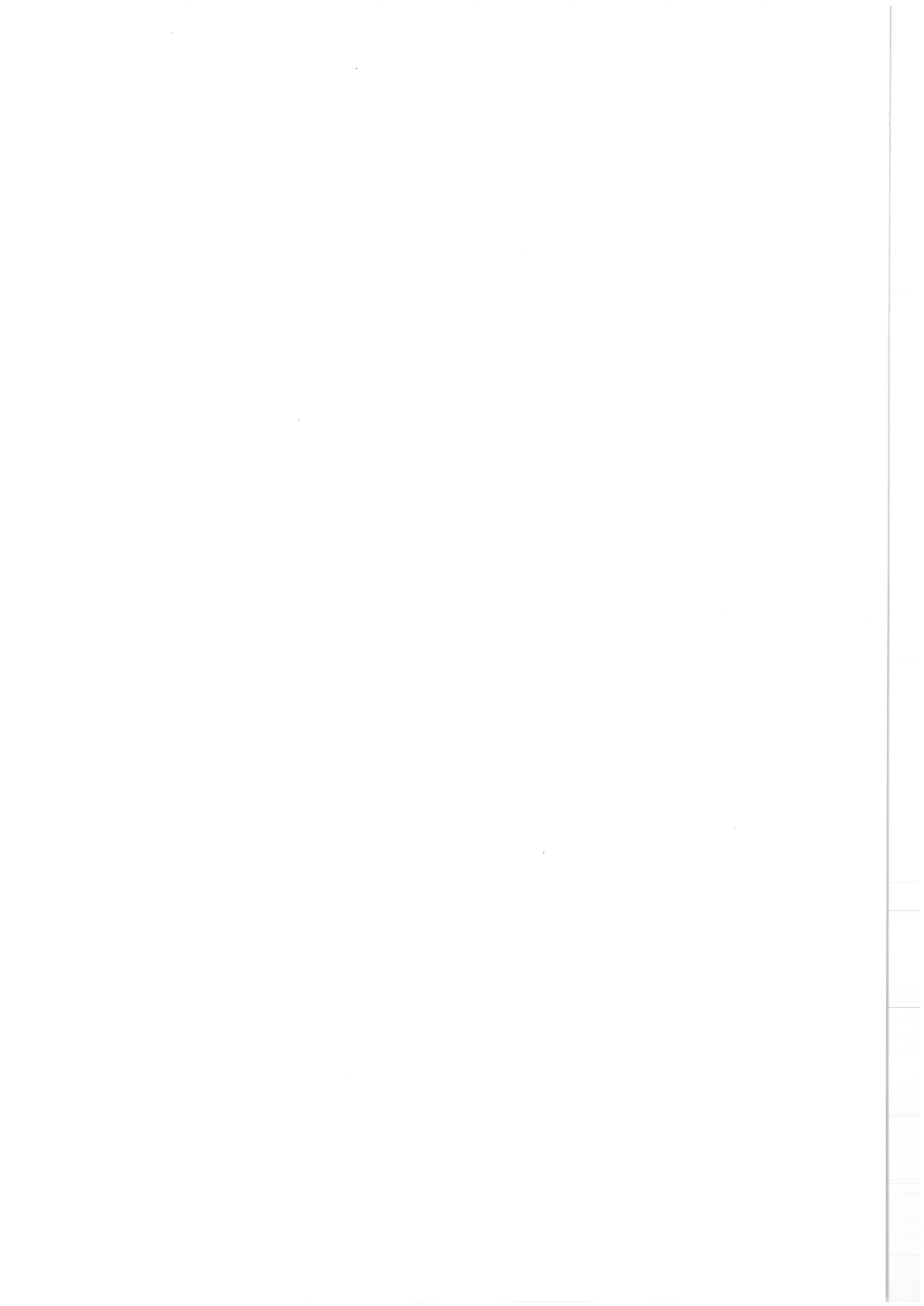
Tevens is gebruik gemaakt van drie andere publicaties:

- "Gekwalificeerd voor de toekomst", eindrapport Commissie Kwalificatiestructuur, Ministeries van OCW en VWS, 1996
- "Naar een kwaliteitsbeleid voor de wijkverpleegkundige beroepsuitoefening", KITZ/STOOM, april 1998
- "Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging", Boeije, H.R., Van den Dungen, A.W., A. Pool, Grypdonck, M.H.F., Van Lieshout, P.A.H., 1997



Discussieleidraad







Discussieleidraad

De stuurgroep bepleit de volgende spelregels bij de discussies over het werkdocument:

- verdeel de beschikbare tijd goed
- besteedt kort tijd aan de analyse van de oorzaken
- wees matig met schuldvragen en leg die niet alleen bij anderen
- kijk naar de toekomst
- werk aan oplossingen
- plaats meningen naast elkaar
- rapporteer over standpunten

De top 5 van discussiepunten:

1. De waarde van de kerncompetenties:
 - dekken ze de "waarde van de wijkverpleging"
 - geven ze voldoende houvast voor de profielen
2. De profielen:
 - zijn ze het juiste antwoord op de veranderingen bij vraag, aanbod, wetten en regels
 - geven ze voldoende duidelijkheid over noodzakelijke condities
3. Voldoen de eisen om de profielen te kunnen realiseren:
 - de eisen aan de eigen professie
 - de eisen aan de zakelijke voorwaarden
4. Werknemer of ondernemer:
 - kunnen werknemers zich professioneler ontwikkelen
 - past het ondernemerschap bij deze beroepsgroep
 - zijn beide opties mogelijk, afhankelijk van regionale omstandigheden en individuele voorkeuren
5. Wie hebben belang bij oplossing van de malaise in de wijkverpleging, en gaan daar wat aan doen:
 - de wijkverpleegkundigen en hun beroepsorganisatie
 - de instellingen voor thuiszorg
 - de huisartsen
 - de consumenten
 - de zorgverzekeraars
 - de overheden

