



FUNCTIE EN POSITIE VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE BEROEPSGROEP: FEITEN, KNELPUNTEN EN WENSEN

Een onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling
Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM)

G. van Weelderren
A. Kerkstra

mei 1998



STOOM

Stichting
Onderzoek en
Ontwikkeling
Maatschappelijke
gezondheidszorg

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 2729 700

STOOM - Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg
Postbus 100 - 3980 CC Bunnik - Telefoon 030 - 65 96 227

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep: feiten, knelpunten en wensen

G.van Weelderen, A.Kerkstra

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM)

1998

Met lit.opg.

ISBN: 90-6905-377-2

Trefw.: wijkverpleegkundige, thuiszorg, professionalisering

Lay-out : Renie Ploeg

Omslag : Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE



VOORWOORD

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Samenvatting

- Functies van wijkverpleegkundigen
- Positieve ervaringen met het huidige functiepatroon
- Knelpunten binnen het huidige functiepatroon en mogelijke oplossingen
- De positie van wijkverpleegkundigen

Conclusies

- Deskundigheid van wijkverpleegkundigen
- Autonomie van wijkverpleegkundigen
- Specifieke normen, waarden, gedrags- en ethische regels, en de controle hierop door beroepsgenoten

1 INLEIDING

- 1.1 Achtergronden van het onderzoek
- 1.2 Vraagstellingen en conceptueel raamwerk
- 1.3 Begrippenkader
- 1.4 Opbouw van het rapport

2 ONDERZOEKSOPZET

- 2.1 Geraadpleegde bronnen
 - 2.1.1 Literatuuronderzoek
 - 2.1.2 Databanken
- 2.2 Geïnterviewde personen
- 2.3 Instrumenten en gegevensverwerking
 - 2.3.1 Semi-gestructureerde interviews
 - 2.3.2 Focus-groepsinterviews

3 FUNCTIES VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

- 3.1 De huidige functies
 - 3.1.1 Functies betreffende de aanmelding
 - 3.1.2 Functies betreffende de intake en indicatiestelling
 - 3.1.3 Functies in de thuiszorg voor volwassenen
 - 3.1.4 Functies binnen de ouder- en kindzorg
- 3.2 Evaluatie van de huidige functies: positieve ervaringen, knelpunten en mogelijke oplossingen
 - 3.2.1 De intake en indicatiestelling
 - 3.2.2 Thuiszorg voor volwassenen
 - 3.2.3 Ouder- en kindzorg

4 DE POSITIE VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

- 4.1 Kansen en bedreigingen
 - 4.1.1 De toenemende marktwerking
 - 4.1.2 De integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging
 - 4.1.3 De toename van transmurale zorg
- 4.2 Hoe gaan wijkverpleegkundigen om met kansen en bedreigingen?
- 4.3 Mogelijke oplossingen
 - 4.3.1 Oplossingen voor bedreigingen door de toenemende marktwerking

4.3.2 Oplossingen voor bedreigingen door de integratie tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging

4.3.3 Oplossingen voor bedreigingen bij de toename van transmurale zorg

LITERATUUR

BIJLAGE I: Semi-gestructureerd interview

BIJLAGE II: Focus-groepsinterview: Onderwerpen die mogelijk aan de orde komen

BIJLAGE III: Functies, taken en functie-eisen

VOORWOORD

In opdracht van de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM) is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) een onderzoek uitgevoerd naar de functie en de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep.

Omdat het onderzoek is gericht op nieuwe ontwikkelingen die nog niet zijn gedocumenteerd, is gekozen voor een kwalitatieve benadering. Hierbij zijn zowel semi-gestructureerde interviews gehouden met leidinggevenden (managers en staffunctionarissen) van thuiszorgorganisaties, als focus-groepsinterviews met wijkverpleegkundigen.

Het rapport geeft daarmee een indruk van het huidige en het wenselijke functiepatroon en de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Ook zijn kernproblemen daarbij in kaart gebracht en daarvoor voorgestane oplossingsrichtingen.

We hopen dat dit rapport een positieve bijdrage kan leveren aan de toekomst van de wijkverpleging.

Utrecht, mei 1998

Guda van Weelden
Ada Kerkstra

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Een aantal ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, met name de toenemende marktwerking, de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging en de toename van transmurale zorg, maakte sinds het begin van de jaren negentig een nieuwe positiebepaling van de toenmalige regionale kruisorganisaties noodzakelijk. Daarmee samenhangend hebben deze ontwikkelingen ook invloed gehad op de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Dit betekent in de eerste plaats dat wijkverpleegkundigen zijn geconfronteerd met een aantal ingrijpende wijzigingen in hun functie-uitoefening, waarbij bedrijfsmatige overwegingen enerzijds en vakinhoudelijke belangen vanuit de beroepsgroep anderzijds niet altijd overeen komen. Een tweede gevolg is dat er veel meer variatie is gekomen in de wijze waarop wijkverpleegkundigen hun functie vervullen. In de jaren tachtig werkten wijkverpleegkundigen all-round, en waren er weinig regionale verschillen in de werkzaamheden. Het algemene beroepsbeeld van wijkverpleegkundige is nu diffuser.

Het hier beschreven onderzoek is door het NIVEL uitgevoerd in opdracht van de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM). Het doel van het onderzoek is ten eerste inzicht te verkrijgen in het huidige en het wenselijke functiepatroon en de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Ten tweede dienen de kernproblemen daarbij in kaart te worden gebracht en de daarvoor voorgestane oplossingsrichtingen.

Uitgangspunt in het onderzoek is dat de positie, functies en taken van de wijkverpleegkundige beroepsgroep zowel worden beïnvloed door externe ontwikkelingen en de daarmee samenhangende keuzen van het management (de bedrijfsmatige invalshoek) als ook door de visie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep (professionele invalshoek). Onder invloed van het samenspel tussen externe ontwikkelingen, bedrijfsmatige overwegingen en vakinhoudelijke belangen kan de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep worden verbeterd (professionalisering) dan wel worden verslechterd (deprofessionalisering). Met betrekking tot de gevolgen voor functies en taken wordt gesproken over verrijking of verarming.

Wijkverpleegkundigen worden beschouwd als professionals. Een professional kan worden omschreven als iemand die een beroep uitoefent dat zich onderscheidt van andere beroepen (in de gezondheidszorg) door de volgende kenmerken: (a) De uitoefening van het beroep vereist een bepaalde deskundigheid (kennis en vaardigheden) die in dit geval door een HBO-opleiding wordt verkregen; (b) bij de uitoefening van een beroep behoort een grote mate van autonomie; en (c) het beroep kent specifieke normen, waarden, gedrags- en ethische regels, die zijn opgesteld door een overkoepelend orgaan zoals een beroepsassociatie of vereniging. Dit vormt het referentiekader van de professional. De professional dient deze normen en regels te respecteren. Controle hierop vindt plaats door de beroepsvereniging en beroepsgenoten (GITP, 1997). Het begrip positie verwijst in het onderzoek naar de mate waarin bovengenoemde kenmerken in een bepaalde periode al dan niet aanwezig zijn.

Omdat het onderzoek gericht is op een inventarisatie van nieuwe ontwikkelingen die nog niet zijn gedocumenteerd, is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Daarbij zijn zowel semi-gestructureerde interviews gehouden met leidinggevenden (managers en staffunctionarissen) van acht thuiszorgorganisaties, als ook twee focusgroepsinterviews met respectievelijk negen en zeven wijkverpleegkundigen. Dit om zowel de bedrijfsmatige als beroepsinhoudelijke gezichtspunten te belichten.

Samenvatting

Uit de interviews blijkt dat de huidige functies, taken en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep in belangrijke mate worden beïnvloed door drie externe ontwikkelingen:

1. *De toenemende marktwerking in de zorgsector en de verandering van 'input' naar 'output' financiering.* Als gevolg hiervan moeten thuiszorgorganisaties de zorg die zij verlenen inzichtelijk maken. Daarom is deze zorg tegenwoordig als produkt gedefinieerd. Verschillende zorgprodukten, gebaseerd op activiteiten in de directe cliëntenzorg, vormen de basis voor de financiering van de thuiszorgorganisatie als geheel. Afspraken over de aard van de zorgprodukten en de financiering hiervan worden gemaakt tussen de zorgverzekeraars, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT). In het kader van de 'output' financiering worden productieafspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Als gevolg hiervan hanteren thuiszorgorganisaties productienormen. Deze productienormen zijn richtlijnen die enerzijds betrekking hebben op de tijd die hulpverleners per dag gemiddeld moeten besteden aan de directe cliëntenzorg. Anderzijds wordt er voor de gedefinieerde zorgprodukten gewerkt met normtijden. Zo wordt er voor een insuline-injectie bijvoorbeeld gesproken over een norm van 10 minuten. Hoewel deze productienormen per organisatie verschillen, worden ze door wijkverpleegkundigen over het algemeen streng geacht.
2. *De integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging.* De belangrijkste conclusie uit het rapport van het Heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' was dat de beoogde doelmatigheidsverbetering (efficiëntieverbetering met behoud van kwaliteit van de hulpverlening) het best kon worden gerealiseerd door integratie van kruiswerk en gezinsverzorging (Ministerie van WVC, 1990). Op dat moment waren de koepelorganisaties voor kruiswerk en gezinsverzorging reeds gefuseerd tot de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Sindsdien zijn in vele regio's kruisorganisaties gefuseerd met instellingen voor gezinsverzorging. Deze integratie heeft onder andere bevorderend gewerkt voor het ontstaan van verticale functiedifferentiatie, het loskoppelen van indicatiestelling en zorgverlening en de scheiding tussen ouder- en kindzorg en volwassenenzorg.
3. *De toename van transmurale zorg.* Met behulp van de transmurale zorg wordt verschuiving van ziekenhuiszorg naar thuiszorg gestimuleerd. Ook kunnen cliënten langer thuis blijven wonen voordat zij worden opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Hierdoor neemt enerzijds de complexiteit van de zorg toe, terwijl er anderzijds een toenemende behoefte is aan gespecialiseerde (medisch-technische) zorg.

In deze samenvatting wordt een overzicht gegeven van de verschillende functies die wijkverpleegkundigen uitoefenen in de reguliere thuiszorg en van de overwegingen die aan het invoeren van deze functies ten grondslag liggen. Daarna volgt een evaluatie van deze functies, met enerzijds positieve ervaringen, en anderzijds knelpunten en mogelijke oplossingen.

Vervolgens wordt ingegaan op de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Aan de hand van de drie bovengenoemde ontwikkelingen worden zowel de kansen als bedreigingen voor de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep belicht. Daarna volgen mogelijke oplossingen om de genoemde bedreigingen tegen te gaan.

Functies van wijkverpleegkundigen

Met name de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging en de toename van transmurale zorg hebben bevorderend gewerkt voor het ontstaan van nieuwe functies binnen de wijkverpleging. De integratie met de gezinsverzorging heeft vooral het ontstaan van de

volgende functies gestimuleerd: medewerker zorgcentrale, medewerker intakebureau, de splitsing tussen wijkverpleegkundige volwassenenzorg en wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg en (indirect) de praktijkverpleegkundige. Door de toename van transmurale zorg zijn de functie van transfer-/liaisonverpleegkundige en meer gespecialiseerde functies ontstaan. Ter verbetering van de concurrentiepositie van de thuiszorgorganisatie heeft de toenemende marktwerking daarnaast met name het belang van de functies van medewerker intakebureau en transfer-/liaisonverpleegkundige gestimuleerd.

In schema 1 wordt een overzicht gegeven van de verschillende functies die wijkverpleegkundigen uitoefenen in de reguliere thuiszorg. De functies zijn geordend naar drie fasen van de hulpverlening: aanmelding; intake- en indicatiestelling; en zorgverlening. Binnen de zorgverlening worden de functies onderscheiden naar de mate van specialisatie.

Schema 1 Functies voor wijkverpleegkundigen in de reguliere thuiszorg

<p>Functies betreffende de aanmelding</p> <ul style="list-style-type: none"> * Medewerker zorgcentrale
<p>Functies betreffende de intake- en indicatiestelling</p> <ul style="list-style-type: none"> * Medewerker intakebureau * Transferverpleegkundige/liaisonverpleegkundige
<p>Functies in de thuiszorg voor volwassenen</p> <ul style="list-style-type: none"> * Wijkverpleegkundige volwassenenzorg * Praktijkverpleegkundige * Wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied * Gespecialiseerde verpleegkundige
<p>Functies binnen de ouder- en kindzorg</p> <ul style="list-style-type: none"> * Wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg * Wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg met een aandachtsgebied

Functies betreffende de aanmelding

Met betrekking tot de aanmelding wordt gesproken over de functie van *medewerker zorgcentrale*. Deze medewerker draagt zorg voor de eerste aanmelding en selectie. Zij is deskundig om zorginhoudelijke vragen te beantwoorden. Deze functie is ingesteld om de bereikbaarheid van de thuiszorgorganisatie te verbeteren.

Functies betreffende de intake- en indicatiestelling

Met betrekking tot de intake - en indicatiestelling worden twee functies onderscheiden: De *medewerker intake-bureau* is verantwoordelijk voor de intake- en indicatiestelling wanneer er bij de thuiszorgorganisatie een hulpvraag voor wijkverpleging en/of gezinsverzorging binnenkomt. Deze functie is ingesteld omdat externe partijen, zoals ziektekostenverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties, aandrongen op een indicatiestelling onafhankelijk van het zorgaanbod. Doordat de indicatiestelling bij de gezinsverzorging van oudsher al was losgekoppeld van de zorgverlening heeft de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging het loskoppelen van de intake en zorgverlening bevorderd. Verder is deze functie ingevoerd omdat het door de frequent veranderende regelgeving met betrekking tot de intake steeds moeilijker werd om alle wijkverpleegkundigen hierin regelmatig bij te scholen.

De *liaisonverpleegkundige of transferverpleegkundige* is werkzaam in het ziekenhuis. Meestal selecteert zij cliënten die na ontslag uit het ziekenhuis wijkverpleging en/of gezinszorg nodig hebben, waarbij zij dan onder meer verantwoordelijk is voor de intake- en indicatiestelling. Deze functie is ingesteld om de overdracht van de zorgverlening voor de patiënt vanuit het ziekenhuis naar huis te verbeteren. Met behulp van deze functie kan de thuiszorgorganisatie haar concurrentiepositie versterken.

Functies in de thuiszorg voor volwassenenzorg

Tot eind jaren tachtig werkten vrijwel alle wijkverpleegkundigen allround: zij waren zowel werkzaam binnen de volwassenenzorg als binnen de jeugdgezondheidszorg. Door de toename van het aantal hulpvragen en de complexiteit van de hulpvragen in de volwassenenzorg bleef er niet altijd voldoende tijd beschikbaar voor de preventieve jeugdgezondheidszorg. Om de deskundigheid ten aanzien van de preventieve jeugdgezondheidszorg te kunnen behouden en vergroten kozen veel thuiszorgorganisaties voor het splitsen van het takenpakket van wijkverpleegkundigen. Hierdoor ontstonden twee nieuwe functies: de *wijkverpleegkundige volwassenenzorg* en de *wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg*.

Binnen de volwassenenzorg is daarnaast in enkele organisaties recent, op experimentele basis, de functie van *praktijkverpleegkundige* ingevoerd. De praktijkverpleegkundige werkt voor patiënten van de huisarts. Deze functie is onder meer ingesteld ter versterking van de samenwerking tussen thuiszorgorganisaties en huisartsen. Door de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging is namelijk de afgelopen jaren de relatie tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen verslechterd. Door een intensieve samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts, kan de praktijkverpleegkundige tevens een aantal taken van de huisarts overnemen die op verpleegkundig terrein liggen en waar huisartsen te weinig aan toekomen. Bij de doelgroepen gaat het om zorgintensieve en meestal chronische patiënten.

Naast generalistische functies zijn er binnen de volwassenenzorg ook specialistische functies voor wijkverpleegkundigen. Ten eerste zijn er in de meeste organisaties functies die in het onderzoek zijn samengevat onder de term *wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied*. Het gaat dan om wijkverpleegkundigen volwassenenzorg die een gedeelte van hun tijd (bijvoorbeeld 4 uur per week) beschikbaar hebben voor een bepaald aandachtsgebied zoals bijvoorbeeld CARA, reuma, diabetes, oncologie, psychogeriatricie, incontinentie, wond- en stomazorg en medisch-technisch handelen. De aandachtsgebieden zijn ingevoerd omdat de zorg voor deze groepen cliënten extra deskundigheid vereist, waardoor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg kan worden verbeterd. Wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied hebben een ondersteunende rol naar de teamleden. Hierdoor hoeven niet meer alle wijkverpleegkundigen op ieder aandachtsgebied te worden bijgeschoold.

Behalve wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied zijn er ook verpleegkundigen werkzaam in een functie die in het onderzoek is samengevat onder de term *gespecialiseerde verpleegkundige*. Deze verpleegkundigen zijn gespecialiseerd in de zorgverlening aan een bepaalde categorie cliënten. Zij geven alleen (specialistische) hulp aan de categorie cliënten waarin zij deskundig zijn. In feite gaat het hier om dezelfde cliëntencategorieën als bij de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied. Een belangrijke overweging om de functie van gespecialiseerde verpleegkundige in te voeren betreft ontwikkelingen op het gebied van transmurale zorg, waarbij de behoefte aan gespecialiseerde zorg toeneemt. Omdat men constateerde dat er met het gebruik van thuiszorgtechnologie veel meer mogelijkheden moesten zijn voor thuisverpleging, zijn er bijvoorbeeld teams opgezet die gespecialiseerd zijn in medisch technisch handelen.

Functies binnen de ouder- en kindzorg

Hoewel *wijkverpleegkundigen ouder- en kindzorg* over het algemeen generalistisch werken, wordt soms gesproken over verpleegkundigen die specialistische taken hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om het verrichten van saneringshuisbezoeken bij kinderen met CARA, of over het vervullen van een poliklinisch verpleegkundig spreekuur voor kinderen met CARA. In feite gaat het hier net als in de volwassenenzorg om *wijkverpleegkundigen ouder- en kindzorg met een aandachtsgebied*.

Positieve ervaringen met het huidige functiepatroon

De huidige functies hebben in een aantal opzichten bijgedragen tot het verbeteren van kwaliteit van zorg, efficiëntie, de concurrentiepositie van de thuiszorgorganisaties en de arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen. Hieronder worden deze positieve ervaringen puntsgewijs weergegeven. Daarbij dient te worden aangetekend dat met de functie van praktijkverpleegkundige slechts in enkele organisaties geëxperimenteerd wordt en men op dit moment nog weinig kan zeggen over positieve ervaringen. Wel bestaat er grote belangstelling voor deze functie.

Kwaliteit van zorg

Cliëntgerichtheid

- * Leidinggevenden zijn van mening dat de bereikbaarheid van de thuiszorgorganisatie met de functie van medewerker zorgcentrale is verbeterd.
- * Doordat intake- en indicatiestelling meer vraaggericht geïndiceerd in plaats van aanbodgericht. Het systeem is volgens hen hierdoor objectiever geworden.

Continuïteit van zorg

- * Met de functie van transfer-/liaisonverpleegkundige is volgens leidinggevenden de continuïteit van de zorg tussen het ziekenhuis en de thuiszorg verbeterd.

Inhoud van de zorg

- * Leidinggevenden zijn van mening dat met de functie van intaker, de deskundigheid van de intaker is toegenomen, en daarmee de kwaliteit van de intake. Dit wordt verklaard doordat intake- en indicatiestelling meer vraaggericht geïndiceerd in plaats van aanbodgericht. Het systeem is volgens hen hierdoor objectiever geworden.
- * Door de scheiding tussen ouder- en kindzorg en volwassenenzorg hebben zowel leidinggevenden als wijkverpleegkundigen de indruk dat de kwaliteit van de ouder- en kindzorg is toegenomen.
- * Verder zijn een aantal leidinggevenden en wijkverpleegkundigen van mening dat de zorg voor specifieke cliëntencategorieën met zowel de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied als met de functie van gespecialiseerde verpleegkundige is verbeterd.

Efficiëntie

- * Door de scheiding tussen de ouder- en kindzorg en de volwassenenzorg en het construeren van aandachtsgebieden worden wijkverpleegkundigen meer gericht bijgeschoold. Volgens leidinggevenden leidt dit tot efficiencywinst.
- * Verder wijzen leidinggevenden erop dat gespecialiseerde verpleegkundigen zichzelf gedeeltelijk terug kunnen verdienen, doordat zij zowel intern als extern bijscholing verzorgen.

Concurrentiepositie

- * Doordat de intake is losgekoppeld van de directe cliëntenzorg is de uniformiteit van de intake- en indicatiestellingsprocedure verbeterd. Dit komt volgens leidinggevenden de relatie met de zorgverzekeraars ten goede.
- * Doordat de intake is losgekoppeld van de directe cliëntenzorg is al een ondergrond gelegd voor het ontwikkelen van onafhankelijke intake-bureau's die per 1 januari 1998 voor het hele scala verpleging en verzorging gaan indiceren. Leidinggevenden hopen dat intake- en indicatiestelling meer vraaggericht geïndiceerd in plaats van aanbodgericht. Het systeem is volgens hen hierdoor objectiever geworden.
- * De functie van liaisonverpleegkundige komt volgens leidinggevenden de instroom van patiënten uit ziekenhuizen bij de reguliere thuiszorgorganisaties ten goede.
- * Volgens leidinggevenden is met de functie van gespecialiseerde verpleegkundige de transmurale zorg van de grond gekomen.

Arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen

- * Leidinggevend en wijzen erop dat de deskundigheidsbevordering ten behoeve van de aandachtsgebieden de arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen ten goede kan komen. Ook bieden de verschillende functies groei- en doorstroommogelijkheden voor wijkverpleegkundigen.

Knelpunten binnen het huidige functiepatroon en mogelijke oplossingen

Evenals de positieve ervaringen hebben de knelpunten met name betrekking op kwaliteit van zorg, efficiëntie en arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen. Daarnaast vormt de financiering van sommige zorgactiviteiten een knelpunt. De knelpunten en mogelijke oplossingen worden hieronder puntsgewijs weergegeven.

Kwaliteit van zorg

Cliëntgerichtheid en continuïteit van zorg

- * Terwijl leidinggevend en van mening zijn dat met de functie van medewerker zorgcentrale de bereikbaarheid van de thuiszorgorganisatie is verbeterd, zijn wijkverpleegkundigen van mening dat de bereikbaarheid van wijkverpleegkundigen binnen de geïntegreerde thuiszorgorganisatie is verslechterd. Dit is volgens hen niet cliëntgericht, en komt de continuïteit van de zorg niet ten goede. Wijkverpleegkundigen wijzen er bijvoorbeeld op dat de huisarts voor een intake nu de zorgcentrale moet bellen in plaats van de wijkverpleegkundige. Hierover heerst veel onvrede bij de huisartsen.
- * Terwijl leidinggevend en tevreden zijn, vinden wijkverpleegkundigen het loskoppelen van de intake- en indicatiestelling over het algemeen een slechte zaak. De intake maakt deel uit van het methodisch werken, en wordt door hen beschouwd als een essentieel onderdeel van de verpleegkundige zorgverlening. Doordat de losgekoppelde intake een momentopname is, is het volgens wijkverpleegkundigen moeilijk om de zorgvraag juist in te schatten. De wijkverpleegkundige had hiervoor in het verleden, in combinatie met het verlenen van de eerste zorg, meer tijd beschikbaar. Hierdoor zijn volgens wijkverpleegkundigen in de huidige situatie veel herindicaties nodig. Ook geven wijkverpleegkundigen aan dat de deskundigheid van intakekers soms te wensen over laat. Doordat het aantal aanvragen niet altijd overeenkomt met de beschikbare formatie, komt het in de praktijk voor dat een verpleegkundige intake wordt verricht door een intakeker met een achtergrond uit de gezinsverzorging. De losgekoppelde intake- en indicatiestelling is volgens wijkverpleegkundigen niet cliëntgericht, en komt volgens hen de continuïteit en de inhoud van de zorg niet ten goede.
Het probleem van de vele herindicaties wordt volgens wijkverpleegkundigen in de praktijk vaak opgelost doordat niet de intakeker, maar de wijkverpleegkundige de herindicatie verricht. De wijkverpleegkundige stemt dit dan telefonisch af met de intakeker.

Inhoud van de zorg

- * Zowel leidinggevend en als wijkverpleegkundigen wijzen erop dat de losgekoppelde intake- en indicatiestelling in combinatie met de verticale functiedifferentiatie gepaard gaat met een verminderd vermogen (bijvoorbeeld bij ongediplomeerde gezinsverzorgenden) om te signaleren wanneer een (gespecialiseerde) wijkverpleegkundige moet worden ingeschakeld. Om de toegankelijkheid van de (gespecialiseerde) zorg te verbeteren wordt als oplossing aangedragen dat er nadrukkelijk op een hoger deskundigheidsniveau moet worden geïndiceerd.
- * Daarnaast indiceert het huidige indicatiesysteem niet voor gespecialiseerde verpleging en criteria voor gespecialiseerde verpleging ontbreken veelal, waardoor het onduidelijk is wanneer een wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied, of een

gespecialiseerde verpleegkundige moet worden inschakeld.

Als oplossing wordt genoemd dat de mogelijkheid om gespecialiseerde verpleging in te zetten systematisch onderdeel moet worden van de indicatieprocedure.

- * Zowel sommige leidinggevenden als wijkverpleegkundigen zijn van mening dat de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied niet voldoet aan de verwachtingen. Zo is de taakstelling van en tijdsbesteding aan de aandachtsgebieden vaak onduidelijk. Hierdoor zijn onvoldoende voorwaarden gecreëerd voor de verdieping van het aandachtsgebied, waardoor volgens leidinggevenden (in de basiszorg) soms onvoldoende gespecialiseerde kennis paraat is. Hiervoor worden twee verschillende oplossingen aangedragen. Een eerste oplossing is dat de verpleegkundige met een aandachtsgebied meer taken in de directe cliëntenzorg van het aandachtsgebied gaat verrichten, en minder ondersteunende taken richting teamleden. Een andere oplossing is dat men de voorkeur geeft aan gespecialiseerde verpleegkundigen en ervoor kiest de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied niet voort te zetten.

Efficiëntie

- * Wijkverpleegkundigen verlenen nog vaak zorg aan cliënten omdat er niet voldoende wijkzakenverzorgenden zijn.
- * De nauwe samenwerking tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige wordt volgens leidinggevenden en wijkverpleegkundigen teniet gedaan omdat de intaker officieel eerst een intake moet verrichten voordat de praktijkverpleegkundige zorg kan verlenen. In de praktijk wordt als oplossing voorgesteld dat de praktijkverpleegkundige de intake telefonisch afstemt met de intaker.
- * Een eenduidige visie en beleid met betrekking tot aandachtsgebieden ontbreekt, en de implementatie van aandachtsgebieden wordt vaak niet afgerond. Ook gaat de deskundigheid behorende bij aandachtsgebieden weer verloren door verloop van wijkverpleegkundigen of doordat een aantal wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied onvoldoende praktijkervaring opdoet. Oplossing: Indien men wil dat de aandachtsgebieden goed van de grond komen dient er meer tijd en aandacht besteed te worden aan de implementatie van de aandachtsgebieden en de wijze waarop deze het beste vorm kunnen worden gegeven. Tevens dient te worden nagegaan welke nieuwe zorgmogelijkheden de aandachtsgebieden bieden.

Arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen

- * Terwijl volgens leidinggevenden de deskundigheidsbevordering ten behoeve van de aandachtsgebieden de arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen ten goede kan komen, geven wijkverpleegkundigen aan dat het management met betrekking tot de aandachtsgebieden soms een ambivalente houding heeft. Hierdoor is het onduidelijk wat de thuiszorgorganisatie in dit opzicht van hen verwacht. Ook hebben zij de indruk dat de functie van gespecialiseerde verpleegkundige nog slechts op beperkte schaal voorkomt, en dat de groei- en doorstroommogelijkheden beperkt zijn.
- * De arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen volwassenenzorg is gedaald. Met name bij deze functie is de afgelopen jaren sprake van functieverarming: de ouder- en kindzorg en de intake en indicatiestelling zijn uit het takenpakket verdwenen; zorgcoördinatie en preventieve activiteiten zijn niet omschreven als een zorgproduct; en door de verticale functiedifferentiatie in combinatie met de losgekoppelde intake wordt er steeds meer taakgericht in plaats van patiëntgericht geïndiceerd (zie ook positie van wijkverpleegkundigen).

Financiering

De financiering van de volgende zorgactiviteiten vormen een knelpunt.

- * Volgens leidinggevenden willen sommige ziektekostenverzekeraars de intake- en indicatiestelling bij particuliere patiënten in het ziekenhuis niet betalen omdat deze verzekeraars geen ziekenhuisgerelateerde zorg uit het tweede compartiment via de reguliere thuiszorg leveren, maar via een particulier bureau. Als oplossing heeft één organisatie er voor gekozen om deze patiënten dan geen intake meer aan te bieden. Het advies aan de patiënt is dan om zelf contact op te nemen met de zorgverzekeraar.
- * Doordat sommige zorgactiviteiten geen deel uitmaken van de indicatieprocedure vallen deze activiteiten onder de zogenaamde niet-productieve uren, wat betekent dat deze activiteiten niet zelfstandig worden gefinancierd (zie ook positie van wijkverpleegkundigen).

De positie van wijkverpleegkundigen

Kansen en bedreigingen

De drie genoemde ontwikkelingen brengen de volgende kansen en bedreigingen voor de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep met zich mee.

1. *De toenemende marktwerking* geeft de wijkverpleegkundige beroepsgroep kansen om zich te profileren. De specifieke deskundigheid van wijkverpleegkundigen zal dan zowel duidelijk moeten worden gemaakt naar patiënten- en consumentorganisaties, als ook naar overheden en financiers. Bedreigingen zijn daarentegen dat kenmerkende wijkverpleegkundige taken, zoals zorgcoördinatie en preventieve zorg, niet zelfstandig als 'zorgproduct' worden gefinancierd. Door de produktiviteitseisen die gesteld worden aan de directe cliëntenzorg hebben wijkverpleegkundigen voor deze taken onvoldoende tijd beschikbaar. Doordat recent de eigen-bijdrageregeling is ingevoerd, zien cliënten bovendien op financiële gronden zelf af van preventieve gezondheidszorg. Daarnaast vindt de deskundigheidsbevordering ten behoeve van de aandachtsgebieden grotendeels plaats in de zogenaamde niet-productieve uren. Wanneer de werkdruk hoog is, of wanneer de produktienormen onder druk komen te staan, zijn zowel wijkverpleegkundigen als het management geneigd om het ontwikkelen van aandachtsgebieden een lagere prioriteit te geven. In het algemeen wordt hierdoor de meerwaarde van de wijkverpleegkundige beroepsgroep steeds onduidelijker, waardoor het voortbestaan van de functie van wijkverpleegkundige volwassenenzorg binnen de reguliere thuiszorgorganisatie wordt bedreigd. Wijkziekenverzorgenden, of verpleegkundigen in de wijk, kunnen dan namelijk worden gezien als een goedkoper alternatief. Sommige leidinggevenden wijzen er evenwel op dat wanneer dit gebeurt, zij ook bezorgd zijn voor de toekomst van de thuiszorgorganisatie. De specifieke deskundigheid van de wijkverpleegkundige beroepsgroep is volgens hen voor de zorg aan de cliënt namelijk wel essentieel.
2. *De integratie tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging* biedt de wijkverpleegkundige beroepsgroep kansen om de samenwerking met de gezinsverzorging te verbeteren. Binnen de geïntegreerde teams kunnen wijkverpleegkundigen volgens leidinggevenden een zorginhoudelijke regiefunctie vervullen. Het streven is daarbij dat de zorg voor de cliënt inhoudelijk wordt gecoördineerd, en dat mogelijkheden van gezinsverzorgenden, wijkziekenverzorgenden en verpleegkundigen in de wijk optimaal worden benut. De sterke nadruk op de produktiviteit van de zorg leidt in combinatie met de losgekoppelde intake- en indicatiestelling en de verticale functiedifferentiatie echter tot taakgericht verplegen in plaats van integrale zorgverlening. In de huidige situatie wordt hierdoor veel nadruk gelegd op de handelingen die moeten worden gericht, en is er weinig oog voor de situatie waarin deze handelingen plaatsvinden. Volgens

wijkverpleegkundigen komt het dan ook regelmatig voor dat medewerkers van een laag deskundigheidsniveau bij de zorgverlening worden ingezet, zoals bijvoorbeeld ongediplomeerde gezinsverzorgenden. Deze medewerkers signaleren minder gezondheidsproblemen, en weten niet wanneer zij moeten doorverwijzen. Dit is hen niet geleerd. Doordat er verder onvoldoende voorwaarden zijn gecreëerd voor zorgcoördinatie, supervisie van bijvoorbeeld (ongediplomeerde) gezinsverzorgenden en voor zorginhoudelijk overleg, is er volgens zowel wijkverpleegkundigen als sommige leidinggevendenden onvoldoende aandacht voor de kwaliteit van de zorg.

Door de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging is bovendien de samenwerking met de huisartsen verslechterd. De huisarts moet nu bijvoorbeeld voor een intake de zorgcentrale bellen in plaats van de wijkverpleegkundige. Doordat huisartsen te maken hebben met medewerkers van vele deskundigheidsniveau's, weten zij vaak niet meer wie van hen de wijkverpleegkundige is, en hoe zij deze wijkverpleegkundige kunnen bereiken.

Verder maken wijkverpleegkundigen als professionals in de grootschalige thuiszorgorganisaties slechts een klein deel uit van het totale personeelsbestand. Binnen de geïntegreerde teams hebben zij onvoldoende gelegenheid om met elkaar te overleggen. Dit komt zowel de belangenbehartiging van de zorg voor de cliënten als de belangenbehartiging van de beroepsgroep zelf niet ten goede. De belangenbehartiging van de wijkverpleegkundige beroepsgroep wordt verder benadeeld doordat ook managers van wijkverpleegkundigen vaak geen verpleegkundige achtergrond meer hebben. Deze managers hebben volgens wijkverpleegkundigen en volgens sommige leidinggevendenden over het algemeen minder 'feeling' met (problemen in de) directe cliëntenzorg. Over het geheel is de discussie met het management volgens een aantal leidinggevendenden en wijkverpleegkundigen de afgelopen tijd vooral gericht geweest op productiviteit, kostprijzen en verzuimbestrijding. Zorginhoudelijk ontwikkelingen, en de discussies hierover, zijn naar de achtergrond verdwenen.

3. *De toename van transmurale zorg* heeft tot gevolg dat er nieuwe functies en taken voor wijkverpleegkundigen ontstaan, zoals bijvoorbeeld de functie van liaisonverpleegkundige, of het starten van transmurale spreekuren voor chronisch zieken in samenwerking met medisch specialisten. In die zin zijn er volgens leidinggevendenden kansen in het verschuiven van taken van de medische professie naar de verpleegkundige discipline. Bij de zorg voor chronisch zieken kunnen wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld taken vervullen op het gebied van voorlichting, instructie en begeleiding. Specialistische kennis van wijkverpleegkundigen kan worden benut om zowel de zorg voor de cliënt als de samenwerking met ziekenhuizen en verzorgingshuizen te verbeteren. Wanneer wijkverpleegkundigen alert zijn op specifieke behoeften van (bepaalde categorieën) zorgvragers, kunnen zij de zorg innoveren en nieuwe 'zorgproducten' ontwikkelen waarvoor financiering te vinden is.

Een bedreiging is evenwel dat thuiszorgorganisaties nog maar beperkte financiële middelen hebben om te investeren in zorginnovatie. Wanneer initiatieven om de zorg te vernieuwen uitblijven of niet goed worden benut en wanneer thuiszorgorganisaties hierdoor onvoldoende aan de vraag naar thuiszorg tegemoet kunnen komen, kunnen ziekenhuizen in de toekomst ook besluiten om zelf een thuiszorgdivisie op te zetten. In dat geval kan de uitstroom van verpleegkundigen van de eerste naar de tweede lijn dan een bedreiging vormen voor de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Wijkverpleegkundigen kunnen daardoor minder kansen krijgen om de transmurale zorg zelf gestalte te geven.

Mogelijke oplossingen

1. Bedreigingen van *de marktwerking* kunnen worden tegengegaan door voor specifieke wijkverpleegkundige zorg, zoals zorgcoördinatie en preventieve zorg, formele produktkaders te creëren. De discussie over deze financiering zou moeten worden

gevoerd via de landelijke koepels, zoals bijvoorbeeld de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV). Voor de belangenbehartiging van de wijkverpleegkundige beroepsgroep is het tevens belangrijk dat er meer wijkverpleegkundigen lid worden van een beroepsorganisatie. Verder moeten wijkverpleegkundigen zich ervan bewust zijn dat het onderscheid met wijkziekenverzorgenden en verpleegkundigen in de wijk in de toekomst duidelijker moet worden, en dat er daarom een verschuiving van taken plaats zal moeten vinden. Ook moet de eigen-bijdrageregeling volgens wijkverpleegkundigen en leidinggevendenden weer worden afgeschaft.

2. Bedreigingen door *de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging* kunnen worden tegengegaan door binnen de grootschalige thuiszorgorganisaties weer wijkgerichte zorgteams in te stellen. Volgens wijkverpleegkundigen kan de sociale betrokkenheid bij cliënten hierdoor worden vergroot en worden wijkverpleegkundigen weer herkenbaar voor hun cliënten. Verder bieden volgens wijkverpleegkundigen dergelijke kleinschalige teams ook betere mogelijkheden om de gezinsverzorgenden uit het team te coachen. Om de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige te vergroten voor cliënten en huisartsen zou tevens een wijkverpleegkundig spreekuur moeten worden ingesteld.

Omdat wijkverpleegkundigen in de geïntegreerde zorgteams onvoldoende met elkaar kunnen overleggen, staat daarentegen in een aantal organisaties het werken binnen geïntegreerde teams opnieuw ter discussie. In sommige organisaties is inmiddels de keuze gemaakt om opnieuw te gaan werken met aparte functieteams in plaats van met geïntegreerde zorgteams. Men hoopt hierdoor bijvoorbeeld mogelijkheden te creëren voor intercollegiale toetsing en het implementeren van kwaliteitsstandaarden. Hier is dus sprake van twee verschillende oplossingen. Wijkverpleegkundigen geven zelf aan dat zij binnen de geïntegreerde thuiszorgorganisaties als beroepsgroep in ieder geval meer bijeenkomsten zouden moeten hebben met elkaar.

Tevens wordt er op gewezen dat de beroepsgroep experimenten met de functie van praktijkverpleegkundige goed dient te benutten, zodat daar in de toekomst een structurele financiering voor gevonden kan worden.

Verder is het gewenst dat het management en wijkverpleegkundigen méér met elkaar in gesprek raken en dat er over actuele ontwikkelingen binnen de thuiszorgorganisaties meer zorginhoudelijk discussies worden gevoerd. Op zorginhoudelijk gebied kunnen wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld meer inspraak krijgen in het beleid door middel van een verpleegkundige adviesraad. Deze oplossing is zowel voorgesteld door leidinggevendenden als door wijkverpleegkundigen.

Als mogelijke oplossing om de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep te verbeteren wordt door wijkverpleegkundigen tenslotte aangegeven dat zij ook kunnen besluiten om in de toekomst als maatschap te gaan werken.

3. Bedreigingen door *de toename van transmurale zorg* kunnen worden tegengegaan wanneer er zowel door wijkverpleegkundigen als door het management wordt geïnvesteerd in de aandachtsgebieden. Wanneer deze investeringen goed worden benut kan aantoonbaar worden gemaakt dat de cliënt hier profijt van heeft en kunnen voor transmurale zorg ook 'zorgproducten' worden ontwikkeld die structureel gefinancierd worden.

Om de effecten van interventies door wijkverpleegkundigen aan te tonen kunnen wijkverpleegkundigen gebruik maken van (resultaten van) wetenschappelijk onderzoek.

Conclusies

Wijkverpleegkundigen worden beschouwd als professionals. Een professional kan worden omschreven als iemand die een beroep uitoefent dat zich onderscheidt van andere beroepen (in de gezondheidszorg) door de volgende kenmerken: (a) De uitoefening van het beroep vereist een bepaalde deskundigheid die in dit geval door een HBO-opleiding wordt verkregen; (b) bij de uitoefening van een beroep behoort een grote mate van autonomie; en (c) het beroep kent specifieke normen, waarden, gedrags- en ethische regels, die als referentiekader dienen (GITP, 1997).

De algemene conclusie die uit dit verkennende onderzoek naar de functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep getrokken kan worden is dat de afgelopen jaren deprofessionalisering van de wijkverpleegkundige beroepsgroep binnen de reguliere thuiszorg heeft plaatsgevonden.

Aan de hand van bovengenoemde drie kenmerken van een professie worden conclusies geformuleerd over de kernproblemen van de wijkverpleegkundige beroepsgroep en de mogelijke oplossingsrichtingen.

Deskundigheid van wijkverpleegkundigen

Bij de grootste groep wijkverpleegkundigen, namelijk wijkverpleegkundigen volwassenenzorg is de afgelopen jaren sprake van functieverarming: de ouder- en kindzorg en de intake en indicatiestelling zijn uit het takenpakket verdwenen; zorgcoördinatie en preventieve activiteiten zijn niet omschreven als een zorgprodukt; en door de verticale functiedifferentiatie in combinatie met de losgekoppelde intake wordt er steeds meer taakgericht in plaats van patiëntgericht geïndiceerd. Dit heeft tot gevolg dat:

- a. hun deskundigheden die voortvloeien uit een HBO-opleiding niet worden benut;
- b. hun meerwaarde ten opzichte van lagere deskundigheidsniveaus zoals wijkzikenverzorgenden steeds minder wordt; en
- c. zij voor cliënten en andere hulpverleners (bijvoorbeeld huisartsen) als beroepsgroep steeds minder herkenbaar worden.

Voor bovenstaand probleem kwamen verschillende oplossingen naar voren:

1. Wijkverpleegkundigen vervullen binnen de volwassenenzorg een van de volgende functies:
 - a. Praktijkverpleegkundige: deze wijkverpleegkundigen werken voor de patiëntenpopulatie van een huisarts of huisartsgroep, hetgeen hen de mogelijkheid biedt om weer meer generalistisch te werken door bijvoorbeeld de preventieve zorg en coördinatie van zorg voor chronisch zieken op zich te nemen. Tevens kunnen deze wijkverpleegkundigen taken van huisartsen overnemen die op verpleegkundig terrein liggen en die de huisartsen nog steeds zelf verrichten, terwijl ze er eigenlijk geen tijd voor hebben. Hierdoor kunnen deze wijkverpleegkundigen de werklast van de huisartsen verlagen.
 - b. Wijkverpleegkundige met een specialisatie: deze wijkverpleegkundigen richten zich vooral op kortdurende acute zorg (verplaatste klinische zorg) en/of op transmurale zorg in samenwerking met ziekenhuizen. Behalve de taken in de directe cliëntenzorg hebben deze verpleegkundigen ook taken op het gebied van deskundigheidsbevordering, consultatie en het innoveren van zorg. Al naar gelang de vraag kan de specialisatie de vorm hebben van een aandachtsgebied of een volledige specialisatie.

Wanneer voor deze twee functies voor wijkverpleegkundigen wordt gekozen heeft dat als consequentie dat de bestaande functie wijkverpleegkundige volwassenenzorg niet meer door wijkverpleegkundigen wordt uitgeoefend. Deze functie verdwijnt derhalve of wordt vervuld door verpleegkundigen op MBO-niveau. Een tweede consequentie is dat geïntegreerde teams met de gezinsverzorging verdwijnen en dat wijkverpleegkundigen in groepsverband samenwerken. Huisartsen en/of medisch specialisten zullen immers de belangrijkste samenwerkingspartners worden van

wijkverpleegkundigen die genoemde functies uitoefenen.

Het bovenstaande betekent ook dat er structurele financiering moet komen voor nieuwe zorgproducten van praktijkverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen met een specialisatie. Kortom hierin dient geïnvesteerd door zowel het management, de wijkverpleegkundigen als de koepelorganisaties.

2. Binnen de grootschalige thuiszorgorganisaties wijkgerichte (geïntegreerde) zorgteams in stellen. Hierdoor kan de sociale betrokkenheid bij cliënten worden vergroot en worden wijkverpleegkundigen weer herkenbaar voor hun cliënten en andere hulpverleners. Verder bieden dergelijke kleinschalige teams betere mogelijkheden om de gezinsverzorgenden uit het team te coachen. Om de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige te vergroten voor cliënten en huisartsen zou tevens een wijkverpleegkundig spreekuur moeten worden ingesteld.

Een voorwaarde bij dit model is dat de coördinerende en signalerende taken van wijkverpleegkundigen als zorgproducten worden gefinancierd.

3. Wijkverpleegkundigen trekken zich terug uit de thuiszorgorganisaties en gaan zich in groepspraktijken zelfstandig vestigen. Van daaruit gaan ze samenwerkingsverbanden aan met andere hulpverleners of instellingen.

Voor hun belangenbehartiging in deze situatie is een cruciale voorwaarde dat wijkverpleegkundigen als beroepsgroep goed georganiseerd zijn.

Autonomie van wijkverpleegkundigen

Geconcludeerd kan worden dat de mate van autonomie van wijkverpleegkundigen de afgelopen jaren is afgenomen door het verdwijnen van de intake en indicatiestelling uit hun takenpakket, de strengere produktienormen, het feit dat preventie en zorgcoördinatie niet als produkt wordt gefinancierd en door de grootschaligheid van de thuiszorgorganisaties.

Binnen het kader van de beperkte budgetten en strakke regelgeving is het daarom van groot belang dat er een goede communicatie is tussen wijkverpleegkundigen en het management. Op die wijze kunnen bedrijfsmatige belangen en beroepsinhoudelijke belangen beter verenigd worden. Zo kunnen bijvoorbeeld richtlijnen voor produktienormen of de huidige problemen die wijkverpleegkundigen ervaren met de losgekoppelde intake- en indicatiestelling besproken worden.

Specifieke normen, waarden, gedrags- en ethische regels, en de controle hierop door beroepsgenoten

Geconcludeerd kan worden dat wijkverpleegkundigen zichzelf over het algemeen onvoldoende zien als beroepsgroep en dat zij geneigd zijn om zich afhankelijk op te stellen van de thuiszorgorganisatie.

Daarnaast zijn er voor wijkverpleegkundigen in de geïntegreerde zorgteams onvoldoende mogelijkheden tot intercollegiale toetsing en tot onderling overleg. Dit komt de kwaliteit van de zorg en de belangenbehartiging van de beroepsgroep niet ten goede.

Tenslotte vormen wijkverpleegkundigen binnen de grootschalige thuiszorgorganisaties qua aantal slechts een kleine groep, waardoor de behartiging van hun beroepsinhoudelijke belangen en hun invloed binnen de organisaties ook geringer zijn geworden. Voor bovengenoemd probleem wordt een combinatie van de volgende acties als oplossing aangedragen:

1. Om de afhankelijkheid van thuiszorgorganisaties te verkleinen dienen meer wijkverpleegkundigen lid te worden van een beroepsorganisatie. Wanneer de achterban wordt vergroot, nemen zowel de mogelijkheden als de invloed van de beroepsorganisatie toe.
2. Binnen de thuiszorgorganisaties moeten voor wijkverpleegkundigen meer mogelijkheden komen voor onderling overleg en het bewaken van de kwaliteit van zorg door intercollegiale toetsing en het invoeren van de kwaliteitsstandaarden.

3. Binnen thuiszorgorganisaties kunnen wijkverpleegkundigen door middel van een verpleegkundige adviesraad meer invloed uitoefenen op het beleid.

1 INLEIDING

Een aantal ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de toenemende marktwerking, maakte in het begin van de jaren negentig een nieuwe positiebepaling van de toenmalige regionale kruisorganisaties noodzakelijk. Daarmee samenhangend hebben deze ontwikkelingen ook invloed gehad op de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Dit betekent in de eerste plaats dat wijkverpleegkundigen zijn geconfronteerd met een aantal ingrijpende wijzigingen in hun functie-uitoefening, waarbij bedrijfsmatige overwegingen enerzijds en vakinhoudelijke belangen vanuit de beroepsgroep anderzijds niet altijd overeen komen. Een tweede gevolg is dat er veel meer variatie is gekomen in de wijze waarop wijkverpleegkundigen hun functie vervullen. In de jaren tachtig werkten wijkverpleegkundigen all-round, en waren er weinig regionale verschillen in de werkzaamheden. Het algemene beroepsbeeld van wijkverpleegkundige is nu veel diffuser. Het hier beschreven onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM). Het doel van het onderzoek is ten eerste inzicht te verkrijgen in het huidige en het wenselijke functiepatroon en de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Ten tweede dienen de kernproblemen daarbij in kaart te worden gebracht en de daarvoor voorgestane oplossingsrichtingen. In dit hoofdstuk wordt eerst nader ingegaan op de achtergronden van het onderzoek. Vervolgens worden de vraagstellingen van het onderzoek beschreven, en wordt de opzet van het onderzoek uiteen gezet met behulp van een conceptueel raamwerk. Daarna volgt een begrippenkader, ter verduidelijking van de gehanteerde uitgangspunten. Tenslotte wordt een toelichting gegeven op de opbouw van het rapport.

1.1 Achtergronden van het onderzoek

Een aantal ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg heeft invloed gehad op de functie van wijkverpleegkundige. Door de toenemende marktwerking en concurrentie binnen de zorgsector dienen thuiszorgorganisaties zo doelmatig mogelijk te werken. Daarom is het van belang dat beroepsbeoefenaren met de juiste deskundigheid op de juiste plaats worden ingezet. Dus geen over- of ondergekwalificeerd personeel bij een bepaalde cliënt. Dit heeft geleid tot verticale functiedifferentiatie tussen wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden enerzijds en wijkzikenverzorgenden en gezinsverzorgenden anderzijds. Dit betekent dat veel kritischer dan voorheen het geval was, op basis van de complexiteit van de cliëntsituatie wordt bekeken of het inderdaad wel noodzakelijk is dat een wijkverpleegkundige de zorg gaat verlenen. Uit onderzoek naar verticale functiedifferentiatie blijkt daarentegen dat de personele bezetting binnen de thuiszorgorganisaties in veel gevallen niet overeenkomt met de verpleegkundige zorg die gewenst is, in die zin dat wijkverpleegkundigen nog vaak zorg verlenen aan cliënten, omdat er niet voldoende wijkzikenverzorgenden zijn (Jansen & Kerkstra, 1995).

Door epidemiologische ontwikkelingen verandert de gezondheidstoestand van de bevolking (STG, 1987a; 1987b; STG, 1990). Deze ontwikkelingen leiden tot veranderingen in de aard van de zorgvraag. Om goed op deze veranderingen in te kunnen spelen, dient aandacht te worden besteed aan het behouden en vergroten van de deskundigheid van wijkverpleegkundigen. Dit heeft geleid tot horizontale functiedifferentiatie in de wijkverpleging. Horizontale functiedifferentiatie wordt meestal op twee manieren ingevoerd: een scheiding wordt aangebracht tussen ouder- en kindzorg en volwassenenzorg, en in de vorm van het werken met aandachtsgebieden (Jansen & Kerkstra, 1993). Een derde ontwikkeling die gevolgen heeft voor de beroepsuitoefening van wijkver-

pleegkundigen betreft de voortschrijdende functionalisering van de gezondheidszorg. De integratie met de gezinsverzorging heeft tot gevolg gehad dat de intake en indicatiestelling uit het takenpakket van de wijkverpleegkundige verdwenen en in plaats daarvan door intakepersoneel, die niet bij de zorgverlening zijn betrokken worden verricht (Verheij e.a., 1993; De Bruin e.a., 1996). Een centraal indicatieorgaan voor de gehele sector verpleging en verzorging is de volgende stap binnen deze ontwikkeling. Daarnaast krijgt transmurale zorg veel aandacht binnen de gezondheidszorg. Door nauwere samenwerking tussen specialistische en generalistische zorgverleners/voorzieningen zou de kwaliteit van het zorgproduct en het zorgproces verhoogd kunnen worden (Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994). Binnen de transmurale zorg spelen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden een belangrijke rol (Persoon e.a., 1996). Transmurale zorg heeft tot gevolg dat er nieuwe functies, functiebenamingen en taken voor wijkverpleegkundigen ontstaan: functies op het terrein van overdracht van zorg van ziekenhuis naar thuis (transfer- of liaisonverpleegkundigen), het houden van transmurale spreekuren voor chronisch zieken in samenwerking met medisch specialisten, specialisatie in het toepassen van medisch technisch handelen en het toepassen van thuiszorgtechnologie. Tenslotte wordt de laatste jaren ter versterking van de samenwerking tussen thuiszorgorganisaties en huisartsen, ter versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts en ter verbetering van de kwaliteit van zorg voor specifieke doelgroepen op een aantal plaatsen geëxperimenteerd met wijkverpleegkundigen die in de huisartsenpraktijk werken (praktijkverpleegkundigen). Uit een recente inventarisatie blijkt dat er veel variatie bestaat in de wijze waarop verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk worden ingezet (Welling & Delnoij, 1997).

Uit het bovenstaande blijkt dat de functie van wijkverpleegkundige veel minder eenduidig is dan in de jaren tachtig. Al deze ontwikkelingen zullen ook gevolgen hebben voor de positie en de aantrekkelijkheid van het beroep. Recent uitgevoerd onderzoek naar de effecten van functiedifferentiatie en naar de effecten van integratie van kruiswerk en gezinsverzorging laat zien dat de arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen de afgelopen jaren gedaald is (Jansen, 1996; De Bruin e.a., 1996). Verder blijkt uit een overzichtstudie van Van der Windt e.a. (1997) dat wijkverpleegkundigen vergeleken met verpleegkundigen in ziekenhuizen, verpleeghuizen en psychiatrische instellingen hoog scoren wat betreft fysieke belasting (rugklachten) en emotionele uitputting (burnout). Vanuit ontwikkelingen die hebben geleid tot de huidige functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep is het tevens van belang om aandacht te besteden aan verwachtingen over de toekomstige ontwikkelingen. In het rapport 'Een verzorgde toekomst' (Boeije e.a., 1997) worden vier verschillende toekomstscenario's voor verpleging en verzorging geschetst door twee scenario-dimensies te kruisen: een politiek-bestuurlijke dimensie en een beroepsdimensie. Op de politiek-bestuurlijke dimensie worden de uitersten gevormd door een centrale regie en een individuele regie. Dit verwijst naar het niveau in de samenleving waar de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg is neergelegd. De beroepsdimensie geeft twee zorginhoudelijke oriëntaties weer van verpleegkundigen en verzorgenden: de diagnosegestuurde- en behoeftegestuurde verpleegkunde. Dit staat voor de wijze waarop verpleegkundigen en verzorgenden hun doelen realiseren en hun taken opvatten en invullen. De keuze voor een bepaald scenario: het indicatie-, verzekerings-, wijk- of service-scenario, kan veel consequenties hebben voor de beroepsvorming en beroepsuitoefening van verpleegkundigen. Zo verschuift de opvatting van verpleging en verzorging vanuit de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg van een zorgmodel naar een dienstverleningsmodel (Boeije e.a., 1997). Een belangrijke impuls voor dit model is bijvoorbeeld de beperkte invoering van het persoonsgebonden budget (PGB), waarmee een gecontroleerde vorm van marktwerking in de gezondheidszorg is geïntroduceerd. In termen van de scenario-dimensies is hier sprake van een combinatie van individuele regie en behoeftegestuurde

verpleging. Hoewel er nog weinig bekend is over de gevolgen die het PGB zal hebben voor de beroepsuitoefening van wijkverpleegkundigen, zijn er wel verwachtingen. Het budgethouderschap maakt van zorgafhankelijke cliënten namelijk werkgevers, die eisen kunnen stellen. Zo zal de cliënt graag geholpen willen worden op tijden dat het hem of haar uitkomt, wat gevolgen kan hebben voor arbeidscontracten. Daarbij zullen thuiszorgorganisaties in de toekomst veel aandacht moeten besteden aan een klantvriendelijk optreden, en wordt van wijkverpleegkundigen verwacht dat zij goed kunnen luisteren, dat zij duidelijkheid kunnen geven over keuzes die ze in hun werk maken en dat zij hun houding zorgvuldig af zullen stemmen op de cliënt die hen betaalt, zonder hun professionele grenzen uit het oog te verliezen (Nuhn, 1996). Verwacht wordt dat zorgaanbieders de komende jaren meer met ziektekostenverzekeraars zullen onderhandelen over de capaciteit en de prijs van de functies verpleging en verzorging. Tegelijk wordt verwacht dat ook patiënten duidelijker zullen aangeven wat ze willen. Het management staat dan voor de taak om de inbreng van cliënten, verzekeraars, de instelling en de professionele beroepsbeoefenaren op elkaar af te stemmen (Boeije e.a., 1997).

De Vereniging voor Verpleegkundig Beroepsbeoefenaren in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (VVVM) vreest dan ook dat een verdergaande ongestuurde en niet op vakinhoud gebaseerde differentiatie, specialisatie en segmentatie van de wijkverpleegkundige functie, de identiteit van de beroepsgroep zal vertroebelen en afbreuk zal doen aan de professionaliteit van de beroepsuitoefening.

De Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM) en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) onderkennen het spanningsveld tussen de keuzen die thuiszorgorganisaties maken voor hun strategische positie binnen de marktwerking in de zorgsector als organisatie en de keuzen ten aanzien van de beroepsuitoefening van wijkverpleegkundigen (professionals). In 1994 hebben zij in dit kader een expertmeeting georganiseerd over de benodigde deskundigheid van wijkverpleegkundigen (Boekholdt & Cavallaro, 1994).

Tevens neemt STOOM de signalen van onvrede van de beroepsgroep serieus en beraadt zij zich op mogelijkheden om hierop in te spelen. Dit onderzoek dient als eerste verkenning van de kernproblemen in de wijkverpleegkundige beroepsuitoefening, zowel wat betreft het functiepatroon als de positie van de wijkverpleegkundigen en van de mogelijke oplossingsrichtingen.

1.2 Vraagstellingen en conceptueel raamwerk

Op basis van het doel en de geschetste achtergronden van het onderzoek zijn een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. De eerste groep vraagstellingen heeft betrekking op de verschillende functies die wijkverpleegkundigen uitoefenen binnen de thuiszorg.

1. Welke functies en bijbehorende functiebenamingen en opleidingseisen bestaan er thans voor wijkverpleegkundigen en welke taken zijn hieraan gekoppeld?
2. Welke overwegingen liggen aan de huidige functie-indeling ten grondslag en hoe verhouden zich daarin overwegingen van bedrijfs- en beroepsstrategische aard?
3. Wat zijn de knelpunten met betrekking tot de huidige functie-indeling?
4. Wat zijn mogelijke oplossingen voor gesignaleerde knelpunten?
5. Welke functies en daarbij behorende taken worden voor de korte en de middellange termijn wenselijk geacht, en welke bedrijfs- en beroepsstrategische overwegingen liggen daar aan ten grondslag?

De tweede groep vraagstellingen heeft betrekking op de positie van wijkverpleegkundigen:

1. Wat zijn de kansen en bedreigingen voor de wijkverpleegkundige professie, gezien

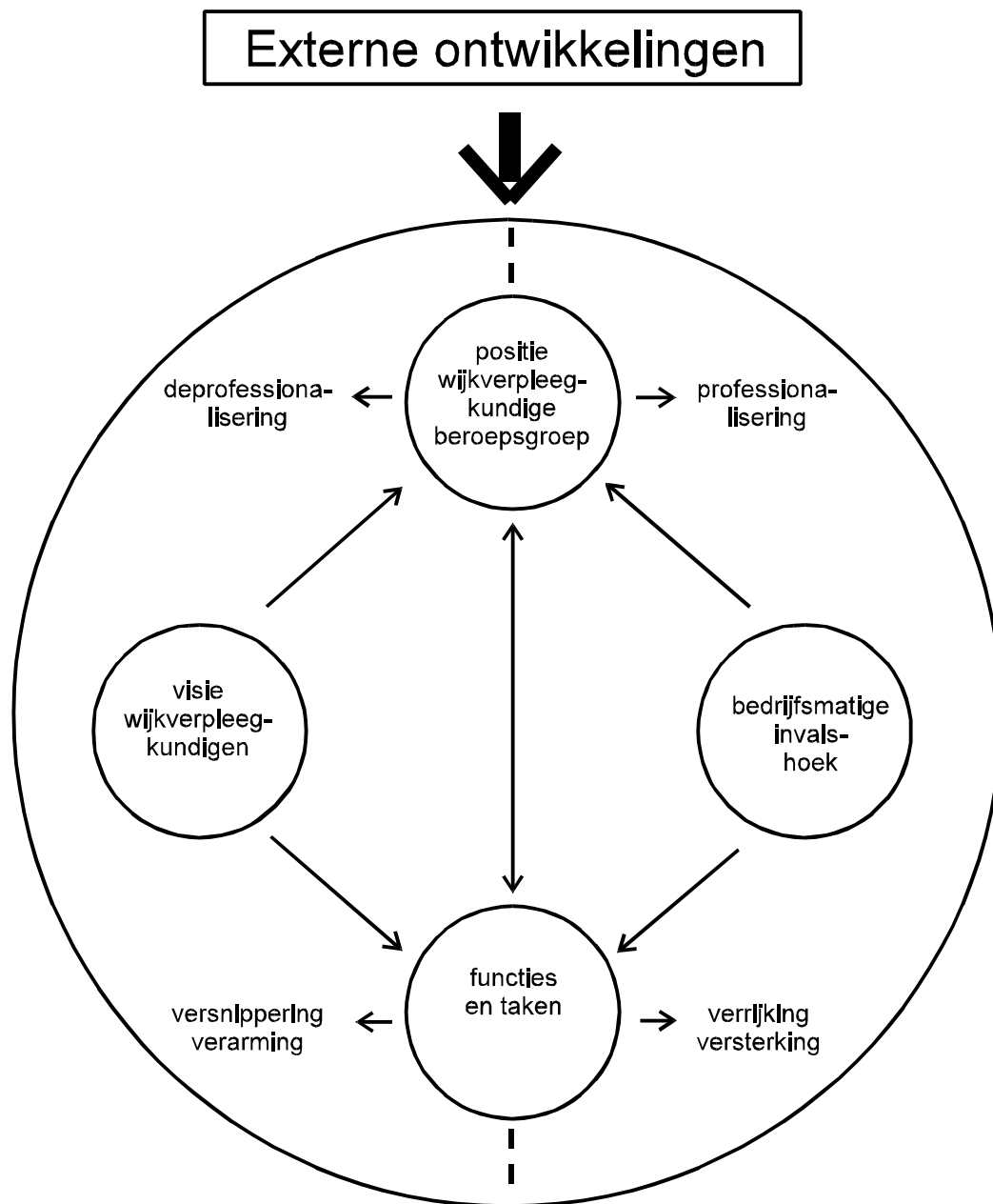
in het licht van de ontwikkelingen in de thuiszorg?

2. Hoe gaan de wijkverpleegkundigen met deze kansen en bedreigingen om; wat zijn daarbij hun sterke en zwakke kanten; en wat zijn hierbij belemmerende en/of bevorderende factoren voor succes?
3. Wat zijn de mogelijke oplossingen voor het verkleinen van de bedreigingen en het vergroten van de kansen?

Alle vraagstellingen worden zowel belicht vanuit de bedrijfsmatige invalshoek (management) als uit het gezichtspunt van de beroepsgroep (professionals).

De onderzoeksopzet wordt schematisch weergegeven in het hierna volgende conceptuele raamwerk (figuur 1). Aangegeven wordt dat de thuiszorgorganisaties als geheel worden beïnvloed door externe ontwikkelingen. Binnen de thuiszorgorganisaties worden zowel de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep als de functies en taken van wijkverpleegkundigen enerzijds beïnvloed door de bedrijfsmatige invalshoek, en anderzijds door de visie van wijkverpleegkundigen. De positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep kan hierdoor worden verbeterd (professionalisering) dan wel worden verslechterd (deprofessionalisering). Met betrekking tot de ontwikkeling van functies en taken wordt gesproken over verrijking dan wel over verarming. Binnen het raamwerk zijn de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep en de functies en taken op één lijn geplaatst, omdat het uitgangspunt is dat deze elkaar wederzijds beïnvloeden. Uitgangspunt in het onderzoek is dat de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep en de functies en taken zowel worden beïnvloed door de externe ontwikkelingen en de daarmee samenhangende keuzen van het management (de bedrijfsmatige invalshoek) als ook door de visie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep; en dat deze verschillende invalshoeken in samenhang moeten worden bekeken.

Conceptueel raamwerk



1.3 Begrippenkader

Nadat in de vorige paragrafen een beschrijving is gegeven van het doel, de achtergronden en de vraagstellingen van het onderzoek, worden in deze paragraaf een aantal begrippen nader omschreven ter verduidelijking van de uitgangspunten, en van hetgeen er in dit onderzoek onder deze begrippen wordt verstaan.

Een *beroep* kan worden gedefinieerd als een samenhangend geheel van arbeidstaken en omstandigheden, die deel uitmaken van een sociale structuur. Een beroep is dan ook niet los te denken van de waarden, normen en opvattingen van de cultuur waarbinnen dit beroep wordt uitgeoefend; met andere woorden deze waarden, normen en opvattingen

zijn mede richtsnoer voor het specifieke gedrag van de desbetreffende beroepsbeoefenaar. De overeenstemming in waarden, normen en opvattingen is het bindend element tussen die beroepsbeoefenaren, die binnen hun beroep verschillende functies kunnen uitoefenen. Als zodanig is een beroep het structurele kader waarbinnen een bepaald soort arbeid in de maatschappij is geïnstitutionaliseerd (NRV, 1990; Jansen & Kerkstra 1993).

De kern van een beroep is weergegeven in een *beroepsprofiel*. Het beroepsprofiel geeft een omschrijving van de beroepsactiviteiten zoals die plaats vinden in de beroepspraktijk en in het bijzonder een omschrijving van de beroepsvereisten waaraan men moet voldoen om het beroep te kunnen uitoefenen. Een beroepsprofiel moet worden beschouwd als de gemeenschappelijke kern, waarvan per afzonderlijke zorgsector en per gezondheidszorginstelling functieprofielen uitgewerkt dienen te worden (Jansen & Kerkstra, 1993).

Het begrip *functie* wordt door Jansen & Kerkstra (1993) in navolging van Keunink & Eppink (1990) omschreven als de gemeenschappelijke doelstelling van een aantal, uit hoofde van hun gelijksoortigheid en gelijkwaardigheid, samengebundelde werkzaamheden. De relatie tussen functie en taak is dat de functie de doelstelling aangeeft en de taak de 'technische' inhoud vormt van de functie, in casu de werkzaamheden die daartoe moeten worden uitgevoerd. In dit onderzoek gaat het om functies die worden uitgeoefend door wijkverpleegkundigen waarbij tevens sprake is van directe zorgverlening aan de cliënt. Functies waarbij geen sprake is van directe zorgverlening aan de cliënt, zoals bijvoorbeeld bij stafverpleegkundigen het geval is, worden niet in het onderzoek betrokken.

Taakverrijking (job enrichment) is de toevoeging van in beginsel 'hogere' taken en integratie van directe en indirecte productietaken inclusief de met de taken samenhangende bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Niet alleen uitvoerende taken maar ook elementen van werkvoorbereiding, planning, controle en evaluatie worden toegevoegd (Keuning en Eppink, 1990). Het uitvoeren van alle stappen binnen het verpleegkundig proces is hiervan een voorbeeld.

Door Peeters, Huisman en Appelman (1995), gebaseerd op de definitie van verpleging zoals weergegeven in het verpleegkundig beroepsprofiel (NRV, 1988), wordt *wijkverpleging* als volgt gedefinieerd: "De wijkverpleging richt zich op feitelijke of dreigende zelfzorgtekorten voor de dagelijkse levensverrichtingen, beïnvloed door het lichamenlijk, psychisch en sociaal welbevinden en op de mogelijkheden van mantelzorg". Zij onderscheiden voorts vier verpleegkundige waarden als uitgangspunt zoals die in de Nederlandse verpleegwereld gangbaar zijn:

- stimuleren van zelfzorg en mantelzorg en aanvullende hulp bieden;
- patiënt/cliënt is mede verantwoordelijk in de zorg;
- patiënt/cliënt wordt in zijn/haar waarde gelaten;
- 'methodisch/procesmatig handelen' is een effectieve werkwijze om bovengenoemde waarden te realiseren.

De *wijkverpleegkundige* is een beroepsbeoefenaar die onder de huidige omstandigheden minimaal een HBOV opleiding heeft gevolgd, dan wel een inservice-A opleiding aangevuld met de MGZ-opleiding.

Op basis van het opleidingsniveau wordt in het verpleegkundig beroepsprofiel (NRV, 1988) de term 'eerste deskundigheidsniveau' gebruikt voor de beroepsbeoefenaar die is opgeleid op HBO-niveau. Bij de beroepsbeoefenaar die is opgeleid op MBO-niveau wordt de term 'tweede deskundigheidsniveau' gehanteerd. De wijkverpleegkundige is opgeleid voor werkzaamheden op het eerste deskundigheidsniveau. Bij het onderscheid

in twee deskundigheidsniveaus gaat het primair om een werkverdeling op basis van professionele verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Als onderscheidend kenmerk voor de deskundigheid van de verpleegkundige op het eerste deskundigheidsniveau geldt de verpleegkundige diagnostiek en het bepalen van de complexiteit van de verpleegsituatie en het op basis hiervan toewijzen van een beroepsbeoefenaar aan de patiënt. Bij het onderscheid in twee deskundigheidsniveaus gaat het niet om het toewijzen van taken, maar om het toewijzen van een verpleegkundig beroepsbeoefenaar aan een cliënt.

Sinds augustus 1997 is voor de verplegende en verzorgende beroepen evenwel een nieuw onderwijsstelsel ingevoerd. In het nieuwe stelsel is gekozen voor kwalificaties op vijf verschillende niveaus: assistierenden (niveau 1), helpenden (niveau 2), verzorgenden en verzorgenden individuele gezondheidszorg (niveau 3), verpleegkundigen op MBO-niveau (niveau 4) en verpleegkundigen op HBO-niveau (niveau 5). De opleiding tot verzorgenden (niveau 3) heeft twee uitstroomvarianten. Op het terrein van de verpleging gaat het daarbij om verzorgenden individuele gezondheidszorg (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996; Lieshout & Dijkers, 1997).

In de toekomst zullen verpleegkundigen op HBO-niveau worden opgeleid op niveau 5. Het nieuwe opleidingsstelsel gaat daarbij uit van brede beroepsopleidingen, zowel op HBO-niveau als op MBO-niveau. De brede kwalificatie is gewenst omdat de traditionele grenzen tussen de verschillende delen van de zorgsector bij de opkomst van bijvoorbeeld transmurale zorg vervagen. Door beroepsbeoefenaars breed te kwalificeren, zijn zij flexibel inzetbaar in alle werkvelden. Bij het verdwijnen van de indeling in zorgvelden ontstaat een nieuwe ordening in groepen zorgvragers. Verschillende beroepsbeoefenaars (kwalificatieniveaus) kunnen bij deze groepen van zorgvragers worden ingezet. De nieuwe opleidingen sluiten hierbij aan doordat studenten bij de opleidingen 3,4 en 5 (uitgezonderd de verzorgende individuele gezondheidszorg) één verplichte differentiatie kiezen. Een differentiatie is een verdieping van de specifieke deelkwalificaties, die altijd over een categorie van zorgvragers handelt. Deze differentiaties worden aangeboden in de laatste fase van de opleiding.

Het onderscheid tussen de kwalificatieniveaus wordt in de nieuwe structuur vooral beschreven als onderscheid in de mate van respectievelijk verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer. Verantwoordelijkheid geeft de mate aan waarin beroepsbeoefenaars aanspreekbaar zijn op hun beroepsmatig handelen, complexiteit geeft de mate aan waarin beroepsmatige handelingen zijn gebaseerd op toepassing van routines, standaardprocedures of nieuwe procedures en het criterium transfer geeft de mate aan waarin een beroepsbeoefenaar in staat is kennis en beroepsvaardigheden toe te passen in uiteenlopende (beroepsmatige) situaties.

Niveau 5 voldoet aan alle eindtermen van niveau 4, maar vraagt op een aantal terreinen meer van de verpleegkundige. Dit geldt onder andere het vervullen van een zorginhoudelijke regiefunctie; het scheppen van voorwaarden voor verbetering van het primaire verpleegkundig proces en het verlenen van consulten; en het vervullen van een voorbeeldfunctie.

Ervan uitgaande dat de wijkverpleegkundige een beroepsbeoefenaar is die onder de huidige omstandigheden een HBOV-opleiding heeft gevolgd dan wel een inservice-A opleiding aangevuld met de MGZ-opleiding, lijkt het aannemelijk te veronderstellen dat de wijkverpleegkundige volgens de nieuwe kwalificatiestructuur zal worden opgeleid op niveau 5. Er moet echter nog een discussie plaatsvinden over wat de gewenste (verhouding in) kwalificatieniveaus zijn voor de diverse velden van de verpleging. Dit geldt derhalve ook voor de wijkverpleging.

Een *professional* kan worden omschreven als iemand die een beroep uitoefent dat zich onderscheidt van andere beroepen door de volgende kenmerken (GITP, 1997):

1. De uitoefening van het beroep vereiste een grote hoeveelheid (gespecialiseerde)

kennis en vaardigheden, die door academische of HBO-opleiding kan worden verkregen; afhankelijk van de situatie past de professional bepaalde delen hiervan toe.

2. Het beroep kent specifieke normen, waarden, gedrags- en ethische regels, die zijn opgesteld door een overkoepelend orgaan zoals een beroepsassociatie of- vereniging; dit vormt het referentiekader van de professional. De professional dient deze normen en regels te respecteren; controle hierop vindt plaats door de beroepsvereniging en collega's c.q. beroepsgenoten.
3. Bij de uitoefening van het beroep behoort een grote mate van autonomie van het werk (niet programmeerbaar maatwerk) en de noodzakelijke interactie met de klant brengt dit met zich mee.

Als voorbeeld worden onder meer verpleegkundigen genoemd. Volgens Stevens en Philipsen (1988) verwijst het begrip professie naar autonomie en gespecialiseerde deskundigheid. Waar het GITP als aanvullend kenmerk van het begrip professional een relatie legt met specifieke normen, waarden, gedrags- en ethische regels wijzen Stevens en Philipsen erop dat een professie vooral betrekking heeft op dienstverlening.

In dit onderzoek wordt met betrekking tot de *positie* van de wijkverpleegkundige beroepsgroep enerzijds gesproken over professionalisering, en anderzijds over deprofessionalisering. Van professionalisering is sprake naarmate bovengenoemde kenmerken in toenemende mate aanwezig zijn en gebruikt worden bij de beroepsuitoefening, terwijl deze kenmerken bij deprofessionalisering juist afnemen. Het begrip positie verwijst naar de mate waarin de bovengenoemde kenmerken in een bepaalde periode al dan niet van toepassing zijn.

Het onderzoek heeft betrekking op wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn binnen *reguliere thuiszorgorganisaties*. Daarbij gaat het zowel om geïntegreerde als niet-geïntegreerde thuiszorgorganisaties (kruisverenigingen). Het onderzoek heeft geen betrekking op wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn bij particuliere thuiszorgorganisaties.

1.4 Opbouw van het rapport

Na dit inleidende hoofdstuk wordt in hoofdstuk 2 de onderzoeksopzet besproken. Daarbij wordt nader ingegaan op geraadpleegde bronnen, geïnterviewde personen, onderzoeksinstrumenten en de verwerking van de gegevens. In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksresultaten weergegeven met betrekking tot de verschillende functies die wijkverpleegkundigen uitoefenen. In hoofdstuk 4 worden daarna de onderzoeksresultaten gepresenteerd met betrekking tot de positie van wijkverpleegkundige beroepsgroep.

2 ONDERZOEKSOPZET

In dit onderzoek zijn verschillende methoden gebruikt om de vraagstellingen te beantwoorden. Gestart is met literatuuronderzoek om de achtergronden van het onderzoek en de gebruikte meetinstrumenten te onderbouwen. Tevens zijn twee databanken geraadpleegd om een overzicht te krijgen in hoeverre en op welke wijze er geëxperimenteerd wordt met nieuwe functies voor wijkverpleegkundigen. Omdat het onderzoek gericht is op een inventarisatie van nieuwe ontwikkelingen die nog niet zijn gedocumenteerd, is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Daarbij zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met leidinggevendenden (managers en staffunctionarissen) van acht thuiszorgorganisaties, alsmede twee focus-groepsinterviews met wijkverpleegkundigen. Dit om bij het beantwoorden van de vraagstellingen zowel de bedrijfsmatige als beroepsinhoudelijke gezichtspunten te belichten. Tevens is de geïnterviewde leidinggevendenden aanvullende informatie gevraagd in de vorm van interne beleidsnota's over de betreffende onderwerpen.

2.1 Geraadpleegde bronnen

2.1.1 Literatuuronderzoek

Literatuurstudie is verricht naar ontwikkelingen in de thuiszorg en de gevolgen daarvan voor de wijkverpleegkundige beroepsuitoefening en de daarbij gesignaleerde problemen en/of kansen. Het betreft (onderzoeks)literatuur in de periode 1990 t/m 1997. Geraadpleegd zijn de catalogus van de NIVEL-bibliotheek en de literatuurdatabank Verpleging en Verzorging van het LCVV, NIVEL en NZi. In de catalogus van de NIVEL bibliotheek is gezocht met de trefwoorden thuiszorg, en de verschillende aanvullende trefwoorden trends, beleid, overheidsbeleid en management. Ook is gezocht met de afzonderlijke trefwoorden wijkverpleegkundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen. Bij het trefwoord wijkverpleegkundigen is gezocht met het aanvullende trefwoord functies en taken. Bij de literatuurdatabank Verpleging en Verzorging van het LCVV, NIVEL en NZi is gezocht met het trefwoord thuiszorg.

2.1.2 Databanken

Naast de literatuur zijn de Projectenregistratie Thuiszorg (STOOM in samenwerking met het NIVEL) en de Databank Zorgvernieuwing (NIVEL, Trimbos-instituut en NZi) geraadpleegd voor aanvullende informatie en om thuiszorgorganisaties op te sporen die projecten hebben waarin geëxperimenteerd wordt met nieuwe functies voor wijkverpleegkundigen. In de Projectenregistratie Thuiszorg zijn projecten opgenomen die nog lopen, of die zijn afgesloten na januari 1996. Bij de Databank Zorgvernieuwing is gebruik gemaakt van de peiljaren 1990 t/m 1997. In beide databanken is gezocht met de trefwoorden intake, transferverpleegkundigen (liaisonverpleegkundigen), consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters (CZK), praktijkverpleegkundigen en thuiszorgtechnologie. Omdat het niet mogelijk bleek om met dezelfde trefwoorden te zoeken is bij de Projectenregistratie Thuiszorg vervolgens gezocht met de trefwoorden ouder- en kindzorg (OKZ) en functiedifferentiatie en met een woord uit de titel of doelstelling van een project, waarbij gebruik is gemaakt van het woord 'aandachtveld'. Bij de Databank Zorgvernieuwing is met behulp van vrije tekst aanvullend gezocht met de woorden 'aandachts' en 'differentiatie'.

Op basis van deze inventarisatie zijn in totaal 126 projecten opgespoord: 17 projecten met betrekking tot de intake, 43 projecten met de functie van transferverpleegkundige,

13 projecten met de functie van praktijkverpleegkundige, 26 projecten op het gebied van differentiatie en 31 projecten die betrekking hebben op thuiszorgtechnologie. Bij 4 projecten is sprake van een dubbele categorie, waardoor het totaal van de verdeling uitkomt op 130. Deze laatste 4 projecten hebben bijvoorbeeld zowel betrekking op de transferverpleegkundige als op thuiszorgtechnologie.

2.2 Geïnterviewde personen

In het onderzoek zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij acht leidinggevendenden van verschillende thuiszorgorganisaties. Deze leidinggevendenden zijn benaderd omdat zij, zo blijkt uit de Projectenregistratie Thuiszorg en de Databank Zorgvernieuwing, mogelijk ervaring hebben met nieuwe functies. Ook zijn enkele leidinggevendenden geselecteerd waarvan op andere wijze bekend was dat zij deskundig zijn op dit terrein. In totaal zijn negen leidinggevendenden schriftelijk benaderd met de vraag of zij hun medewerking aan het onderzoek wilden verlenen. Van deze negen personen hebben acht personen hun medewerking verleend aan het onderzoek. Eén leidinggevende zag af van medewerking omdat dat op dat moment voor deze thuiszorgorganisatie een te grote belasting was. De acht geïnterviewde leidinggevendenden hadden een managementfunctie of een beleidsondersteunende functie (bijvoorbeeld staffunctionaris), en meerdere jaren ervaring in de organisatie waarin zij werkzaam waren, variërend van 2,5 jaar tot ruim 16 jaar. Zes leidinggevendenden hadden zelf een wijkverpleegkundige achtergrond. Deze thuiszorgorganisaties waren verspreid over Nederland (Noord, Oost, West en Zuid), over stad en platteland en over geïntegreerde en niet-geïntegreerde thuiszorgorganisaties. Doordat de meeste thuiszorgorganisaties inmiddels zijn geïntegreerd, zijn slechts twee (nog) niet geïntegreerde thuiszorgorganisaties in het onderzoek betrokken.

Naast de semi-gestructureerde interviews met leidinggevendenden zijn twee focus-groepsinterviews gehouden met respectievelijk negen en zeven wijkverpleegkundigen. Een voorwaarde was dat de wijkverpleegkundigen die aan de focusgroep deelnamen minimaal 1 jaar als wijkverpleegkundige werkzaam moesten zijn. Ook is er naar gestreefd om een zo groot mogelijke variëteit aan gezichtspunten te krijgen, door de verschillende functies die wijkverpleegkundigen in de praktijk innemen zo veel mogelijk in de groep vertegenwoordigd te laten zijn. Om deze reden is ook een vertegenwoordiger van de VVVM in de focus-groepsinterviews betrokken.

In de literatuur wordt geadviseerd om te voorkomen dat deelnemers aan een focus-groep-interview elkaar kennen, omdat dit de openheid van het gesprek kan belemmeren (Assema e.a., 1992). Basch (1987) wijst hieromtrent op het probleem van al bestaande leiderschapspatronen tussen groepsleden. In de praktijk kan het werven van deelnemers aan focus-groepsinterviews echter moeilijk zijn, met name als potentiële deelnemers verspreid wonen. In het onderzoek is daarom gebruik gemaakt van de mogelijkheid om één focusgroep van wijkverpleegkundigen samen te stellen op basis van een plaatselijk netwerk voor wijkverpleegkundigen. Dit netwerk had zelf aan STOOM te kennen gegeven mee te willen werken aan een onderzoeks- en/of ontwikkelingsproject naar functiepatronen en positieversterking van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Deze negen wijkverpleegkundigen werkten allen bij één thuiszorgorganisatie binnen de volwassenenzorg. Eén wijkverpleegkundige had incontinentie als aandachtsgebied, en vier wijkverpleegkundigen hadden medisch technisch handelen als aandachtsgebied. Eén wijkverpleegkundige was werkzaam bij de avond- en weekenddienst. Bij het werven van de andere focusgroep zijn via de VVVM namen gekregen van wijkverpleegkundigen die bereid waren om hun mening in een focus-groepsinterview te verwoorden, en die in de gelegenheid waren om op het geplande tijdstip hun medewerking aan het onderzoek te verlenen. Deze zeven wijkverpleegkundigen werkten bij verschillende thuiszorgorgani-

saties. Drie wijkverpleegkundigen waren werkzaam in de volwassenenzorg. Eén van deze drie wijkverpleegkundigen had oncologie als aandachtsgebied, en gaf hieromtrent bijscholingscursussen aan collega's. Een andere wijkverpleegkundige had dementie als aandachtsgebied, en gaf hierover ook bijscholing aan collega's. Ook gaf zij een cursus ziekenverzorging thuis. Eén wijkverpleegkundige volwassenenzorg had geen aandachtsgebied. Eén wijkverpleegkundige was werkzaam binnen een team dat gespecialiseerd is in medisch technisch handelen. Twee wijkverpleegkundigen waren werkzaam in de ouder- en kindzorg. Tenslotte was één wijkverpleegkundige werkzaam in een samenwerkingsproject met een huisarts.

2.3 Instrumenten en gegevensverwerking

In deze paragraaf worden de interviewmethoden beschreven en de wijze waarop de verkregen gegevens zijn verwerkt.

2.3.1 Semi-gestructureerde interviews

Op basis van de literatuur is een topiclijst opgesteld met open vragen (zie bijlage I). Deze vragen zijn ter voorbereiding op het interview aan de leidinggevenden opgestuurd. Met betrekking tot de validiteit wordt door Maso (1987) opgemerkt dat een semi-gestructureerd interview ten opzichte van een ongestructureerd interview iets minder valide kan zijn, doordat het de respondent wat meer remt om vrijuit over werkelijke ervaringen en opvattingen te spreken. Hier staat tegenover dat een semi-gestructureerd interview relatief meer bruikbare informatie oplevert. Omdat de interviewer er voor zorgt dat de respondenten zich in hun antwoorden bepalen tot de beginvragen, biedt een semi-gestructureerd interview eveneens minder waarborgen voor de betrouwbaarheid. De interviewer kan zich hierbij namelijk ook laten leiden door zijn/haar gevoelens of vooroordelen (Maso, 1987). Om dit tegen te gaan heeft de onderzoeker de interviews, en daarbij ook de rol als interviewer, nabesproken met de projectleider. Om alle vragen te kunnen bespreken is de richtlijn voor de gespreksduur na het eerste interview verder verlengd van één uur naar anderhalf uur.

Alle interviews zijn met behulp van een cassette recorder opgenomen en vervolgens letterlijk uitgetypt. Voor de kwalitatieve gegevensverwerking is gebruik gemaakt van de methode van Miles en Huberman (1984). Volgens hen kent de fase van data-analyse drie onderdelen: data reductie, data opslag en het trekken van conclusies. In dit onderzoek heeft de datareductie als volgt plaatsgevonden. De interviewer heeft haar eerste indrukken direct na afloop van het interview samengevat. Daarna zijn de uitgetypte interviews meerdere malen doorgelezen. Om het overzicht te bewaren zijn alle tekstfragmenten die antwoord geven op één onderzoeksvraag gemarkeerd. Vervolgens zijn aan de tekstfragmenten één of meer codes toegekend. Omdat bij het onderzoek sprake is van een cyclisch proces, is het coderen gestart na het eerste interview. In de eerste fase van het coderen zijn zo veel mogelijk begrippen uit het tekstfragment zelf gebruikt als code. In een latere fase van het onderzoek zijn de coderingen per onderzoeksvraag gerangschikt. Codes die inhoudelijk overlap met elkaar vertonen zijn geclusterd, en vormden een categorie. Zo is bijvoorbeeld bij het coderen allereerst gekeken naar de verschillende functies. Hieruit bleek dat in de praktijk verschillende functiebenamingen worden gehanteerd voor overeenkomstige functies. Functies die inhoudelijk met elkaar overeen komen zijn in het onderzoek geclusterd. Zo wordt bijvoorbeeld gesproken over de categorie 'gespecialiseerde verpleegkundigen'.

Data opslag is een georganiseerde verzameling van informatie die vorm krijgt door middel van schema's, die een compacte weergave zijn van de data. Deze compacte

vorm geeft overzicht, waardoor het mogelijk is om conclusies te trekken of door te gaan naar een volgende stap in de analyse. Deze drie onderdelen van de data analyse: data reductie, data opslag en het trekken van conclusies zijn verweven tijdens en na het verzamelen van de data. Daarbij vormen de dataverzameling en de analyse samen een interactief, cyclisch proces.

2.3.2 Focus-groepsinterviews

In het onderzoek zijn naast de interviews met leidinggevendenden, twee focus-groepsinterviews afgenomen met praktiserende wijkverpleegkundigen. Ook zij hebben voorafgaand aan het interview een lijst met gespreksonderwerpen toegestuurd gekregen (bijlage II). Het algemene doel van focus-groepsinterviews is inzicht te krijgen in de ideeën en gevoelens van personen over een probleem of fenomeen (Basch, 1987; Assema e.a., 1992). Daarbij staat de interactie tussen de deelnemers centraal. Gebruik wordt gemaakt van het gegeven dat mensen worden gestimuleerd door de ideeën van anderen en zich een mening vormen of hun mening aanpassen nadat ze naar de opvattingen van anderen hebben geluisterd. Een belangrijk voordeel van een focus-groepsinterview ten opzichte van individuele interviews is dan ook de interactie tussen de deelnemers. Hierdoor kan het focus-groepsinterview diepteinformatie opleveren, en kan duidelijk worden in hoeverre opvattingen binnen de groep worden gedeeld.

De validiteit van de gegevens die door groepsinterviews worden verkregen wordt geacht groot te zijn voor zover het gaat om kennis, normen en waarden van de geïnterviewde groep (Maso, 1987, p.69; Assema e.a., 1992). De gegevens zijn evenwel beperkt generaliseerbaar. Verder vergt een groepsinterview een duidelijke procesbewaking, waarbij een wat meer structurerende stijl van interviewen essentieel is (Assema e.a., 1992; Maso, 1987). Omdat er in het groepsinterview momenten kunnen zijn waarop de interviewers zich door hun gevoelens of vooroordelen laten leiden, biedt het focus-groepsinterview minder waarborgen voor de betrouwbaarheid.

Evenals de semi-gestructureerde interviews, zijn ook de focus-groepsinterviews met behulp van een cassette recorder opgenomen. Omdat het gaat om een groepsinterview zijn de op de band opgenomen gesprekken niet letterlijk uitgetypt, maar zijn tijdens de interviews aantekeningen gemaakt. Deze aantekeningen zijn in combinatie met de bandopnamen verwerkt tot een verslag dat de basis vormde voor de gegevensverwerking. Bij de verwerking van de gegevens is ook bij de focus-groepsinterviews gebruik gemaakt van de methode van Miles en Huberman (1984).

De focus-groepsinterviews zelf zijn gezamenlijk gehouden door de projectleider en de onderzoeker. Door de onderzoeker is eerst een korte introductie gegeven, waarbij het doel en de achtergronden van het onderzoek zijn toegelicht. Ook is benadrukt dat de gegevens op vertrouwelijke wijze worden behandeld, en op anonieme wijze worden verwerkt. Tijdens de groepsdiscussies was de projectleider vervolgens gespreksleider, en zijn door de onderzoeker aantekeningen gemaakt. De groepsdiscussies zelf zijn voorgestructureerd. Dit betekent dat in het eerste deel van het interview aan de groep een aantal ontwikkelingen zijn voorgelegd met betrekking tot de *positie* van wijkverpleegkundigen. Aan de deelnemers is gevraagd wat zij enerzijds als bedreigende kanten zagen aan deze ontwikkelingen en wat zij anderzijds als kansen zagen. Ook is gevraagd of er nog andere ontwikkelingen zijn die de positie van wijkverpleegkundigen beïnvloeden, en wat mogelijke oplossingen zijn voor het verkleinen van de bedreigingen en voor het vergroten van de kansen. In het tweede deel van het groepsinterview zijn aan de groep een aantal *functies* voorgelegd die wijkverpleegkundigen op dit moment uitoefenen. Het overzicht van deze functies was gebaseerd op de literatuur en op informatie van de semi-gestructureerde interviews. Aan de deelnemers is gevraagd wat positieve ervaringen zijn met deze functies, wat knelpunten zijn en wat mogelijke oplossingen zijn voor gesignaleerde knelpunten.

Met betrekking tot het verloop van de discussies kan worden opgemerkt dat in beide

groepen vooral bedreigingen en knelpunten besproken zijn. Aansluitend op de voorgestructureerde vragen zijn er weinig interventies verricht. Dit leek voor het verloop van de discussie niet noodzakelijk, en kan de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komen. Wijkverpleegkundigen gaven zelf aan dat zij met elkaar eigenlijk meer soortgelijke bijeenkomsten zouden moeten hebben. Overeenkomstig bestaande richtlijnen was de gespreksduur voor de interviews maximaal twee uur (Assema, e.a., 1992).

3 FUNCTIES VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

In dit hoofdstuk wordt eerst een overzicht gegeven van de verschillende functies die wijkverpleegkundigen uitoefenen in de reguliere thuiszorg en de overwegingen die aan het invoeren van deze functies ten grondslag liggen. Het overzicht is gebaseerd op de semi-gestructureerde interviews met de leidinggevenden, de documentatie die de instellingen ten behoeve van het onderzoek beschikbaar hebben gesteld en gegevens uit de geraadpleegde databanken. Voor een voorbeeld van mogelijke taken en de opleidingseisen per functie wordt verwezen naar bijlage III. Behalve van de documentatie uit de instellingen is daarbij gebruik gemaakt van het verpleegkundig beroepsprofiel (NRV, 1988).

Vervolgens wordt weergegeven wat de positieve ervaringen zijn met deze functies en waar de knelpunten zitten. Daarbij wordt ook ingegaan op mogelijke oplossingen voor de genoemde knelpunten. De evaluatie van de functies en de mogelijke oplossingen voor de knelpunten zijn gebaseerd op de interviews met zowel leidinggevenden als wijkverpleegkundigen.

3.1 De huidige functies

De functies zijn geordend naar drie fasen van de hulpverlening: aanmelding; intake en indicatiestelling; en zorgverlening. Binnen de zorgverlening worden de functies onderscheiden naar de mate van specialisatie. Een overzicht van de verschillende functies voor wijkverpleegkundigen die in dit onderzoek zijn onderscheiden wordt weergegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Functies voor wijkverpleegkundigen in de reguliere thuiszorg

<p>Functies betreffende de aanmelding</p> <ul style="list-style-type: none"> * Medewerker zorgcentrale
<p>Functies betreffende de intake- en indicatiestelling</p> <ul style="list-style-type: none"> * Medewerker intakebureau * Transferverpleegkundige/liaisonverpleegkundige
<p>Functies in de thuiszorg voor volwassenen</p> <ul style="list-style-type: none"> * Wijkverpleegkundige volwassenezorg * Praktijkverpleegkundige * Wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied * Gespecialiseerde verpleegkundige
<p>Functies binnen de ouder- en kindzorg</p> <ul style="list-style-type: none"> * Wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg * Wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg met een aandachtsgebied

3.1.1 Functies betreffende de aanmelding

Met betrekking tot de aanmelding wordt gesproken van de functie van *medewerker zorgcentrale* of *medewerker zorgloket*. Deze medewerker draagt zorg voor de eerste aanmelding en selectie. Zij is deskundig om zorginhoudelijke vragen te beantwoorden en kan zonedig doorverwijzen.

Het achterliggend idee van deze functie is dat de telefonische bereikbaarheid goed geregeld moet zijn, en dat hiervoor een professionele invalshoek noodzakelijk is. Deze functie vervangt eigenlijk de spreekuren van de allround wijkverpleegkundigen.

3.1.2 Functies betreffende de intake en indicatiestelling

Met betrekking tot de intake - en indicatiestelling worden twee functies onderscheiden. 1. *Medewerker intake-bureau of thuiszorgvertegenwoordiger*

De medewerker intake-bureau of thuiszorgvertegenwoordiger is verantwoordelijk voor de intake- en indicatiestelling wanneer er bij de thuiszorgorganisatie een hulpvraag voor wijkverpleging en/of gezinsverzorging binnenkomt.

Bij de meeste thuiszorgorganisaties verrichten intakers met een verpleegkundige achtergrond de intakes bij verpleegkundige hulpvragen en bij gecombineerde hulpvragen, en intakers met een achtergrond uit de gezinsverzorging (maatschappelijk werkers) de intakes bij hulpvragen voor gezinsverzorging.

Tot het begin van de jaren negentig was de intake van nieuwe zorgvragen en de indicatiestelling van de aard en omvang van de zorg onderdeel van het takenpakket van iedere wijkverpleegkundige. Sindsdien is echter in steeds meer thuiszorgorganisaties er voor gekozen om de intake en indicatiestelling los te koppelen van de zorgverlening en deze taken door aparte hulpverleners te laten verrichten. Dit werd om verschillende redenen gedaan:

- Externe partijen zoals ziektekostenverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties drongen aan op een indicatiestelling onafhankelijk van het aanbod.
- De integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging bracht ook een geïntegreerde intake en indicatiestelling met zich mee. Bij de gezinsverzorging was de indicatiestelling van oudsher al losgekoppeld van de zorgverlening.
- Door de frequent veranderende regelgeving met betrekking tot de intake- en indicatiestelling was het niet meer haalbaar om alle wijkverpleegkundigen regelmatig bij te scholen.

Uit de interviews blijkt dat in de meeste organisaties sprake is van de functie van intaker. Eén organisatie blijft daarentegen bij de keuze om de intake- en indicatiestelling te laten verrichten door de wijkverpleegkundige volwassenenzorg. Men is van mening dat de intake een essentieel onderdeel vormt van het verpleegkundig methodisch handelen en wil dat zo houden, ook wanneer de intake in de nabije toekomst wordt uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.

2. *Liaisonverpleegkundige of transferverpleegkundige*

Een groot aantal thuiszorgorganisaties heeft recentelijk transfer- of liaisonverpleegkundigen aangesteld die in ziekenhuizen zijn gestationeerd. Deze functie is ingesteld om de overdracht van de zorgverlening voor de cliënt vanuit het ziekenhuis naar huis te verbeteren. De liaisonverpleegkundige (transferverpleegkundige) selecteert meestal cliënten die na ontslag uit het ziekenhuis wijkverpleging en/of gezinszorg nodig hebben, en is onder meer verantwoordelijk voor de intake- en indicatiestelling. In dit onderzoek is evenwel éénmaal sprake van een liaisonverpleegkundige, die alleen taken heeft in de voorwaardenscheppende sfeer, en niet ten aanzien van de directe cliëntenzorg. Dat wil zeggen dat deze liaisonverpleegkundige geen intakes verricht en geen indicaties stelt.

Aan deze functie liggen meestal de volgende overwegingen ten grondslag:

- waarborgen van continuïteit van zorg, zowel inhoudelijk als organisatorisch;
- verhogen van kwaliteit van zorg;
- verkorten van de ligduur in het ziekenhuis;
- het verder ontwikkelen van transmurale zorg;
- het versterken van de concurrentiepositie van de thuiszorgorganisatie.

De keuze om een liaisonverpleegkundige aan te stellen die alleen taken heeft in de voorwaardenscheppende sfeer is gemaakt omdat men enerzijds wel de continuïteit van zorg wilde optimaliseren, maar anderzijds wat betreft de directe patiëntenzorg niet een aparte functie wilde invoeren.

Dat men nog volop bezig is de losgekoppelde intake en indicatiestelling vorm te geven

blijkt ook uit de gegevens van de geraadpleegde databanken. In de databanken zijn namelijk 17 projecten getraceerd die betrekking hebben op de intake en 43 projecten betreffende de functie van transferverpleegkundige/liaisonverpleegkundige.

Uit deze gegevens blijkt dat de transferverpleegkundige in sommige projecten werkzaam is voor een speciale doelgroep, zoals bijvoorbeeld patiënten van 65 jaar en ouder die thuis complexe zorg nodig hebben of specifieke patiëntencategorieën zoals bijvoorbeeld oncologiepatiënten, patiënten die een totale heupoperatie hebben ondergaan of reuma-patiënten. In een project op het gebied van thuiszorgtechnologie loopt de instroom van infuusbehandeling thuis bij de thuiszorgorganisatie bijvoorbeeld via de transferverpleegkundige.

3.1.3 Funcities in de thuiszorg voor volwassenen

Tot eind jaren tachtig werkten vrijwel alle wijkverpleegkundigen allround: zij waren zowel werkzaam binnen de thuisverpleging als binnen de jeugdgezondheidszorg. Door de toename van het aantal hulpvragen en de complexiteit van de hulpvragen naar thuisverpleging dreigde de preventieve ouder- en kindzorg steeds meer in de verdrinking te komen. Om de kwaliteit van zorg op beide terreinen te waarborgen kozen veel thuiszorgorganisaties voor het splitsen van het takenpakket van wijkverpleegkundigen. Hierdoor ontstonden twee nieuwe functies: de wijkverpleegkundige volwassenenzorg en de wijkverpleegkundige ouder-en kindzorg. Binnen deze functies werken wijkverpleegkundigen generalistisch.

In deze paragraaf komen de verschillende verpleegkundige functies binnen de thuiszorg voor volwassenen aan de orde. In de volgende paragraaf wordt aandacht besteed aan de functies van wijkverpleegkundigen binnen de ouder- en kindzorg.

1. *Wijkverpleegkundige volwassenenzorg*

De functie van wijkverpleegkundige volwassenenzorg komt voor in alle organisaties die in het onderzoek betrokken zijn, maar heeft soms een andere naam. Zo wordt bijvoorbeeld gesproken over *coördinerend wijkverpleegkundige*, en over *wijkverpleegkundige 18+*. De laatste benaming heeft betrekking op de leeftijdsindeling die gehanteerd wordt. De volwassenenzorg is hier gericht op cliënten van 18 jaar en ouder. Verder worden alle wijkverpleegkundigen volwassenenzorg éénmaal benoemd als *praktijkverpleegkundigen*. In deze organisatie zijn de populaties van de huisartsen en wijkverpleegkundigen op elkaar afgestemd, met het doel om samenwerking met de huisarts te bevorderen.

Eénmaal is sprake van de functie van *teamleider verpleegkundige thuiszorgteams*. Behalve taken met betrekking tot de directe cliëntenzorg heeft deze wijkverpleegkundige ook management taken: zij coördineert de werkzaamheden van een verpleegkundig thuiszorgteam. Deze keuze is gemaakt omdat men in de betreffende thuiszorgorganisatie voorkeur heeft voor een operationele managementfunctie, waarbij men bewust onderscheid blijft maken tussen teamleiders met een achtergrond als verpleegkundige en teamleiders met een achtergrond uit de gezinsverzorging. Doordat de teamleiders zelf een verpleegkundige achtergrond hebben, kan de discussie met wijkverpleegkundigen gemakkelijker worden gevoerd.

Daarnaast is in één interview aangegeven dat vanwege een toename van de intensieve thuiszorg recent de functie is ingevoerd van *wijkverpleegkundige ambulante nachtzorg*. Eerder werd bij intensieve thuiszorg voor de nachtzorg vaak een wijkverpleegkundige ingezet wanneer er verpleegkundige taken op het eerste deskundigheidsniveau moeten worden verricht. Bij de nieuwe opzet worden in deze organisatie medewerkers ingezet van een lager deskundigheidsniveau, waarbij de wijkverpleegkundige ambulante nachtzorg ondersteuning biedt. Met behulp van een mobiele telefoon en een lease auto is deze verpleegkundige continue bereikbaar. Zij verricht zowel geplande als acute zorgverlening.

2. *Praktijkverpleegkundige*

In enkele organisaties is recent, op experimentele basis, de functie van praktijkverpleegkundige ingevoerd. Dit is een andere functie dan de praktijkverpleegkundige die eerder is genoemd als benaming voor de wijkverpleegkundige volwassenenzorg. De praktijkverpleegkundige kan zowel in de huisartsenpraktijk zorg verlenen als bij cliënten thuis. Doordat de functie nog maar sinds kort is ingevoerd, zijn de taken die de praktijkverpleegkundige uitvoert binnen ieder project vaak anders. Bovendien is de functie nog in ontwikkeling.

Aanleiding voor het instellen van deze functie is onder meer dat door de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging, de samenwerking met de huisartsen de laatste jaren is verslechterd. Wijkverpleegkundigen wijzen er bijvoorbeeld op dat de huisarts nu voor een intake de zorgcentrale moet bellen in plaats van de wijkverpleegkundige. Door de fusie met de gezinsverzorging zijn de thuiszorgorganisaties ten opzichte van de voormalige kruisverenigingen bovendien veel grootschaliger geworden. Huisartsen hebben hierdoor te maken met medewerkers van verschillende deskundigheidsniveaus. Zij weten vaak niet meer wie van hen de wijkverpleegkundige is en hoe zij deze wijkverpleegkundige kunnen bereiken. De opzet van deze functie is verder dat door een intensieve samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts, de praktijkverpleegkundige een aantal taken van de huisarts kan overnemen die op verpleegkundig terrein liggen en die de huisartsen nog steeds verrichten en waar zij tevens te weinig aan toekomen. Zo worden bijvoorbeeld taken naar de praktijkverpleegkundige gedelegeerd bij de uitvoering van bepaalde NHG-standaarden. Bij de doelgroep gaat het om zorgintensieve en meestal chronische patiënten, zoals patiënten met CARA, diabetes, reuma, ulcus cruris, ouderen met multiple pathologie en patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen. Met de functie van praktijkverpleegkundige wil men de kwaliteit van de zorg voor deze groepen cliënten verbeteren.

3. *Wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied*

Naast bovengenoemde generalistische functies zijn er binnen de volwassenenzorg specialistische functies voor wijkverpleegkundigen. Ten eerste zijn er in de meeste organisaties functies die in dit onderzoek zijn samengevat onder de term *wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied*. Voor deze functie worden door de thuiszorgorganisaties verschillende benamingen gehanteerd, zoals wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied, specialistisch verpleegkundige, expert en gespecialiseerde verpleegkundige. Het gaat dan om wijkverpleegkundigen die een gedeelte van hun tijd, bijvoorbeeld 4 uur per week, beschikbaar hebben voor een bepaald aandachtsgebied. De overige tijd zijn deze verpleegkundigen werkzaam als wijkverpleegkundige volwassenenzorg. Bij de aandachtsgebieden gaat het bijvoorbeeld om CARA, reuma, diabetes, oncologie, chronisch zieken en gehandicapten, psychogeriatric, incontinentie, medisch technisch handelen en wond- en stomazorg. Het medisch technisch handelen kan ook deel uitmaken van de aandachtsgebieden. Wijkverpleegkundigen van een team dat gespecialiseerd is in medisch technisch handelen worden dan bijvoorbeeld voor twee uur per dag vrijgesteld voor het medisch technisch handelen. Voor de overige zes uur zijn zij beschikbaar voor de gebruikelijke wijkverpleegkundige werkzaamheden.

Deze functies zijn meestal ingevoerd omdat de zorg voor cliënten van het aandachtsgebied extra deskundigheid vereist, waardoor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg kan worden verbeterd. Een andere overweging heeft te maken met doelmatigheid. Door het invoeren van aandachtsgebieden hoeft namelijk niet meer iedere wijkverpleegkundige op ieder gebied te worden bijgeschoold.

De keuze voor een team medisch technisch handelen in de vorm van een aandachtsgebied is erop gebaseerd dat de aanlooptijd voor het starten van een dergelijk team vaak groot is. Ziekenhuizen en huisartsen moeten wennen aan de nieuwe

mogelijkheden die er zijn, en zij moeten hier ook vertrouwen in krijgen. Wanneer het aantal hulpvragen groeit, kan de tijd die de verpleegkundigen voor het medisch technisch handelen beschikbaar hebben worden uitgebreid, of kunnen de verpleegkundigen worden aangesteld als gespecialiseerde verpleegkundigen.

4. *Gespecialiseerde verpleegkundige*

Bij de specialistische functies voor wijkverpleegkundigen binnen de volwassenenzorg zijn behalve wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied in een aantal organisaties verpleegkundigen werkzaam in een functie die in dit onderzoek is samengevat onder de term *gespecialiseerde verpleegkundige*. Ook bij deze functie is sprake van veel verschillende benamingen, zoals verpleegkundig consulenten, specialistisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten of zorgnetverpleegkundige. Deze verpleegkundigen zijn gespecialiseerd in de zorgverlening aan een bepaalde categorie cliënten. Zij geven alleen (specialistische) hulp aan de categorie cliënten waarin zij deskundig zijn. In feite gaat het hier om dezelfde aandachtsgebieden als bij de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied. Gespecialiseerde verpleegkundigen verlenen bijvoorbeeld alleen hulp aan cliënten die complexe medisch technische zorg nodig hebben of aan cliënten met bijvoorbeeld CARA, reuma of diabetes. Behalve taken in de directe cliëntenzorg voor de categorie cliënten waarin zij deskundig zijn hebben gespecialiseerde verpleegkundigen ook taken op het gebied van deskundigheidsbevordering, consultatie, en het innoveren van de zorg.

Een eerste overweging om gespecialiseerde functies in te voeren betreft ontwikkelingen op het gebied van transmurale zorg. Zowel bij cliënten, alsook bij huisartsen en ziekenhuizen bestaat daarbij een groeiende behoefte aan specialistische zorgverlening door verpleegkundigen. Verder is er sprake van een wijziging van de oorspronkelijke districtsverpleegkundige naar de functie van stafverpleegkundige naar de functie van gespecialiseerd verpleegkundige.

Teams die gespecialiseerd zijn in medisch technisch handelen zijn opgezet omdat men constateerde dat er met het gebruik van thuiszorgtechnologie veel meer mogelijkheden moesten zijn voor thuisverpleging. Cliënten bleven namelijk langer in het ziekenhuis dan medisch gezien noodzakelijk was. Knelpunten waren dat het moeilijk was om alle wijkverpleegkundigen regelmatig bij te scholen. Bij weinig voorkomende handelingen waren er veel problemen, omdat men de benodigde vaardigheden niet of niet meer beheerste of omdat de kennis verouderd was. Dit bracht enerzijds veel kosten met zich mee, terwijl men anderzijds niet in staat was om het systeem echt goed werkend te houden. Ook was bijvoorbeeld onvoldoende bekend welke materialen het meest geschikt zijn voor toepassing in de thuissituatie, en wat de nieuwste ontwikkelingen waren op dit gebied.

3.1.4 Funcities binnen de ouder- en kindzorg

Zoals eerder vermeld is de scheiding tussen ouder- en kindzorg en de volwassenenzorg aangebracht om de deskundigheid ten aanzien van de preventieve zorg binnen de ouder- en kindzorg te kunnen behouden en vergroten. Door de werkdruk in de volwassenenzorg bleef hiervoor in het verleden niet altijd voldoende tijd beschikbaar.

Binnen de ouder- en kindzorg kunnen twee functies worden onderscheiden.

1. *Wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg*

De functie van wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg komt voor in alle organisaties die in het onderzoek betrokken zijn. Bij de functiebenaming wordt ook gesproken over de wijkverpleegkundige 18-. Behalve de preventieve zorg voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar, verricht deze verpleegkundigen ook de curatieve zorg voor kinderen van 0 tot 18 jaar. Ook in andere organisaties is de ouder- en kindzorg verpleegkundige soms inzetbaar voor de curatieve zorg aan kinderen van 0 tot 18 jaar, of is afgesproken dat oudere kinderen die in zorg zijn vanwege bijvoorbeeld CARA

en die al bekend zijn bij de verpleegkundige ouder- en kindzorg, niet over gaan naar de curatieve zorg van de divisie volwassenenzorg. Omdat de ouders al een vertrouwensrelatie hebben met de ouder- en kindzorg verpleegkundige wordt dit niet wenselijk geacht.

2. *Wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg met een aandachtsgebied*

Hoewel wijkverpleegkundigen binnen de ouder en kindzorg in het algemeen generalistisch werken, wordt soms gesproken over verpleegkundigen die specialistische taken hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om het verrichten van saneringshuisbezoeken bij kinderen met CARA, of over het vervullen van een poliklinisch verpleegkundig spreekuur voor kinderen met CARA. In feite gaat het hier, net als in de volwassenenzorg, om wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied.

3.2 Evaluatie van de huidige functies: positieve ervaringen, knelpunten en mogelijke oplossingen

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de verschillende opvattingen over de meest voorkomende functies. Aangegeven wordt wat de positieve ervaringen zijn, waar de knelpunten zitten en wat mogelijke oplossingen zijn voor de gesignaleerde knelpunten.

3.2.1 De intake en indicatiestelling

Medewerker intake-bureau

Een aantal leidinggevenden is tevreden met de huidige intake en indicatiestelling en is van mening dat de losgekoppelde intake, zoals verwacht, inderdaad objectiever is geworden. Doordat de intake is losgekoppeld van de directe cliëntenzorg is de uniformiteit van de intake- en indicatiestellingsprocedure volgens hen verbeterd, en daardoor ook de onderhandelpositie met de zorgverzekeraars. Verder is met de losgekoppelde intake al een basis gelegd voor het ontwikkelen van onafhankelijke intakebureau's, die volgens een overheidsbesluit per 1 januari 1998 voor het hele scale verpleging en verzorging gaan indiceren. Dit gebeurt dan onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Men hoopt dat intakers van de thuiszorg bij deze onafhankelijke indicatie-organen betrokken zullen worden.

Met betrekking tot de intake- en indicatiestelling zijn een aantal *knelpunten* genoemd. Een leidinggevende geeft aan dat het inroosteren van de verschillende intakers soms problemen oplevert, doordat het aantal aanvragen niet altijd overeen komt met de beschikbare formatie. Hierdoor komt het in de praktijk voor dat een verpleegkundige intake wordt verricht door een intaker met een achtergrond uit de gezinsverzorging. Verder verwacht men problemen bij de toekomstige ontwikkelingen, waarbij de gemeente verantwoordelijk wordt voor de indicatiestelling. Gevreesd wordt dat de bureaucratie hierdoor zal toenemen, waardoor de procedure van intake en indicatiestelling minder klantvriendelijk zal worden.

Terwijl leidinggevenden tevreden zijn, vinden wijkverpleegkundigen het loskoppelen van de intake- en indicatiestelling over het algemeen een slechte zaak. De intake maakt deel uit van het verpleegkundig methodisch handelen en wordt door hen beschouwd als essentieel onderdeel van de verpleegkundige zorgverlening. Wijkverpleegkundigen zijn van mening dat de losgekoppelde intake en indicatiestelling nadelige effecten heeft voor de kwaliteit van de zorgverlening en dat dit systeem niet klantvriendelijker is. Als nadeel van de onafhankelijke intake en indicatiestelling wordt bijvoorbeeld genoemd dat deze intake een momentopname is, terwijl de wijkverpleegkundige in het verleden meer tijd had om de situatie in te schatten. Hierdoor zijn volgens wijkverpleegkundigen in de huidige situatie veel herindicaties nodig. Dit is enerzijds klantvriendelijk, en anderzijds niet efficiënt. Ook geven wijkverpleegkundigen aan dat er te weinig intakers zijn en dat

de deskundigheid van de intakers soms te wensen overlaat.

Als *oplossing* geven wijkverpleegkundigen aan dat de wijkverpleegkundige de intake en indicatiestelling zelf moet verrichten. Volgens hen is dit duidelijker voor de cliënt, en komt het de zorg voor de cliënt ten goede. Het probleem van de vele herindicaties wordt volgens wijkverpleegkundigen in de praktijk vaak opgelost doordat dan niet de intaker de herindicaties verricht, maar de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige stemt dit dan telefonisch af met de intaker.

De transfer- of liaisonverpleegkundige

In organisaties waar dit van toepassing is wordt de functie van transfer- of liaisonverpleegkundige volgens leidinggevenden over het algemeen positief gewaardeerd. Met de functie van liaisonverpleegkundige wordt de continuïteit van de zorg voor de cliënt volgens hen bevorderd, en wordt de concurrentiepositie van de thuiszorgorganisatie verbeterd.

Bij één organisatie is de functie in het verleden wel ingevoerd, maar vervolgens weer gestopt. Een reorganisatie in het ziekenhuis was volgens de leidinggevende niet bevorderlijk voor het invoeren van de functie. Ook wilde het maatschappelijk werk in het ziekenhuis graag betrokken blijven bij de overdracht van het ziekenhuis naar de thuiszorg. Als oplossing is ervoor gekozen dat de intake nu wordt verricht door intakers van de thuiszorgorganisatie die in het ziekenhuis zijn gestationeerd. Met betrekking tot de zorgverlening in het tweede compartiment geven leidinggevenden aan dat er soms problemen zijn in de financiering voor de zorgverlening aan particuliere patiënten. Sommige verzekeringsmaatschappijen leveren namelijk geen zorg via de reguliere thuiszorgorganisatie, maar via een particulier bureau. Als er een intake wordt verricht in het ziekenhuis wordt deze intake door sommige particuliere ziektekostenverzekeraars niet betaald. Als oplossing voor dit probleem is in één organisatie besloten dat de thuiszorgorganisatie bij deze patiënten geen intake meer kan verrichten. Het advies aan de patiënt is dan om met betrekking tot de benodigde zorg na ontslag uit het ziekenhuis zelf contact op te nemen met de verzekeraar.

3.2.2 Thuiszorg voor volwassenen

Wijkverpleegkundige volwassenenzorg

Met betrekking tot de functie van wijkverpleegkundige volwassenenzorg zijn vooral knelpunten naar voren gebracht en nauwelijks positieve ervaringen.

Als eerste knelpunt wordt zowel door leidinggevenden als door wijkverpleegkundigen aangegeven dat wijkverpleegkundigen nog vaak zorg verlenen aan cliënten omdat er niet voldoende wijkziekenverzorgenden zijn. Hierdoor kunnen wijkverpleegkundigen zich minder richten op taken op het eerste deskundigheidsniveau zoals het coördineren van de zorg. Het gevolg is dat er in de huidige situatie meestal veel verschillende hulpverleners bij cliënten komen, maar dat deze zorg volgens wijkverpleegkundigen onvoldoende wordt gecoördineerd. Bovendien kunnen de veelal oudere cliënten zelf vaak ook geen onderscheid meer maken tussen de verschillende zorgverleners. Door de hoge werkdruk is verder de aandacht voor de preventieve zorg naar de achtergrond verdwenen. Als oplossing geven leidinggevenden aan dat een verschuiving van taken gewenst is, waarbij de minder complexe zorg in de toekomst een kleiner deel gaat uitmaken van het takenpakket van de wijkverpleegkundige. De functie van wijkverpleegkundige volwassenenzorg kan hierdoor beter uitkristalliseren. Wijkverpleegkundigen geven als oplossing aan dat de zorg meer procesmatig moet worden verleend, en dat er een gemeenschappelijk zorgplan moet worden opgesteld voor de zorg aan cliënten waarbij meerdere hulpverleners zijn betrokken. Hiervoor is meer zorginhoudelijk overleg nodig, en afspraken hierover moeten worden gerapporteerd in het zorgdossier van de cliënt.

Als tweede knelpunt geven leidinggevenden aan dat sommige wijkverpleegkundigen volwassenenzorg moeite hebben cliënten door te verwijzen naar een gespecialiseerde verpleegkundige, omdat hun eigen takenpakket hierdoor smaller wordt. Als oplossing

wordt aangegeven dat deze wijkverpleegkundigen hun attitude moeten gaan wijzigen. Zij moeten signaleren wanneer hun eigen deskundigheid ophoudt, en wanneer zij moeten doorverwijzen naar een gespecialiseerde verpleegkundige.

Zoals eerder vermeld worden in één organisatie alle wijkverpleegkundigen volwassenenzorg praktijkverpleegkundigen genoemd, waarbij de populatie van de wijkverpleegkundige is afgestemd op de populatie van de huisarts. De leidinggevende van deze organisatie geeft aan dat dit veel positieve effecten heeft gehad. Zowel voor huisartsen als voor wijkverpleegkundigen is het duidelijker geworden wat de deskundigheid is van de ander, en hoe de zorg voor de cliënt gezamenlijk kan worden gerealiseerd. Doordat hieromtrent duidelijke afspraken worden gemaakt wordt de zorg voor de patiënt beter afgestemd. Een belangrijk knelpunt is echter dat door het afstemmen van doelpopulaties, wijkverpleegkundigen veel meer reistijd hebben gekregen. Dit organisatie-model is om die reden te duur, waardoor het in de toekomst waarschijnlijk niet kan worden gehandhaafd. In de betreffende organisatie wordt nog naar een oplossing gezocht.

Praktijkverpleegkundige

In organisaties waar dit van toepassing is bevindt de functie van praktijkverpleegkundige zich nog in een experimenteel stadium. In organisaties waar men nog geen ervaring heeft met deze functie bestaat voor deze functie veel belangstelling. Men wijst erop dat de nauwe samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige een belangrijke meerwaarde van de functie is. Als knelpunt wordt door leidinggevendenden aangegeven dat volgens de huidige intake- en indicatiesystematiek officieel eerst een intake moet worden verricht door de intaker, voordat de praktijkverpleegkundige zorg kan verlenen. Daarmee worden de voordelen van deze functie voor een belangrijk deel weer teniet gedaan. Als pragmatische oplossing wordt voorgesteld dat de praktijkverpleegkundige de intake doet en dit telefonisch afstemt met de intaker. Verder verwacht men dat de ontwikkeling van de functie kan worden tegengewerkt doordat recent de eigen-bijdrage-regeling is ingevoerd. Enerzijds kan bijvoorbeeld de preventieve zorg in de functie van praktijkverpleegkundige worden verbeterd, maar anderzijds verwacht men dat cliënten niet altijd bereid zullen zijn om daar een eigen bijdrage voor te betalen, mede omdat het cliënten vaak pas achteraf duidelijk is wat de waarde kan zijn van preventieve zorg.

Verpleegkundige met een aandachtsgebied

Uit interviews met zowel leidinggevendenden als wijkverpleegkundigen en uit de documenten die de instellingen voor het onderzoek beschikbaar hebben gesteld blijkt dat er nog veel onduidelijkheid is over de vraag hoe men de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied moet vormgeven.

Als voordelen van de functie zijn genoemd:

- * de kwaliteit van de zorg voor cliënten van het aandachtsgebied is verbeterd;
- * doordat niet meer alle wijkverpleegkundigen op het terrein van het aandachtsgebied hoeven te worden bijgeschoold heeft dit efficiencywinst;
- * door de deskundigheidsbevordering die het aandachtsgebied met zich meebrengt kan de arbeidssatisfactie van wijkverpleegkundigen worden bevorderd.

Daarentegen worden de volgende knelpunten aangegeven:

- * een eenduidige visie en beleid met betrekking tot de aandachtsgebieden ontbreekt vaak, de indeling van aandachtsgebieden is meestal in de praktijk gegroeid;
- * de implementatie is niet afgerond, en de taakstelling van en tijdsbesteding aan het aandachtsgebied zijn onduidelijk;
- * niet binnen elk team is een wijkverpleegkundige beschikbaar voor ieder aandachtsgebied;
- * een aantal wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied doet onvoldoende praktijkervaring op, waardoor kennis en vaardigheden verloren gaan;
- * criteria wanneer de zorg moet worden verleend door een wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied in plaats van een andere zorgverlener zijn onduidelijk;

- * in de organisatie is onvoldoende bekend welke wijkverpleegkundige welk aandachtsgebied heeft;
- * een aantal van de zorgactiviteiten van wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied, zoals bijvoorbeeld activiteiten in het kader van advisering en begeleiding, maken geen deel uit van de indicatieprocedure;
- * werkoverleg wordt vooral gebruikt voor organisatorische informatie en te weinig voor vakinhoudelijke informatie (ontwikkelingen op het terrein van de aandachtsgebieden);
- * bij een hoog verloop van wijkverpleegkundigen stagneert de kennis ten aanzien van het aandachtsgebied.

Sommige leidinggevenden geven aan dat de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied niet voldoet aan de verwachtingen, waardoor in de basiszorg onvoldoende kennis paraat is. Bovendien stijgt volgens hen de vraag naar specialistische zorgverlening, en is er behoefte aan nieuwe werkvormen en -mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld (transmurale) verpleegkundige spreekuren. Als oplossing wordt gezien dat de functie van wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied zich moet ontwikkelen richting gespecialiseerde verpleegkundige. In één organisatie betekent dit dat de verpleegkundige met een aandachtsgebied meer taken in de directe cliëntenzorg van het aandachtsgebied gaat verrichten, en minder ondersteunende taken richting de teamleden. Een andere organisatie geeft de voorkeur aan gespecialiseerde verpleegkundigen, en heeft ervoor gekozen om de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied niet voort te zetten.

Leidinggevenden die meer tevreden zijn over de functie van wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied geven als oplossing voor enkele eerdergenoemde knelpunten dat wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied zich in de organisatie hebben geprofileerd doordat bijvoorbeeld tijdens werkoverleg en schriftelijk wordt aangegeven wat het aandachtsgebied inhoudt, en welke activiteiten worden verricht in het kader van het aandachtsgebied. Hierdoor is beter bekend welke wijkverpleegkundige aanspreekbaar is voor welk aandachtsgebied, en welke activiteiten er worden ontplooid. Verder wordt aangegeven dat de verdeling van de aandachtsgebieden mede gebaseerd moet zijn op de vraag hoe vaak bepaalde activiteiten in de praktijk voorkomen. Bij zorgvragen die weinig voorkomen zal de wijkverpleegkundige werkzaam moeten zijn voor een groter gebied, waardoor voorkomen wordt dat kennis en vaardigheden verloren gaan. Tenslotte is als oplossing aangegeven dat bepaalde activiteiten van wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied in de toekomst deel uit moeten gaan maken van de indicatieprocedure.

Gespecialiseerde verpleegkundige

Uit de interviews met zowel leidinggevenden als wijkverpleegkundigen en uit de documenten die de instellingen voor het onderzoek beschikbaar hebben gesteld blijkt dat evenals bij de functie van wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied, er nog veel onduidelijkheid is over de vraag hoe de functie van gespecialiseerde verpleegkundige moet worden ingevuld.

Als voordelen zijn genoemd:

- * de kwaliteit van de zorg voor cliënten van de specialisatie is sterk verbeterd;
- * doordat niet meer alle wijkverpleegkundigen op het terrein van de specialisatie hoeven te worden bijgeschoold heeft dit efficiencywinst;
- * doordat gespecialiseerde verpleegkundigen interne- en externe opleidingen verzorgen kunnen zij zichzelf gedeeltelijk terug verdienen;
- * doordat gespecialiseerde verpleegkundigen consulten verlenen aan andere organisaties (bijvoorbeeld verzorgingshuizen) kunnen zij zichzelf gedeeltelijk terug verdienen;
- * doorstromingsmogelijkheden voor wijkverpleegkundigen bevorderen de arbeidssatisfactie.

Als knelpunten zijn aangegeven:

- * het huidige indicatiesysteem indiceert niet voor specialistische verpleging;

- * de verticale functiedifferentiatie gaat gepaard met een afname van de deskundigheid om te signaleren, waardoor minder beroep wordt gedaan op specialistische verpleging;
- * wijkverpleegkundigen wachten soms langer dan gewenst om de deskundigheid in te schakelen van een gespecialiseerde verpleegkundige. Enerzijds is het soms niet duidelijk wanneer een doorverwijzing gewenst is. Anderzijds hebben sommige wijkverpleegkundigen er moeite mee dat zij moeten doorverwijzen naar een andere deskundigheid. Van de meerwaarde van de gespecialiseerde verpleegkundige wordt hierdoor te weinig gebruik gemaakt;
- * er zijn onvoldoende voorwaarden gecreëerd voor de verdieping van het vakgebied. De beschikbare tijd is bijvoorbeeld (nog) niet structureel geregeld. In één organisatie wacht men wat dit betreft op een uitspraak van het management. Het gevolg is dat er nu door (gespecialiseerde) verpleegkundigen veel eigen tijd wordt geïnvesteerd;
- * een gespecialiseerde verpleegkundige wond- en stomazorg wordt in één organisatie door de huisarts regelmatig geconsulteerd bij particuliere cliënten en bij cliënten uit een verzorgingstehuis. Over de financiering van deze consulten zijn (nog) geen afspraken gemaakt.

Als oplossing voor een aantal van bovengenoemde knelpunten wordt aangegeven dat de mogelijkheid om gespecialiseerde verpleging in te zetten een systematisch onderdeel moet worden van de indicatieprocedure en dat er met het oog op de toegankelijkheid van de gespecialiseerde zorg in de toekomst nadrukkelijker op het eerste deskundigheidsniveau zal moeten worden geïndiceerd. Over de financiering van consulten door gespecialiseerde verpleegkundigen moeten afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraars.

Leidinggevendenden uit organisaties waar men al langer ervaring heeft met teams die gespecialiseerd zijn in medisch technisch handelen zijn van mening dat de thuiszorgorganisatie hierdoor beter kan garanderen dat patiënten naar huis kunnen, ook als er sprake is van gecompliceerde thuiszorgtechnologie. Als voorbeeld wordt aangegeven dat het bij een cliënt met sondevoeding in het verleden veel tijd kostte voordat deze zorg goed geregeld was. Met behulp van de gespecialiseerde teams is veel deskundigheid opgebouwd, en wordt inmiddels een aanzienlijk groter aantal cliënten met sondevoeding thuis verpleegd. Men overweegt om deze zorg nu weer over te dragen naar de wijkverpleegkundige volwassenenzorg, omdat het nu wel rendabel om voor alle wijkverpleegkundigen op dit gebied bijscholing te organiseren.

3.2.3 Ouder- en kindzorg

Uit de interviews blijkt dat de meeste leidinggevendenden slechts zijdelings op de hoogte zijn van de ouder en kindzorg. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de ouder- en kindzorg en de volwassenenzorg sinds de scheiding twee tamelijk gescheiden circuits zijn geworden. De indruk bestaat dat deskundigheid van wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg sinds de afscheiding van de volwassenenzorg aanzienlijk is toegenomen. Dit is ook de opvatting van wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn in de ouder- en kindzorg. Zij zijn van mening dat ze ouders nu kwalitatief betere zorg te bieden hebben.

4 DE POSITIE VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven met betrekking tot de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Deze resultaten zijn gebaseerd op de interviews met zowel wijkverpleegkundigen als leidinggevenden.

Uit deze interviews blijkt dat de huidige positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep in belangrijke mate wordt beïnvloed door de toenemende marktwerking in de zorgsector en de verandering van 'input' naar 'output' financiering. Door de beperkte budgetten en afspraken met ziektekostenverzekeraars is veel nadruk ontstaan op de produktiviteit van de zorgverlening. Een tweede belangrijke ontwikkeling is de integratie tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging. Dit heeft onder andere bevorderend gewerkt voor het ontstaan van verticale functiedifferentiatie, het loskoppelen van intake en zorgverlening, en de scheiding tussen ouder- en kindzorg en volwassenenzorg. Een derde ontwikkeling die van invloed is op de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep is de toename van transmurale zorg. Met behulp van de transmurale zorg wordt verschuiving van ziekenhuiszorg naar thuiszorg gestimuleerd. Ook kunnen cliënten langer thuis blijven wonen voordat zij worden opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis.

In dit hoofdstuk wordt op basis van deze ontwikkelingen eerst ingegaan op kansen en bedreigingen voor de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Vervolgens wordt beschreven hoe wijkverpleegkundigen omgaan met deze kansen en bedreigingen. Tenslotte wordt ingegaan op mogelijke oplossingen voor het verkleinen van de bedreigingen, en het vergroten van de kansen.

4.1 Kansen en bedreigingen

In deze paragraaf worden zowel kansen als ook bedreigingen aangegeven van achtereenvolgens de toenemende marktwerking; de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging; en de toename van transmurale zorg.

4.1.1 De toenemende marktwerking

4.1.1a Kansen als gevolg van de toenemende marktwerking

Zorgcoördinatie

De toenemende marktwerking en de verandering van 'input' naar 'output' financiering maken het noodzakelijk dat wijkverpleegkundigen zich profileren. Wijkverpleegkundigen kunnen zich volgens leidinggevenden onder meer profileren door het totale zorgproces voor de cliënt, meer dan in de huidige situatie het geval is, te coördineren.

Inzichtelijk maken van de deskundigheid van wijkverpleegkundigen

In het kader van de marktwerking zal de specifieke deskundigheid van wijkverpleegkundigen volgens leidinggevenden zowel duidelijk moeten worden gemaakt naar patiënten- en consumentenorganisaties, als ook naar overheden en financiers. In dit kader is het dus noodzakelijk dat wijkverpleegkundigen inzichtelijk maken welke activiteiten er nodig zijn om de zorg voor de cliënt te coördineren. Ook zal het belang van de preventieve zorg in de toekomst goed onderbouwd moeten worden, zowel in termen van effecten als in termen van besparingen op langere termijn.

4.1.1b Bedreigingen als gevolg van de toenemende marktwerking

Als gevolg van de marktwerking moeten thuiszorgorganisaties de zorg die zij verlenen inzichtelijk maken. Daarom wordt deze zorg tegenwoordig als produkt gedefinieerd. Verschillende zorgprodukten, gebaseerd op activiteiten in de directe cliëntenzorg, vormen de basis voor de financiering van de thuiszorgorganisatie als geheel. Afspraken over de aard van deze zorgprodukten en de financiering hiervan worden gemaakt tussen de zorgverzekeraars, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT). In het kader van de outputfinanciering worden tevens productieafspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Als gevolg hiervan hanteren thuiszorgorganisaties produktienormen. Deze produktienormen zijn richtlijnen die enerzijds tot uiting komen in de tijd die hulpverleners per dag gemiddeld moeten besteden aan de directe cliëntenzorg. Anderzijds wordt er voor de gedefinieerde zorgprodukten gewerkt met normtijden. Zo wordt er voor een insuline-injectie bijvoorbeeld gesproken over een norm van 10 minuten.

Hoewel deze produktienormen per organisatie verschillen, worden ze door wijkverpleegkundigen over het algemeen hoog geacht. Als bedreigingen voor de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep worden de volgende aandachtspunten onderscheiden.

Onvoldoende tijd voor zorgcoördinatie en voor preventieve zorg

Verantwoording afleggen en het inzichtelijk maken van de verleende zorg wordt in principe gezien als een goede zaak. Het nadeel is evenwel dat het op sommige aspecten ook heel moeilijk is. De nadruk op de produktiviteit van de zorg heeft er toe bijgedragen dat voornamelijk de gemakkelijk te definiëren zorgaspecten worden gefinancierd. Als gevolg van de krappe financiering wordt volgens leidinggevenden vooral gekeken naar concrete resultaten, en naar gezondheidseffecten op korte termijn. De noodzaak van een insuline-injectie is bijvoorbeeld heel duidelijk, en als deze injectie niet wordt toegediend zijn de gevolgen direct zichtbaar. Daarentegen zijn de effecten van bijvoorbeeld een voorlichtingsgesprek, minder concreet, en daardoor moeilijker aantoonbaar.

Wijkverpleegkundigen hebben de indruk dat zij hierdoor nog hoofdzakelijk tijd hebben voor de curatieve zorg. Het coördineren van de zorg wordt volgens hen bijvoorbeeld belemmerd door de produktienormen. Zorgcoördinatie betekent ook overleg met andere hulpverleners, zorgplannen maken en de rapportage hiervan in de dossiers. Hiervoor is volgens wijkverpleegkundigen onvoldoende tijd beschikbaar. Leidinggevenden wijzen erop dat afspraken met de zorgverzekeraars zijn gebaseerd op contacten in de directe cliëntenzorg, en dat zowel zorgcoördinatie als preventieve zorg niet apart gedefinieerd zijn als zorgprodukt. Dit betekent dat hierover met de zorgverzekeraars geen productieafspraken worden gemaakt, en dat deze vorm van zorg niet zelfstandig wordt gefinancierd.

Eigen bijdrage-regeling

Doordat er recent een eigen bijdrage-regeling is ingevoerd hebben cliënten verder op financiële gronden aangegeven dat zij van de zorgverlening afzagen. Het gaat dan voornamelijk om de preventieve gezondheidszorg. Wijkverpleegkundigen vrezen dat door de eigen-bijdrageregeling de toegankelijkheid van de preventieve (ouder- en kind)zorg wordt bedreigd.

Onvoldoende tijd voor het ontwikkelen van de aandachtsgebieden

Door de nadruk op de produktiviteit van de directe cliëntenzorg is er verder onvoldoende tijd beschikbaar voor het ontwikkelen van de aandachtsgebieden. Enerzijds draagt de hoge werkdruk er toe bij dat wijkverpleegkundigen zelf soms prioriteiten leggen bij de directe cliëntenzorg, waardoor de tijd die beschikbaar is voor het aandachtsgebied niet altijd wordt gebruikt. Anderzijds heeft het ontwikkelen van de aandachtsgebieden betrekking op de zogenaamde niet-produktieve uren. Wanneer de produktienormen onder druk komen te staan heeft ook het management soms de neiging om de

aandachtsgebieden niet meer de hoogste prioriteit te verlenen.

Wijkverpleegkundigen kunnen hierdoor de indruk krijgen dat er van verschillende kanten aan hen getrokken wordt. Enerzijds moet er worden geïnvesteerd in de aandachtsgebieden, en omdat de kwaliteit van de zorg hierdoor kan worden verbeterd, wordt dit door het management gestimuleerd. De thuiszorgorganisatie kan zich hierdoor profileren. Maar anderzijds moet er ook productie worden gemaakt.

Meerwaarde wijkverpleegkundigen onvoldoende duidelijk

Als algemene bedreiging voor de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep wordt dan ook geconcludeerd dat de meerwaarde van de wijkverpleegkundige beroepsgroep onvoldoende duidelijk is, doordat wijkverpleegkundigen zich onvoldoende (kunnen) profileren. Daarnaast is slechts beperkte financiële ruimte om te investeren in een vernieuwd zorgaanbod, bijvoorbeeld in de vorm van de aandachtsgebieden en de functie van praktijkverpleegkundige. Wanneer de thuiszorgorganisaties en wijkverpleegkundigen er niet in slagen een vernieuwd zorgaanbod te creëren achten leidinggevenden het dan ook denkbaar dat de functie van wijkverpleegkundige volwassenenzorg binnen de reguliere thuiszorgorganisatie wordt afgebouwd. Wijkziekenverzorgenden, of verpleegkundigen in de wijk, kunnen dan worden gezien als een goedkoper alternatief. Bij wijkverpleegkundigen bestaat er in dit opzicht angst voor ontslagen. Andere leidinggevenden wijzen er daarentegen op dat wanneer dit gebeurt, zij ook bezorgd zijn voor de toekomst van de thuiszorgorganisatie. De specifieke deskundigheid van de wijkverpleegkundige beroepsgroep is volgens hen voor de zorg aan de cliënt namelijk wel essentieel.

4.1.2 De integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging

4.1.2a Kansen als gevolg van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging

Een zorginhoudelijke regiefunctie binnen de teams

Door de integratie tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging kan de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden worden verbeterd. Door hun opleiding zijn wijkverpleegkundigen volgens leidinggevenden deskundig voor het vervullen van een zorginhoudelijke regiefunctie binnen de teams. Het streven is daarbij dat de zorg voor de cliënt inhoudelijk wordt gecoördineerd, en dat mogelijkheden van gezinsverzorgenden, wijkziekenverzorgenden en verpleegkundigen in de wijk optimaal worden benut.

4.1.2b Bedreigingen als gevolg van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging

Eerder is aangegeven dat de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging onder andere bevorderend heeft gewerkt voor het ontstaan van verticale functiedifferentiatie; het loskoppelen van intake en zorgverlening; en de scheiding tussen ouder- en kindzorg en volwassenenzorg. Als bedreigingen voor de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep worden de volgende aandachtspunten onderscheiden.

Van cliëntgericht verplegen naar taakgericht verplegen

De sterke nadruk op de produktiviteit van de zorg leidt in combinatie met de losgekoppelde intake- en indicatiestelling en de verticale functiedifferentiatie tot taakgericht verplegen in plaats van integrale zorgverlening. In de huidige omstandigheden wordt hierdoor veel nadruk gelegd op de handelingen die moeten worden verricht, en is er weinig oog is voor de situatie waarin deze handelingen moeten worden verricht.

Onvoldoende aandacht voor de kwaliteit van de zorg

Volgens wijkverpleegkundigen komt het dan ook regelmatig voor dat medewerkers van een (te) laag deskundigheidsniveau bij de zorgverlening worden ingezet, zoals bijvoor-

beeld ongediplomeerde gezinsverzorgenden. Deze medewerkers signaleren minder gezondheidsproblemen. Dit is hen niet geleerd. Mede doordat een zorginhoudelijke regiefunctie binnen de geïntegreerde teams vaak ontbreekt, worden gezondheidsproblemen bij de cliënt hierdoor pas in een (te) laat stadium gesignaleerd. Volgens wijkverpleegkundigen komt dit regelmatig voor, en gaat het daarbij niet slechts om incidenten. Wijkverpleegkundigen wijzen er verder op dat cliëntenbesprekingen in de geïntegreerde teams er veelal op gericht zijn dat er een planning moet komen. Het overleg is onvoldoende zorginhoudelijk. In verband hiermee wordt aangegeven dat in de geïntereerde teams vaak slechts enkele wijkverpleegkundigen werkzaam zijn, en dat de opleidingsverschillen met de veelal ongediplomeerde gezinsverzorgenden groot zijn. Zowel wijkverpleegkundigen als sommige leidinggevendenden zijn van mening dat er hierdoor onvoldoende aandacht is voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Verslechterde samenwerking met de huisartsen

Door de integratie tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging is de samenwerking met de huisartsen verslechterd. De huisarts moet nu bijvoorbeeld voor een intake de zorgcentrale bellen in plaats van de wijkverpleegkundige. Door de fusie met de gezinsverzorging zijn thuiszorgorganisaties ten opzichte van de voormalige kruisverenigingen veel grootschaliger geworden. Huisartsen hebben hierdoor te maken met vele medewerkers van verschillende deskundigheidsniveau's. Wijkverpleegkundigen zijn in deze groep in aantal in de minderheid. Huisartsen weten meestal niet meer wie van hen de wijkverpleegkundige is, en hoe zij deze wijkverpleegkundige kunnen bereiken. Dit effect wordt versterkt doordat de veelal oudere cliënten vaak zelf ook geen onderscheid kunnen maken tussen de verschillende zorgverleners. Voor hen zijn alle medewerkers van de thuiszorgorganisatie een 'zuster'.

Overlegmogelijkheden met collega wijkverpleegkundigen

Terwijl de wijkverpleegkundige beroepsgroep in de voormalige kruisverenigingen in ruime mate was vertegenwoordigd, maken zij als professionals in de bureaucratische thuiszorgorganisaties slechts een klein deel uit van het totale personeelsbestand. Dit komt de belangenbehartiging van de zorg voor de cliënt en de belangenbehartiging van de beroepsgroep zèlf niet ten goede. Wijkverpleegkundigen zijn van mening dat zij in de geïntegreerde zorgteams onvoldoende gelegenheid hebben om met elkaar te overleggen.

Wijkverpleegkundigen en het management

Terwijl wijkverpleegkundigen in de geïntegreerde teams onvoldoende gelegenheid hebben om met elkaar te overleggen, wordt de belangenbehartiging van de beroepsgroep verder benadeeld doordat behalve intakekers ook managers in de geïntegreerde thuiszorgorganisaties vaak geen verpleegkundige achtergrond meer hebben. Hierdoor hebben deze managers volgens wijkverpleegkundigen en volgens sommige leidinggevendenden over het algemeen minder 'feeling' met de (problemen in de) directe cliëntenzorg. Over het geheel is de discussie met het management volgens een aantal leidinggevendenden de afgelopen tijd vooral gericht geweest op de produktiviteit, kostprijzen en verzuimbesteding. Zorginhoudelijk ontwikkelingen, en de discussies hierover, zijn naar de achtergrond verdwenen.

4.1.3 De toename van transmurale zorg

4.1.3a Kansen als gevolg van de toename van transmurale zorg

Nieuwe functies en zorgvormen

Transmurale zorg heeft tot gevolg dat er nieuwe functies voor wijkverpleegkundigen

ontstaan, zoals bijvoorbeeld de functie van liaisonverpleegkundige. Ook stijgt de behoefte aan specialistische zorgverlening in de thuissituatie. Met behulp van nieuwe zorgvormen, zoals bijvoorbeeld transmurale spreekuren voor chronisch zieken in samenwerking met medisch specialisten of verpleegkundige spreekuren voor diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk, kan de zorg voor de cliënt worden verbeterd. In die zin zijn er volgens leidinggevendenden kansen in het verschuiven van taken van de medische professie naar de verpleegkundige discipline. Bij de zorg voor chronisch zieken kunnen wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld taken vervullen op het gebied van voorlichting, instructie en begeleiding.

Samenwerking met ziekenhuizen en verzorgingshuizen verbeteren

(Specialistische) kennis van wijkverpleegkundigen kan volgens leidinggevendenden verder worden benut om de samenwerking met ziekenhuizen en verzorgingshuizen te verbeteren. Wijkverpleegkundigen kunnen in verzorgingshuizen bijvoorbeeld een consultfunctie vervullen. Zo is in één organisatie een consulente wond- en stomazorg werkzaam die zo deskundig is dat zij door de huisarts wordt geconsulteerd bij particuliere cliënten, en bij cliënten die zijn opgenomen in een verzorgingshuis.

Teams die gespecialiseerd zijn in medisch technisch handelen kunnen er verder toe bijdragen dat meer cliënten thuis kunnen worden verpleegd. Vanwege de specialistische kennis die vereist is op het gebied van medisch technisch handelen wordt deze zorg vaak opgezet in nauwe samenwerking met de ziekenhuizen.

Alert zijn op specifieke behoeften van (bepaalde categorieën) zorgvragers

Een kans die door de marktwerking en de transmurale zorg ontstaat is wanneer wijkverpleegkundigen alert zijn op specifieke behoeften van (bepaalde categorieën) zorgvragers. Op basis hiervan kunnen zij de zorg innoveren, en nieuwe 'zorgproducten' ontwikkelen, waarvoor financiering te vinden is. De consulente wond- en stomazorg die eerder als voorbeeld is genoemd, heeft haar functie bijvoorbeeld ontwikkeld op basis van signalen uit de praktijk. Zo werd eerder duidelijk dat huisartsen op dit gebied weinig vertrouwen hadden in de deskundigheid van wijkverpleegkundigen. De verpleegkundig specialist heeft dit signaal opgepakt, en om deze reden een bijscholing ambulante compressietherapie (zwachtelen) georganiseerd binnen de thuiszorgorganisatie. Vervolgens heeft zij tijd beschikbaar gekregen om als consulente te gaan werken. Doordat er veel vraag was is deze tijd zodanig uitgebreid dat deze consulente nu haar volledige werktijd besteed aan activiteiten ten behoeve van deze categorie cliënten.

4.1.3b Bedreigingen bij de toename van transmurale zorg

Beperkte financiële middelen

Leidinggevendenden wijzen erop dat de financiële middelen van thuiszorgorganisaties om een vernieuwd zorgaanbod te creëren beperkt zijn. Zo wordt bijvoorbeeld aangegeven dat men de functie van gespecialiseerde verpleegkundige graag uit zou willen breiden, maar dat de financiële middelen hiertoe ontbreken. In een andere organisatie zijn experimenten met de functie van praktijkverpleegkundige om deze reden stop gezet. Wijkverpleegkundigen zijn van mening dat hun kansen om de transmurale zorg gestalte te geven beperkt zijn, omdat dit nog maar op kleine schaal voorkomt. Zij zien in dit opzicht slechts beperkte doorgroeimogelijkheden.

Concurrentie met ziekenhuizen

Met betrekking tot de transmurale zorg kunnen ziekenhuizen samenwerkingsafspraken maken met de thuiszorgorganisaties. Leidinggevendenden wijzen erop dat wanneer thuiszorgorganisaties onvoldoende aan de vraag naar thuiszorg tegemoet kunnen komen, ziekenhuizen in de toekomst ook kunnen besluiten om zelf een thuiszorgdivisie op te zetten. De uitstroom van verpleegkundigen van de eerste naar de tweede lijn kan dan een bedreiging vormen voor de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Wijkverpleegkundigen kunnen hierdoor dan minder kansen krijgen om de transmurale

zorg zelf gestalte te geven.

4.2 Hoe gaan wijkverpleegkundigen om met kansen en bedreigingen?

Wijkverpleegkundigen voelen zich bedreigd

Over het algemeen voelen wijkverpleegkundigen zich bedreigd. Wijkverpleegkundigen geven aan dat er veel ontwikkelingen achter elkaar zijn geweest, en dat ze hierover vanuit het management vaak onvoldoende en te laat zijn geïnformeerd. Volgens één leidinggevende reageren wijkverpleegkundigen reactief doordat het management in thuiszorgorganisaties vaak nog hiërarchisch stuurt, zoals dat ook gebruikelijk was binnen de voormalige instellingen voor gezinsverzorging. Binnen de wijkverpleegkundige beroepsgroep is hierdoor een soort gelatenheid ontstaan. Wijkverpleegkundigen hebben de indruk dat ze veel deskundigheid in huis hebben, maar vragen zich af of de thuiszorgorganisatie daar wel behoefte aan heeft.

Geen bewuste keuzes

Eén leidinggevende wijst er verder op dat het lange tijd zo is geweest dat wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden vinden dat ze het werk samen moeten verdelen. Tradities spelen hier een belangrijke rol, waarbij keuzes niet altijd bewust worden gemaakt. Ook wijkverpleegkundigen zijn van mening dat keuzes ten aanzien van de directe cliëntenzorg soms worden gemaakt op verkeerde gronden. Men kijkt dan bijvoorbeeld naar wie er tijd heeft, en of een bezoek aan een cliënt op de route ligt, terwijl er meer zou moeten worden gekeken naar de gewenste deskundigheid.

Bij leidinggevendens bestaat verder de indruk dat sommige wijkverpleegkundigen niet meer op het eerste deskundigheidsniveau functioneren omdat zij een voorkeur hebben voor uitvoerende taken in de directe cliëntenzorg.

Wijkverpleegkundige beroepsgroep is verdeeld

Leidinggevendens hebben de indruk dat wijkverpleegkundigen zichzelf over het algemeen onvoldoende zien als beroepsgroep en dat zij geneigd zijn om zich afhankelijk op te stellen van de organisatie. Als voorbeeld wordt aangegeven dat slechts weinig wijkverpleegkundigen lid zijn van een beroepsorganisatie. Verder bestaat de indruk dat wijkverpleegkundigen over het algemeen beperkt vakliteratuur lezen, en dat zij buiten hun werktijd weinig met hun beroep bezig zijn. Wel verschillen wijkverpleegkundigen hierin onderling. Een kleine groep is actief en probeert op constructieve wijze de positie van wijkverpleegkundigen te verbeteren. Daarentegen heeft men de indruk dat er ook een groep is die berust, en dat er verder een groep is die door alle ontwikkelingen gefrustreerd is geraakt. Zowel leidinggevendens als wijkverpleegkundigen zijn van mening dat wijkverpleegkundigen collectief nog onvoldoende gebruik maken van de kansen die er zijn.

4.3 Mogelijke oplossingen

Eerder zijn zowel kansen als ook bedreigingen aangegeven van achtereenvolgens de toenemende marktwerking, de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging en de toename van transmurale zorg. In deze paragraaf wordt per ontwikkeling aangegeven welke oplossingen in de interviews zijn aangegeven voor het verkleinen van de bedreigingen en het vergroten van de kansen.

4.3.1 Oplossingen voor bedreigingen door de toenemende marktwerking

1. Financiering voor zorgcoördinatie en preventieve zorg

Zowel wijkverpleegkundigen als leidinggevenden wijzen erop dat de zorg meer procesgericht moet worden gegeven en dat de hulpvraag minder statisch moet worden beoordeeld. Er moet niet alleen worden gekeken naar de handelingen die moeten worden verricht. Methodisch werken is hiervoor volgens wijkverpleegkundigen een goede oplossing. In dit kader wordt door leidinggevenden aangegeven dat er in de toekomst een aparte financieringsstructuur nodig is voor zorgcoördinatie. Dit geldt ook voor de preventieve zorg. Dit betekent dat er zowel voor zorgcoördinatie als voor preventieve zorg formele produktkaders moeten komen.

De discussie over deze financiering moet volgens leidinggevenden worden gevoerd via de landelijke koepels, bijvoorbeeld via de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV).

2. Handvatten nieuwe kwalificatiestructuur

Wijkverpleegkundigen moeten zich ervan bewust zijn dat het onderscheid met wijkzikenverzorgenden en verpleegkundigen in de wijk in de toekomst duidelijker moet worden. Volgens leidinggevenden moeten zij accepteren dat er in de toekomst een verschuiving van taken plaats moet vinden.

Als mogelijke oplossing noemt één leidinggevende dat de nieuwe kwalificatiestructuur handvatten kan geven. Aan wijkverpleegkundigen zou expliciet gevraagd kunnen worden welke positie zij in de toekomst in willen nemen. Daarbij wordt bedoeld of zij voornamelijk uitvoerende taken willen verrichten, of ook taken op het vijfde functieniveau.

3. Belangenbehartiging wijkverpleegkundige beroepsgroep

Er moeten meer wijkverpleegkundigen lid worden van een beroepsorganisatie. Dit komt de belangenbehartiging van de beroepsgroep ten goede.

4. De eigen-bijdrageregeling moet weer worden afgeschaft.

Met betrekking tot de politiek is door leidinggevenden aangegeven dat er meer rust moet komen. De marktwerking moet worden beperkt, zodat er meer aandacht kan worden besteed aan zorginhoudelijke ontwikkelingen. Verder zijn zowel wijkverpleegkundigen als leidinggevenden van mening dat de eigen-bijdrageregeling weer moet worden afgeschaft.

4.3.2 Oplossingen voor bedreigingen door de integratie tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging

1. Instellen van wijkgerichte zorgteams

Om de sociale betrokkenheid bij cliënten te vergroten moeten er volgens wijkverpleegkundigen binnen de grootschalige thuiszorgorganisaties weer kleinere zorgteams worden ingesteld. Wanneer wijkverpleegkundigen in kleinere teams kunnen werken zien zij een oplossing door gezinsverzorgenden meer dan in de huidige situatie te begeleiden. Dit is volgens hen dan geen leidinggevende, maar meer een coachende rol.

2. Van geïntegreerde teams weer terug naar functieteams

In tegenstelling tot bovenstaande oplossing geven leidinggevenden aan dat in sommige organisaties inmiddels de keuze is gemaakt om op korte termijn opnieuw aparte functieteams voor verpleging en verzorging in te stellen, zoals gebruikelijk was voor de integratie van het kruiswerk met de gezinsverzorging. Deze keuze is gemaakt omdat wijkverpleegkundigen in geïntegreerde teams onvoldoende met elkaar kunnen overleggen. Eén leidinggevende geeft aan dat de keuze tussen geïntegreerde teams en functieteams om deze reden in de organisatie opnieuw ter discussie staat. Eén organisa-

tie die op korte termijn opnieuw aparte functieteams in wil stellen voor verpleging en verzorging hoopt hierdoor mogelijkheden te creëren om te starten met intercollegiale toetsing, en voor het implementeren van kwaliteitsstandaarden.

Wijkverpleegkundigen geven zelf aan dat zij binnen de geïntegreerde thuiszorgorganisaties als beroepsgroep in ieder geval meer bijeenkomsten zouden moeten hebben met elkaar.

3. Meer overleg tussen management en wijkverpleegkundigen

Zowel leidinggevenden als wijkverpleegkundigen geven verder aan dat het management en wijkverpleegkundigen méér met elkaar in gesprek moeten raken. Daar moet volgens hen tijd voor vrij worden gemaakt worden. Eén leidinggevende is bijvoorbeeld van mening dat aan wijkverpleegkundigen meer uitleg zou moeten worden gegeven over actuele ontwikkelingen binnen de organisatie. Het management zou volgens haar meer procesmatig met deze ontwikkelingen om moeten gaan. Aanvullend hierop is aangegeven dat het werkoverleg niet alleen functioneel zou moeten zijn, maar ook inhoudelijk. Een voorstel is om hier thema's te bespreken, zoals bijvoorbeeld de marktwerking. Ook kunnen actuele ontwikkelingen worden opgenomen in een personeelsblad.

Verder is aangegeven dat er meer zorginhoudelijke discussies moeten worden gevoerd, waarbij aan wijkverpleegkundigen moet worden gevraagd wat zij vinden dat er met de thuiszorg moet gebeuren. (In dit kader kunnen volgens Kanters (1997) bijvoorbeeld richtlijnen over de produktiviteit van de zorg worden besproken). Hierdoor kunnen zorginhoudelijke opvattingen van wijkverpleegkundigen meer betrokken worden in het beleid van de thuiszorgorganisatie.

Op zorginhoudelijk gebied kunnen wijkverpleegkundigen ook meer inspraak krijgen in het beleid door middel van een verpleegkundige adviesraad. Deze oplossing wordt zowel voorgesteld door leidinggevenden als door wijkverpleegkundigen. Wanneer wijkverpleegkundigen medeverantwoordelijk worden voor het beleid dat wordt gevoerd zal het automatisme waarmee wijkverpleegkundigen het niet eens zijn met het beleid volgens sommige leidinggevenden ook kleiner worden.

4. Verbetering samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen

Om de bereikbaarheid van wijkverpleegkundigen voor huisartsen en cliënten te verbeteren moet er volgens wijkverpleegkundigen opnieuw een wijkverpleegkundig spreekuur worden ingesteld.

Een wijkverpleegkundige wijst erop dat de beroepsgroep experimenten met de functie van praktijkverpleegkundige goed zal moeten benutten, zodat daar in de toekomst een structurele financiering voor gevonden kan worden.

5. Maatschap van wijkverpleegkundigen

Een andere mogelijke oplossing, die door wijkverpleegkundigen wordt aangegeven, is dat zij kunnen besluiten om als maatschap te gaan werken. De thuiszorgorganisatie kan hen dan eventueel inhuren.

4.3.3 Oplossingen voor bedreigingen bij de toename van transmurale zorg

1. Investeren in de aandachtsgebieden

Leidinggevenden geven aan dat wanneer er wordt geïnvesteerd in de aandachtsgebieden, aantoonbaar kan worden gemaakt dat de cliënt hier profijt van heeft. Op basis hiervan kunnen met betrekking tot de transmurale zorg dan ook 'zorgprodukten' worden ontwikkeld waar financiering voor te vinden is.

2. Wetenschappelijk onderzoek

Eén leidinggevende merkt op dat wijkverpleegkundigen gebruik kunnen maken van (resultaten van) wetenschappelijk onderzoek. Hiermee kunnen bijvoorbeeld effecten van interventies door wijkverpleegkundigen worden aangetoond (die betrekking hebben op

transmurale zorg).

LITERATUUR

- Assema, P. van Mesters, I. Kok, G. Het focusgroep-interview: een stappenplan. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg; 70, 1992, no.7, p.431-437
- Basch, C.E. Focus Group Interview: An Underutilized Research Technique for Improving Theory and Practice in Health Education. Health Education Quarterly; 14, 1987, no.4, p.411-448
- Boeije, H.R., A.W.L. van den Dungen, A. Pool, M. Grijpdonck & P.A.H. van Lieshout. Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging. Utrecht: de Tijdstroom, 1997
- Boekholdt, M.G. & A. Cavallaro. Deskundigheid in het gedrang. Rapportage over deskundigheidsbevordering wijkverpleegkundigen ten behoeve van LVT en STOOM. Utrecht: AdviesGroep Diemen & van Gestel, 1994
- Bruin, de A., E.C. Ruiter & A. Kerkstra. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging: meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht: NIVEL, 1996
- Commissie Kwalificatiestructuur. Gekwalificeerd voor de toekomst. Zoetermeer/Rijswijk: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen/Ministerie van VWS, 1996
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg. Gedeelde zorg: betere zorg. Zoetermeer: Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994
- GITP. Leiding geven aan professionals (kursusmateriaal). Tilburg: GITP, 1997
- Jansen P. & A. Kerkstra. Functiedifferentiatie in de thuiszorg: de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende nader omschreven. Utrecht: NIVEL, 1993
- Jansen, P. & A. Kerkstra. Effecten van functiedifferentiatie in de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1995
- Jansen, P. Differentiated practice and specialization in community nursing. Utrecht/Maastricht: proefschrift, 1996
- Kanters, H. & H. Huysmans. Ondernemend verplegen?: paradoxen van verpleegkundige managementparticipatie in de thuiszorg. Tijdschrift voor verpleegkundigen; 107, 1997, no. 22. p.666-670.
- Keuning, D., D.J. Epping. Management en Organisatie. Theorie en Toepassing. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese, 1990
- Lieshout, F. van & J. Dijkers. Het opleidingsstelsel nog eens verkend: docenten en praktijkbegeleiding hebben nog veel vragen. Tijdschrift voor verpleegkundigen; 107, 1997, no.14, p.418-422
- Maso, I. Kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Boom Meppel, 1987
- Miles M.B. & A.M. Huberman. Qualitative data analyses. A sourcebook of New Methods. Beverly Hills: SAGE Publications, 1984
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Heroverwegingsonderzoek 'Van Samen werken naar Samengaan': gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rapport van de heroverwegingsgroep doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, februari 1990a
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Definitief kabinetsstandpunt met betrekking tot het Heroverwegingsrapport 'Van Samenwerken naar Samengaan': gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, februari 1990b
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Verpleegkundig Beroepsprofiel. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Functiedifferentiatie in de verpleging. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990
- Nuhn, A. Kalm aan met het PGB. De feiten en gevolgen van de regeling persoonsgebonden budget. Nursing '96; 1, 1996, no. 6. p.46-51
- Persoon, A., A. Francke, D. Temmink & A. Kerkstra. Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatie op basis van
-

gegevensbestanden. Utrecht: NIVEL, 1996

Peeters, B., K. Huisman & A. Appelman. Kritisch kwaliteitsprofiel voor de extramurale verpleging. Deel 2. Kritische standaarden en toetsingsinstrumenten voor jeugdgezondheidszorg. Utrecht: Lemma BV, 1995

Stevens, F.C.J. & H. Philipsen. De bureaucrativering van het medisch specialistisch ambacht: M & O Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid; 42, 1988, no. , p. 168-179

Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg. Ouder worden in de toekomst. Tussenbalans. Rijswijk: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1987a

Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg. Kanker in Nederland. Deel 1 Scenarioreport. Scenario's over kanker 1985-2000. Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema & Holkema, 1987b

Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg. Chronische ziekten in het jaar 2005. Deel 2 Scenario's over CARA 1990-2005. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum, 1990

Verheij, R., Caris-Verhallen, W. & A.Kerkstra. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Utrecht:NIVEL, 1993

Vorst-Thijssen, T. van den Brink-Muinen, A. & A. Kerkstra. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1990

Welling, B.J.M., D.M.J. Delnoij & D.H. Bakker. De praktijkverpleegkundige in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1997

Wester, F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Muiderberg: Coutinho, 1987

Windt, van der , W., H. Calsbeek & L. Hingstman. Verplegenden en verzorgenden in kaart gebracht. Utrecht: NZi/NIVEL, 1997

BIJLAGE 1: SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW

I Functies die wijkverpleegkundigen uitoefenen binnen de organisatie waar u zelf werkzaam bent.

- 1a Welke verschillende functies oefenen wijkverpleegkundigen in uw organisatie uit en wat zijn de benamingen van deze functies?
 - 1b Kunt u per functie aangeven welke taken er aan de functie gekoppeld zijn?
 - 1c Wat zijn de opleidingseisen per functie (basisopleiding, bijscholing)?

 - 2 Waarom was het nodig om de verschillende functies in te voeren (wat waren de problemen)?
 - 2a Wat vinden wijkverpleegkundigen ervan dat deze functies zijn ingevoerd?
 - 2b Voldoen deze functies voor het management aan de verwachtingen?

 - 3 Is het wenselijk dat deze functies en/of de daarbij behorende taken worden veranderd of dat er nieuwe functies worden ingevoerd? Wat is hiervoor de reden?
 - 3a Wat is volgens u de mening van wijkverpleegkundigen?
 - 3b Wat is de mening van het management?

 - 4 Hoe komt het dat de huidige functie-indeling en de gewenste functie-indeling van elkaar verschillen, wat zijn de knelpunten?
 - 4a Wat zouden wijkverpleegkundigen antwoorden op deze vraag?
 - 4b Wat is de mening van het management?

 - 5 Wat zijn mogelijke oplossingen voor de genoemde knelpunten?
 - 5a Welke oplossingen zien wijkverpleegkundigen volgens u?
 - 5b Welke oplossingen ziet het management?
-

II De positie van wijkverpleegkundigen.

- 1 Welke ontwikkelingen beïnvloeden de huidige positie van de wijkverpleegkundigen?
 - 1a Hoe denken wijkverpleegkundigen hier volgens u over?
 - 1b Wat is de opvatting van het management?

- 2 Hoe gaan de wijkverpleegkundigen hier volgens u mee om?
 - 2a Wat zouden verpleegkundigen op deze vraag antwoorden?
 - 2b Wat zou het management op deze vraag antwoorden?

- 3 Wat zijn mogelijke oplossingen voor het verkleinen van bedreigingen en het vergroten van kansen?
 - 3a Wat is volgens u de mening van de wijkverpleegkundigen?
 - 3b Wat is volgens u de mening van het management?

BIJLAGE II: FOCUS-GROEPSINTERVIEW: ONDERWERPEN DIE MOGELIJK AAN DE ORDE KOMEN

I De positie van wijkverpleegkundigen.

- 1 Welke ontwikkelingen in de thuiszorg beïnvloeden de huidige positie van de wijkverpleegkundigen; wat zijn de kansen en bedreigingen voor de wijkverpleegkundige beroepsgroep?
 - 2 Hoe gaan wijkverpleegkundigen met deze kansen en bedreigingen om?
 - 3 Wat zijn mogelijke oplossingen voor het verkleinen van bedreigingen en het vergroten van kansen?
-

II Functies die wijkverpleegkundigen uitoefenen binnen de organisatie waar u zelf werkzaam bent.

- 1 De verschillende functies die de afgelopen jaren zijn ontstaan binnen de wijkverpleging, de bijbehorende functiebenamingen en opleidingseisen en de taken die aan deze functies gekoppeld zijn.
- 2 Wat vinden wijkverpleegkundigen van de verschillende functies die de afgelopen jaren zijn ingevoerd?
- 3 Is het volgens wijkverpleegkundigen wenselijk dat deze functies en/of de daarbij behorende taken worden veranderd of dat er nieuwe functies worden ingevoerd? Wat is hiervoor de reden?
- 4 Hoe komt het volgens wijkverpleegkundigen dat de huidige functie-indeling en de gewenste functie-indeling van elkaar verschillen, wat zijn de knelpunten?
- 5 Welke mogelijke oplossingen zien wijkverpleegkundigen voor genoemde knelpunten?

BIJLAGE 3: FUNCTIES, TAKEN EN FUNCTIE-EISEN

Functies betreffende de aanmelding

1. Medewerker zorgcentrale

Deze medewerker draagt zorg voor de eerste aanmelding en selectie. Zij is deskundig om zorginhoudelijk vragen te beantwoorden en kan zonodig doorverwijzen. Het achterliggend idee is dat de telefonische bereikbaarheid goed geregeld moet zijn, en dat hiervoor een professionele invalshoek noodzakelijk is.

Bij deze functie kunnen de volgende taken worden onderscheiden:

- * zorg voor aanmelding, afhandeling en distributie van hulpvragen;
- * informatievoorziening aan klanten;
- * behandeling en doorverwijzing van alarmmeldingen;
- * coördineren van de dagelijkse werkzaamheden in de centrale;
- * (soms) aantal managementtaken (regelt bijv. oproep en inzet van personeel).

De eisen voor deze functie zijn HBO-V en ervaring in de thuiszorg, eventueel aangevuld met een managementopleiding.

Functies betreffende de intake en indicatiestelling

1. Medewerker intakebureau

Deze functionaris is verantwoordelijk voor de intake- en indicatiestelling wanneer er bij de thuiszorgorganisatie een hulpvraag binnenkomt.

Bij deze functie kunnen de volgende taken worden onderscheiden:

- * het voeren van intakegesprekken ten behoeve van de indicatiestelling;
- * informeren van de cliënt;
- * zonodig doorverwijzen naar andere organisaties/hulpverleners;
- * bij acute hulpvragen onmiddellijke hulpinzet regelen;
- * registreren en rapporteren van intakegegevens;
- * overdracht van de indicatiestelling naar het betreffende zorgteam;
- * uitvoeren van herindicaties;
- * signaleren van leemtes in het zorgaanbod van eigen organisatie.

De eisen voor deze functie zijn een HBO-opleiding in de verpleging of maatschappelijk werk, aangevuld met een aantal jaren ervaring in de thuiszorg. Bij de meeste organisaties verrichten intakepersoneel met een verpleegkundige achtergrond de intakes bij verpleegkundige hulpvragen en gecombineerde hulpvragen en intakepersoneel met een opleiding als maatschappelijk werker de intake bij hulpvragen voor gezinsverzorging.

2. Transferverpleegkundige/liaisonverpleegkundige

De liaisonverpleegkundige is werkzaam in het ziekenhuis. Deze functie is meestal ingesteld om de overdracht van de zorgverlening voor de cliënt vanuit het ziekenhuis naar huis te verbeteren.

Bij deze functie kunnen de volgende taken worden onderscheiden:

- * selecteren van patiënten die na het ontslag uit het ziekenhuis nazorg nodig hebben;
- * verrichten van intake en het stellen van een indicatie voor wijkverpleging en/of gezinsverzorging en andere benodigde nazorg;
- * regelen van machtigingen van ziektekostenverzekeraars;
- * voeren van multidisciplinair overleg inzake de minimaal noodzakelijke zorgverlening en het realiseren van de randvoorwaarden voor ontslag;
- * coördinatie en overdracht van de zorg van het ziekenhuis naar de thuiszorgorganisatie;
- * bevorderen van optimale communicatie en afstemming, door o.a. het signaleren, onderkennen en in overleg met betrokkenen adequaat oplossen van knelpunten;

- * signaleren van veranderingen op de gezondheidszorgmarkt en het bespreken daarvan met betrokken partijen, en hierop actief inspelen.

De eisen voor deze functie zijn een opleiding HBO-V of Verpleegkundige A met MGZ-opleiding, aangevuld met relevante werkervaring in het ziekenhuis en de thuiszorg. Soms wordt voorkeur gegeven aan wijkverpleegkundigen die ervaring hebben met geautomatiseerde administratie.

Functies in de thuiszorg voor volwassenen

1. Wijkverpleegkundige volwassenenzorg

De wijkverpleegkundige volwassenenzorg is gericht op de verpleging van volwassen cliënten. Bij deze functie kunnen globaal de volgende taken worden onderscheiden:

- * intake- en indicatiestelling (soms)
- * verzorgende en begeleidende taken, waaronder het verlenen van complexe- en hoog-complexe zorg;
- * diagnostische en therapeutische taken, zoals bijvoorbeeld het verzorgen van wonden en het toedienen van medicatie;
- * preventieve en voorlichtende taken, zoals bijvoorbeeld het observeren en signaleren bij de cliënt van symptomen van ziekte en handicap op lichamelijk, geestelijk en sociaal terrein;
- * coördinerende taken, zoals het afstemmen van de zorg als er meerdere hulpverleners bij de cliënt betrokken zijn;
- * rapportage, waaronder het opstellen van een individueel verpleegplan;
- * belangenbehartiging van de zorg voor de cliënt voor zover de cliënt daartoe zelf niet in staat is;
- * taken op het terrein van de beroepsontwikkeling, zoals het op peil houden van de eigen kennis en vaardigheden.

De opleidingseisen voor wijkverpleegkundige volwassenenzorg zijn HBO-V of Verpleegkundige A met MGZ.

2. Praktijkverpleegkundige.

De praktijkverpleegkundige werkt al dan niet in de huisartsenpraktijk, ten behoeve van cliënten van de betreffende huisarts.

De gedachte is dat door een intensieve samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts, de praktijkverpleegkundige een aantal taken kan overnemen die op verpleegkundig terrein liggen en die de huisartsen nog steeds verrichten en waar zij tevens te weinig aan toekomen. Zo worden bijvoorbeeld taken naar de praktijkverpleegkundige gedelegeerd bij de uitvoering van bepaalde NHG-standaarden.

Bij de doelgroep gaat het om zorgintensieve en meestal chronische patiënten, zoals patiënten met astma, diabetes, reuma, ulcus cruris, ouderen met multiple pathologie, patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen.

Doordat de functie van praktijkverpleegkundige op de meeste plaatsen nog maar sinds kort is ingevoerd, zijn de taken die de praktijkverpleegkundige uitvoert binnen ieder project vaak anders. Bovendien is het takenpakket nog in ontwikkeling.

Taken die bijvoorbeeld kunnen worden onderscheiden zijn:

- * begeleidende taken, bijvoorbeeld met betrekking tot het hanteren van leefregels bij een bepaald ziektebeeld;
- * diagnostische en therapeutische taken, zoals bijvoorbeeld wondbeoordeling en -behandeling, of het prikken van bloedsuikers;
- * preventieve en voorlichtende taken, zoals bijvoorbeeld het geven van voedingsadviezen of instructie bij het gebruik van medicatie;
- * coördinerende taken, zoals bijvoorbeeld het coördineren van een opname in de tweede lijn;
- * taken op het terrein van de beroepsontwikkeling, zoals het op peil houden van de

eigen kennis en vaardigheden.

Bij de functie-eisen voor de praktijkverpleegkundige wordt gesproken van verpleegkundige A plus MGZ of HBO-V.

3. *Wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied*

De wijkverpleegkundige met een aandachtsgebied is gericht op de verpleging van volwassen cliënten. Het gaat bij deze functie om wijkverpleegkundigen die een gedeelte van hun tijd, bijvoorbeeld 4 uur per week, beschikbaar hebben voor een bepaald aandachtsgebied. Daarnaast werken ze als generalist binnen de volwassenenzorg. Deze functie heeft ook betrekking op wijkverpleegkundigen die medisch technisch handelen als aandachtsgebied hebben.

Met betrekking tot deze functie zijn de volgende taken aangegeven:

- * het verplegen van cliënten die tot het aandachtsgebied horen;
- * het op verzoek van andere collega's en disciplines geven van informatie en advies;
- * het organiseren van bijscholing en/of instructiebijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen;
- * deelname aan bijeenkomsten van wijkverpleegkundigen die hetzelfde aandachtsgebied hebben (wisselend benoemd als bijvoorbeeld vakgroepen, kwaliteitsgroepen of secties);
- * taken op het terrein van de beroepsontwikkeling, waaronder het op peil houden van de eigen kennis en vaardigheden ten aanzien van het aandachtsgebied.

De opleidingseisen zijn een opleiding HBO-V of verpleegkundige A met MGZ, aangevuld met minimaal een aantal jaren ervaring binnen de wijkverpleging en een cursus die betrekking heeft op het aandachtsgebied, zoals bijvoorbeeld van de Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen (SSSV).

4. *Gespecialiseerde verpleegkundige*

Deze verpleegkundigen zijn gespecialiseerd in de zorgverlening aan een bepaalde categorie cliënten (bijvoorbeeld CARA). Deze verpleegkundigen besteden hun volledige werktijd aan activiteiten ten behoeve van de categorie cliënten waarin zij deskundig zijn. Verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in medisch technisch handelen maken vaak deel uit van een team dat gespecialiseerd is in medisch technisch handelen. Zij besteden hun volledige werktijd aan activiteiten ten behoeve van cliënten waarbij gecompliceerde medisch-technische handelingen worden verricht.

Bij de functie van gespecialiseerd verpleegkundige zijn de volgende taken aangegeven:

- * het verplegen van de categorie cliënten waarin de verpleegkundige gespecialiseerd is;
- * op verzoek van andere collega's en disciplines geven van informatie en advies.
- * het organiseren van bijscholing en/of instructiebijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen;
- * deelname aan bijeenkomsten van wijkverpleegkundigen die hetzelfde aandachtsgebied hebben, soms als voorzitter (wisselend benoemd als bijvoorbeeld vakgroepen, kwaliteitsgroepen of secties);
- * taken op het terrein van de beroepsontwikkeling, waaronder het op peil houden van de eigen kennis en vaardigheden ten aanzien van het aandachtsgebied.

De functie-eisen voor gespecialiseerde verpleegkundigen zijn HBO-V of verpleegkundige A met MGZ plus een aantal jaren ervaring in de thuiszorg, aangevuld met een opleiding op het gebied van de specialisatie. Daarbij wordt zowel gesproken over een post-HBO opleiding tot verpleegkundig specialist, als éénmaal over een cursus van de Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen (SSSV).

Ten behoeve van het medisch technisch handelen worden behalve wijkverpleegkundigen ook A-verpleegkundigen aangesteld, die een specialisatie hebben op het gebied van intensive care, anesthesie of de operatiekamer. Vaak wordt op het gebied van de thuiszorgtechnologie ook een aanvullende cursus aangeboden.

Functies binnen de ouder- en kindzorg

1. Wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg

De wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg is gericht op preventieve zorg voor ouders en kinderen bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Behalve de preventieve gezondheidszorg voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar, verricht deze verpleegkundige soms ook curatieve zorg voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar.

Bij de functie van wijkverpleegkundige ouder- en kindzorg kunnen de volgende taken worden onderscheiden:

- * het afleggen van standaardhuisbezoeken en huisbezoeken naar aanleiding van een hulpvraag;
- * het verlenen van verpleegkundige consulten tijdens het consultatiebureau;
- * het houden van een telefonisch spreekuur;
- * het geven van groepsvoorlichting;
- * het verrichten van screeningsactiviteiten, zoals de Ewing-gehoortest en de hielprik PKU/CHT screening;
- * taken op het terrein van de beroepsontwikkeling, waaronder het op peil houden van de eigen kennis en vaardigheden ten aanzien van de ouder- en kindzorg.

De eisen voor deze functie zijn HBO-V of verpleegkundige A met MGZ.