



Expertisegebied

wijkverpleegkundige

juni 2019

v&vn

Colofon

Het Expertisegebied wijkverpleegkundige is ontwikkeld in opdracht van
V&VN-vakgroep Wijkverpleegkundigen

Auteur

Henk Rosendal

Projectgroep

Nienke Bleijenberg

Mariska de Bont

Henk Rosendal

Marjolein Zilverentant

Eindredactie

Cuno van Merwijk

Vormgeving en druk

MullerVisual Communication Amsterdam

Foto's

Milan Vermeulen en Guus Pauka

Juni 2019

© V&VN Het is toegestaan teksten uit deze uitgave over te nemen, mits de juiste bron is vermeld.


ISBN/EAN: 978-90-78995-54-8


Dit project wordt mogelijk gemaakt door



ZonMw

Inhoud

Inleiding	4
Hoofdstuk 1: de wijkverpleegkundige	8
1.1. Wijkverpleging en wijkverpleegkundige	9
1.2. Cliënten	11
1.3. De werkomgeving van de wijkverpleegkundige	11
hoofdstuk 2: trends	14
2.1. Van zorgen voor naar zorgen dat	15
2.2. Demografie en epidemiologie	15
2.3 Vraag naar wijkverpleging en arbeidsmarkt	17
2.4. Preventie	17
2.5 Zorgtechnologie	18
2.6 Samenwerking	19
2.7. Kennisagenda Wijkverpleging	19
2.8. Wetenschappelijke tafel wijkverpleging	19
Hoofdstuk 3: brondocumenten en evaluatie	20
3.1. Brondocumenten	21
3.2. Evaluatie expertisegebied	23
Hoofdstuk 4: de competenties van de wijkverpleegkundige	24
4.1. De zorgverlener	26
4.2. De gezondheidsbevorderaar	27
4.3. De communicator	28
4.4. De samenwerkingspartner	29
4.5. De reflectieve zorgprofessional	30
4.6. De wijkverpleegkundige 	31
4.7. De professional en kwaliteitsbevorderaar	32
Hoofdstuk 5: verantwoording en dankwoord	34
Bijlage 1 klankbordgroep	36
Bijlage 2 meeleesgroep	37
Bronnen	38



**“Our destiny is not
written for us, but by us”**

Barack Obama

Inleiding

De wijkverpleging is niet weg te denken uit de Nederlandse gezondheidszorg. Duizenden wijkverpleegkundigen, verzorgenden en helpenden maken het mogelijk dat mensen zo lang mogelijk verantwoord thuis kunnen blijven wonen. Wijkverpleging wordt in het Kwaliteitskader Wijkverpleging¹ omschreven als *een team dat zich met partners in de buurt inzet voor de gezondheid en zelfredzaamheid*. In dat Kwaliteitskader staat ook dat de term wijkverpleging niet identiek is met het werk van de wijkverpleegkundige. Deze hbo-opgeleide generalist voert bij de wijkverpleging de regie en wordt dan ook algemeen beschouwd als poortwachter in de zorg. Dit is bevestigd in de aanspraak 'wijkverpleging', die sinds 1 januari 2015 onderdeel uitmaakt van de Zorgverzekeringswet (artikel 2.10). Mede hierdoor heeft de wijkverpleegkundige een unieke en stevige positie ingenomen in de gezondheidszorg.

In maart 2012 verscheen het Beroepsprofiel verpleegkundige². Hierin zijn de algemene competenties van verpleegkundigen – ongeacht de setting waarin zij werken - beschreven. Gezien het ook toen al bijzondere karakter van het wijkverpleegkundige beroep is in het najaar van 2012, in aanvulling op dat beroepsprofiel, het Expertisegebied wijkverpleegkundige³ verschenen. Hierin staan de specifieke competenties waarover wijkverpleegkundigen moeten beschikken, beschreven aan de hand van de 7 CanMEDS¹ -rollen¹¹.

Intusselven zijn we een aantal jaar verder. De positie van de wijkverpleegkundige in de eerstelijns zorg is verder verstevigd, hetgeen past in het gevoerde overheidsbeleid⁴. Mede door de genoemde aanspraak in de Zorgverzekeringswet heeft de wijkverpleegkundige zich verder geprofessionaliseerd en is er behoefte ontstaan aan een actualisatie van het Expertisegebied. Voorafgaand is er onder wijkverpleegkundigen, docenten en studenten een inventarisatie gehouden. Hierin is gevraagd naar zowel de inhoud als bruikbaarheid van het Expertisegebied uit 2012. Dit onderzoek is in 2018 uitgevoerd door de Hogeschool Utrecht, en is gefinancierd door ZonMw. De uitkomsten daarvan vormen samen met diverse brondocumenten (zie Hoofdstuk 3) input voor deze tweede, en geactualiseerde versie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige die hier voorligt.

Voor wie?

Het Expertisegebied wijkverpleegkundige is vanzelfsprekend primair bedoeld voor alle wijkverpleegkundigen, ongeacht de organisatievorm waarin zij actief zijn. Het beschrijft over welke competenties zij moeten beschikken, wat zij moeten kennen en kunnen. Hierdoor is het ook bruikbaar als 'kapstok' voor jaar- en/of functioneringsgesprekken. Daarnaast is het voor cliënten en hun naasten van belang om te weten wat zij mogen verwachten van hun wijkverpleegkundige(n). Ook voor andere zorgprofessionals is het, bijvoorbeeld in het kader van samenwerking, goed om te weten over welke competenties wijkverpleegkundigen beschikken. Dat geldt niet alleen voor 'externe' partners zoals huisartsen, maar ook voor 'interne' partners, zoals teamleden.

Voor opleidingen (bachelor en post-bachelor) is dit Expertisegebied belangrijk, het beschrijft immers de competenties waarover wijkverpleegkundigen moeten beschikken. Het dient dus als basis voor de curricula. Ook voor organisaties

I CanMEDS, een samentrekking van Canadian Medical Education Directives for Specialists, is een methodiek om opleiding en bij- en nascholing voor zorgverleners te kwalificeren in termen van competenties.

II In de CanMEDS-terminologie is het juist om te spreken van 'competentiegebieden' dan van 'rollen'. Daarom zal deze term in het vervolg van dit expertisegebied gehanteerd worden.

waar wijkverpleegkundigen in dienst zijn is het van belang, zodat zij de randvoorwaarden kunnen scheppen en passende functieprofielen kunnen ontwikkelen. Het document is ook bedoeld voor teamleiders, managers en bestuurders van organisaties die wijkverpleging bieden. Ten slotte is het ook belangrijk voor zorgverzekeraars, zij kopen immers voor hun cliënten de wijkverpleegkundige zorg in.

Leeswijzer

In Hoofdstuk 1 wordt de wijkverpleegkundige functie geschetst. Er wordt kort ingegaan op de cliënten en de unieke werkomgeving van de wijkverpleegkundige. Daarna worden in Hoofdstuk 2 de voor de wijkverpleegkundige meest relevante trends beschreven. Het gaat om zowel demografische, epidemiologische, politieke als maatschappelijke ontwikkelingen. Vervolgens wordt in Hoofdstuk 3 ingegaan op de brondocumenten voor dit Expertisegebied. Ook worden hier de belangrijkste resultaten van de in 2018 uitgevoerde evaluatie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige beschreven. Hoofdstuk 4 is het hart van dit document: hier worden de competenties van de wijkverpleegkundige anno 2019 en de jaren erna beschreven. Ten slotte is een verantwoording van de gevolgde werkwijze bij de totstandkoming van dit document opgenomen in Hoofdstuk 5.

1



De wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is als generalistische zorgprofessional een cruciale speler in de eerstelijns gezondheidszorg. Gericht op het bevorderen van gezondheid en eigen regie van mensen, en het omgaan met de uitdagingen van het leven, verbindt de wijkverpleegkundige zorg met zowel het medische als het sociale domein. Om het mogelijk te maken dat mensen langer en verantwoord thuis kunnen blijven wonen, gaat het niet alleen om het zo effectief en doelmatig inzetten van de benodigde zorg. Toenemend wordt de nadruk gelegd op (alle vormen van) preventie. In deze uitdagende functie is de verpleegkundige zowel op micro-, meso- als macroniveau actief. Zij^{III} staat in direct contact met cliënten en hun omgeving: een autonome zorgprofessional die veelal in een organisatie werkt, en die de belangrijke externe politieke en maatschappelijke ontwikkelingen volgt en in zijn dagelijks werk weet te integreren. Vanuit zijn vakinhoudelijke professionaliteit toont de wijkverpleegkundige hierin leiderschap. Dat vraagt om betrokkenheid bij mensen, maar ook om lef. De wijkverpleegkundige is een zichtbare en unieke speler in de eerstelijns zorg.

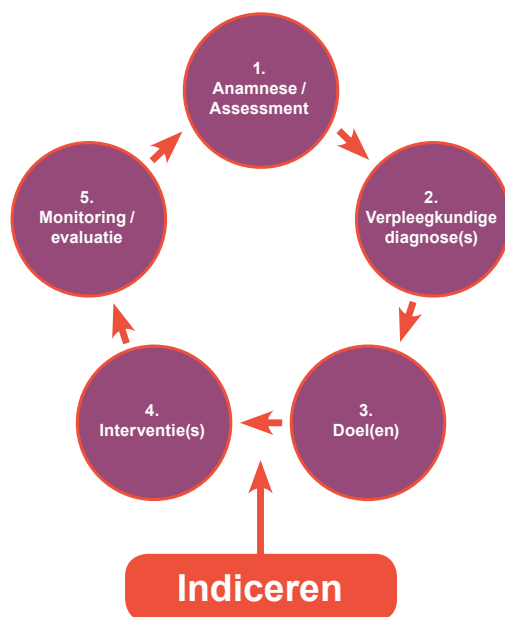
1.1 WIJKVERPLEGING EN WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Wijkverpleging omvat meer dan het wijkverpleegkundige domein. In de praktijk werken er verschillende zorgverleners met uiteenlopende deskundigheids- en kwalificatieniveaus⁵ samen. Qua deskundigheidsniveau betreft het helpenden (niveau 2), verzorgenden en verzorgenden IG (niveau 3), mbo-verpleegkundigen (niveau 4) en generalistische wijkverpleegkundigen (niveau 5). Daarnaast is er verschil in kwalificatieniveau van opleiding (in Nederland omschreven met NLQF, in Europa met EQF). Daarbij komt mbo-niveau overeen met NLQF 4 en hbo-niveau met NLQF 6. Bovendien is er in de praktijk vaak ondersteuning van gespecialiseerde verpleegkundigen (NLQF 4 of 6), en soms van een master-opgeleide verpleegkundige (NLQF 7).

Zoals in de eerste versie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige staat, is de wijkverpleegkundige een hbo-opgeleide verpleegkundige die handelt op basis van professionele autonomie en die de spil is van de zorg in de wijk. Het betreft daarbij niet alleen de op de individuele cliënt toewijsbare zorgtaken, maar ook diens directe omgeving, zoals familie en naasten. Bovendien betreft het preventieve activiteiten in de omgeving van de cliënt: de wijk. In 2015 waren er ongeveer 7.500 wijkverpleegkundigen actief in Nederland⁶.

De aanspraak 'wijkverpleging' in de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit 2015 is van belang voor de wijkverpleegkundige, aangezien daarin wordt bepaald dat de wijkverpleegkundige de rechtmatigheid van die aanspraak vaststelt. Dit komt er kortweg op neer dat de wijkverpleegkundige op basis van een (brede) anamnese de juiste verpleegkundige diagnose(s) stelt. Op basis daarvan worden samen met de cliënt de te behalen doelen geformuleerd, waarna de wijkverpleegkundige, ook weer in samenspraak met de cliënt, de benodigde interventies bepaalt. Dit laatste staat ook bekend als het indiceren, de meest in het oog springende verandering die de Zvw-aanspraak teweeg heeft gebracht. Dit indiceren – het bepalen welke zorg nodig is – is onderdeel van het verpleegkundige proces, en gebeurt in de regel nadat samen met de cliënt de te behalen doelen zijn geformuleerd (zie figuur 1.1). Hoewel op zich het indiceren betrekking heeft op het moment dat wordt vastgesteld welke zorg (aard en omvang) nodig is, zijn alle stappen in het verpleegkundige proces van belang om dit zorgvuldig en onderbouwd te kunnen doen⁷. Dit geheel van zorgvuldig, onderbouwd en transparant doorlopen van alle stappen in het verpleegkundige proces staat ook bekend als klinisch, of verpleegkundig redeneren⁸.

III Daar waar zij staat, kan ook hij worden gelezen.



Figuur 1.1 Het verpleegkundige zorgproces

Na het indiceren ziet de wijkverpleegkundige toe op een juiste uitvoering. De wijkverpleegkundige organiseert de benodigde zorg en monitort in hoeverre de beoogde zorgresultaten zijn behaald. Dit kan leiden tot continueren, afsluiten of aanpassen van de zorg. Ook veranderingen in de situatie van de cliënt kunnen leiden tot een herindicatie van de benodigde zorg. Deze ‘inbedding’ van het indiceren in het verpleegkundige zorgproces is ook vastgelegd in het Normenkader Indiceren en organiseren van zorg⁹ van V&VN uit 2014.

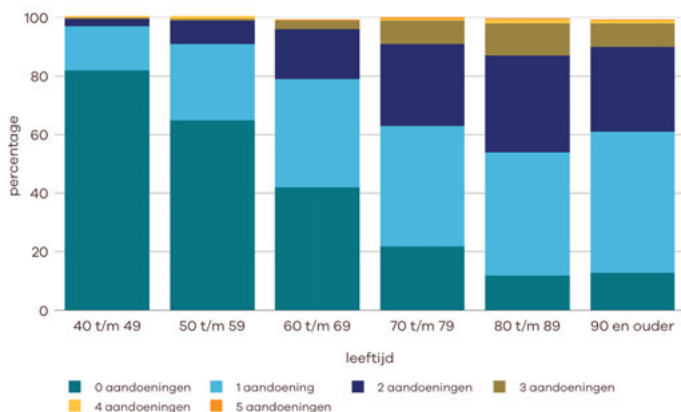
De verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige is niet beperkt tot een enkel aspect, zoals indiceren, maar omvat het gehele verpleegkundige zorgproces, dat de wijkverpleegkundige onderbouwd en transparant doorloopt. Vanaf 2015 heeft de wijkverpleegkundige zich hier (weer) in bekwaamd, en de beroepsgroep ontwikkelt zich op dit gebied steeds verder, door onderwijs en intercollegiaal toetsen. Dit zal de komende jaren naar verwachting leiden tot een verbetering van de kwaliteit van het indiceren.

Daarnaast zal er in de toekomst meer gebruik worden gemaakt van de wetenschappelijke onderbouwing van het wijkverpleegkundige handelen. Die is op dit moment nog mager. Inmiddels is er door de beroepsgroep in samenwerking met V&VN eind 2018 een Kennisagenda Wijkverpleging¹⁰ (zie ook Hoofdstuk 3) vastgesteld. Hierin zijn 150 vragen opgesteld waarvoor meer onderbouwing is gewenst. De komende jaren wordt verdere onderbouwing van het handelen en uitkomsten van zorg steeds belangrijker om antwoord te geven op de vraag wat doen wijkverpleegkundigen en wat levert het op.

Mede hierdoor zal de wijkverpleegkundige steeds steviger worden gepositioneerd in de eerstelijns zorg, als spil naast de huisarts. Een goede samenwerking tussen beiden is cruciaal om mensen langer, verantwoord thuis te laten wonen. De wijkverpleegkundige fungeert daarbij als ‘poortwachter’ voor de zorg. De huisarts voor de ‘cure’, de wijkverpleegkundige voor de ‘care’. Van groot belang is daarbij de directe toegankelijkheid, zonder financiële barrières voor de cliënt, die vanaf 2015 geldt.

1.2 CLIËNTEN

In 2017 ontvingen 455.000 ouderen wijkverpleging¹¹. Gemiddeld ontvingen zij 5,2 uur zorg per week, gedurende een periode van gemiddeld 4.5 maanden¹². Van deze mensen gebruikt 99 procent geneesmiddelen, 95 procent komt ook in het ziekenhuis en 79 procent gebruikt een hulpmiddel. Naarmate de leeftijd stijgt neemt niet alleen de morbiditeit, maar ook de co-morbiditeit toe (zie figuur 1.2).



Figuur 1.2. Percentage 40-plussers per leeftijdsgroep met een of meer chronische aandoeningen. (Bron: Vektis)¹³

Dit heeft vanzelfsprekend ook invloed op het aantal verpleegkundige diagnoses, die vaak, maar niet altijd, voortkomen uit chronische aandoeningen. Uit onderzoek in de wijkverpleging op basis van 120 zorgdossiers blijkt dat het aantal per cliënt gestelde verpleegkundige diagnoses gemiddeld op tien ligt¹⁴.

Per maand ontvangen ongeveer 270.000 mensen wijkverpleging¹⁵. De zorg die zij ontvangen omvat gemiddeld vier uur per week. De variatie is groot, de inzet van zorg is immers per individu afhankelijk van de wensen en (on)mogelijkheden van de cliënt zelf, de ernst van de problematiek, de sociale omgeving en de werkwijze van de betreffende zorgaanbieder. Wel zien we een ontwikkeling naar het sturen op eigen regie en zelfredzaamheid, waardoor het gemiddeld aantal uren zorg per cliënt, per week steeds verder terugloopt. Dit komt voor een deel omdat wijkverpleegkundigen steeds kritischer worden bij het inzetten van zorg: minder onterechte (dat wil zeggen: niet-onderbouwde^{VI} en niet-wenselijke) zorg, en meer gebruikmaken van hulpmiddelen en/of technologie.

1.3. DE WERKOMGEVING VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Feitelijk maken alle wijkbewoners onderdeel uit van de doelgroep van wijkverpleegkundigen. Sommigen van hen zijn daadwerkelijk in zorg, anderen ervaren de wijkverpleegkundigen vooral door interventies die zijn gericht op selectieve preventie. De doelgroep is dus net zo gevarieerd als de Nederlandse samenleving. Die variatie uit zich in verschillen in leeftijd, culturele achtergrond, aandoening(en), sociaaleconomische status, woonsituatie, et cetera. Dit impliceert dat de wijkverpleegkundige een generalist is, met bekwaamheden op vele terreinen. Deze worden in Hoofdstuk 4 nader beschreven.

IV Onderbouwd houdt hier in dat de ingezette zorg goed beargumenteerd, en waar mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke en/of professionele inzichten, wordt uitgevoerd.

Wijkverpleegkundigen werken nauw samen met de omgeving van de cliënt, zoals mantelzorgers. Deze worden waar mogelijk betrokken bij de zorg, en waar nodig ook ondersteund. Mede hierdoor wordt het voor de cliënt mogelijk om lang(er) thuis te kunnen blijven wonen. Naast de directe, nabije omgeving van de cliënt, spelen ook de buurt en de wijk een belangrijke rol als het gaat om gezondheid. Immers, veel factoren die van invloed zijn op onze gezondheid spelen hier een rol. Denk bijvoorbeeld aan onze directe leefomgeving, werk, school, lucht, groen, et cetera. De wijk als geheel kan daarom ook wel worden beschouwd als een soort 'cliënt' van de wijkverpleegkundige. Hiermee doet de wijkverpleegkundige zijn naam weer recht, en blijft de werkomgeving niet beperkt tot 'achter de voordeur'.

Nu bevindt zich achter die voordeur wel een heel belangrijk werkterrein van de wijkverpleegkundige. Deze is te gast bij de cliënt en zijn naasten, en gaat met hen vaak een langdurige relatie aan. Gemiddeld bijna een halfjaar, maar vaak veel langer. De wijkverpleegkundige beweegt met respect voor de cliënt en diens leefomgeving mee, en formuleert samen met de cliënt de te behalen doelen. Dit vergt een intensieve samenwerking, waarbij de dialoog centraal staat. Daarbij is iedere cliënt anders, net als zijn leefsituatie en prognose. Dit vraagt van wijkverpleegkundigen niet alleen een proactieve houding en veel inlevings- en improvisatievermogen, maar ook ondernemerschap¹⁶ om de noodzakelijke zorg en hulpmiddelen adequaat te organiseren.

De wijkverpleegkundige beseft dat zij, of een andere medewerker, maar beperkte tijd bij de cliënt aanwezig kan zijn. Wijkverpleging is wel 24 uur per dag bereikbaar, maar niet direct aanwezig. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige bij vertrek altijd 'vooruitdenkt' tot het volgende bezoek. Een goede risicoanalyse is daarbij essentieel: is het veilig om de cliënt in deze situatie achter te laten?

Wijkverpleging omvat een integraal aanbod van zorg en ondersteuning, en is niet slechts een sluitstuk na ziekenhuisopname. Er is 'thuis' steeds meer mogelijk, ook voorafgaand aan of zelfs in plaats van ziekenhuisopname. De komende jaren zal ziekenhuisverplaatste zorg een snelle ontwikkeling doormaken. Ook dit aspect maakt van de wijkverpleging een centrale pijler van onze gezondheidszorg.

Om dit alles mogelijk te maken beschikt de wijkverpleegkundige over een breed extern netwerk, waarmee intensief wordt samengewerkt. Bijvoorbeeld met de huisarts. Maar dit netwerk is niet beperkt tot het zorgdomein. Zo verbindt de wijkverpleegkundige wonen, welzijn en zorg met elkaar. Ook het interne netwerk, dat vaak bestaat uit medewerkers van diverse niveaus en expertises (zie ook paragraaf 1.1), moet zodanig worden ingezet dat de beoogde zorgresultaten worden behaald. Het 'meenemen' van het hele betrokken netwerk is niet altijd eenvoudig. Dit vereist inhoudelijk leiderschap, met zowel communicatieve als organisatorische vaardigheden. Dit alles maakt van de wijkverpleegkundige een allround professional die acteert in een complexe context.

2



Vele ontwikkelingen hebben invloed op het beroep van de wijkverpleegkundige. De belangrijkste worden hieronder kort beschreven. De implicaties van deze ontwikkelingen zijn ook terug te vinden in Hoofdstuk 4, waar ingegaan wordt op de benodigde competenties.

2.1. VAN ZORGEN VOOR NAAR ZORGEN DAT

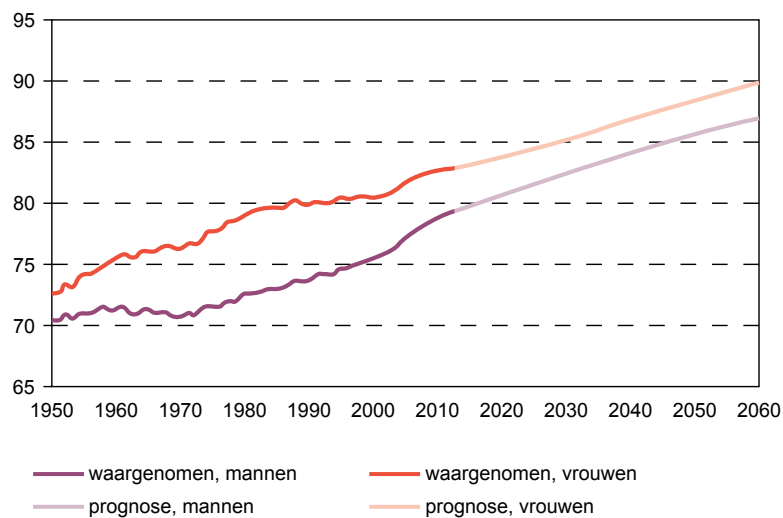
Al geruime tijd wordt met deze slogan¹⁷ het streven aangegeven om activiteiten die cliënten zelf kunnen uitvoeren ook echt door henzelf te laten uitvoeren. En deze niet over te nemen, ook al gaat dat soms sneller. Wijkverpleegkundigen zijn niet alleen gericht op wat cliënten niet (meer) kunnen, maar vooral op wat er wél mogelijk is. Zij onderzoeken wat de mogelijkheden van cliënten zelf zijn, wat hun omgeving hierbij kan betekenen, en of inzet van technologie mogelijk is. Pas als hierin niets (meer) mogelijk is, wordt overgegaan tot overnemen van activiteiten. Dit is een trendbreuk met de AWBZ-periode (periode voor 2015), toen er een stevige prikkel bestond om juist veel over te nemen. Nu wijkverpleging uit de Zorgverzekeringswet wordt bekostigd, ligt bovendien in toenemende mate de nadruk op de uitkomsten van zorg en minder op het uitvoeren van verrichtingen. 'Zorgen dat' betekent in dit verband dan ook vooral 'zorgen dat er resultaten worden behaald'. Dat cliënten (weer) meer activiteiten zelf uitvoeren, kan één van de resultaten zijn.

Deze trend is illustratief voor de bredere cultureel-maatschappelijke trend om anders naar gezondheid te kijken. Minder in termen van ziekte, en meer in termen van gedrag. Een voorbeeld hiervan is het concept positieve gezondheid van Huber¹⁸, dat vooral uitgaat van gedrag. Een ander voorbeeld in dezelfde traditie is de gezondheidsdefinitie van Blaxter¹⁹, die onderscheid maakt tussen een ziektegerichte omschrijving van gezondheid, een omschrijving in termen van 'kunnen omgaan met aandoeningen en de gevolgen ervan', en de mate van fitheid en welzijn. In de praktijk werken wijkverpleegkundigen feitelijk met deze laatste, bredere omschrijving van gezondheid: soms vooral met de gevolgen – en het voorkomen van - aandoeningen, soms met de manier van coping, en soms met het bevorderen van fitheid en welzijn. Of een combinatie daarvan. Hier valt ook uit af te leiden dat het competentiegebied van gezondheidsbevorderaar de komende jaren steeds prominenter zal worden voor de wijkverpleegkundige. Hier wordt in Hoofdstuk 4 verder op ingegaan.

Een ander aspect van deze trend is de toenemende aandacht voor de uitkomsten van zorg. Welke doelen wil en kan de cliënt bereiken, en wat zijn daarvoor de meest passende interventies? Dit kan alleen als er in de voorgaande fase van het verpleegkundig proces de juiste verpleegkundige diagnoses zijn gesteld. Het onderbouwd en transparant doorlopen van deze fasen van het verpleegkundig zorgproces staat ook bekend als klinisch, of verpleegkundig redeneren. Deze vaardigheid staat centraal in het verpleegkundige handelen, en is noodzakelijk om de stap 'van zorgen voor naar zorgen dat' te kunnen zetten. We streven naar een passende financiering die recht doet aan het werk van de wijkverpleegkundige waarin resultaten en preventie centraal staan.

2.2. DEMOGRAFIE EN EPIDEMIOLOGIE

De jaarlijkse ramingen van het CBS²⁰ laten duidelijk zien dat we steeds ouder worden. Dat geldt voor zowel mannen als vrouwen.



Figuur 2.1. Levensverwachting in Nederland bij geboorte (jaren) (bron: CBS).

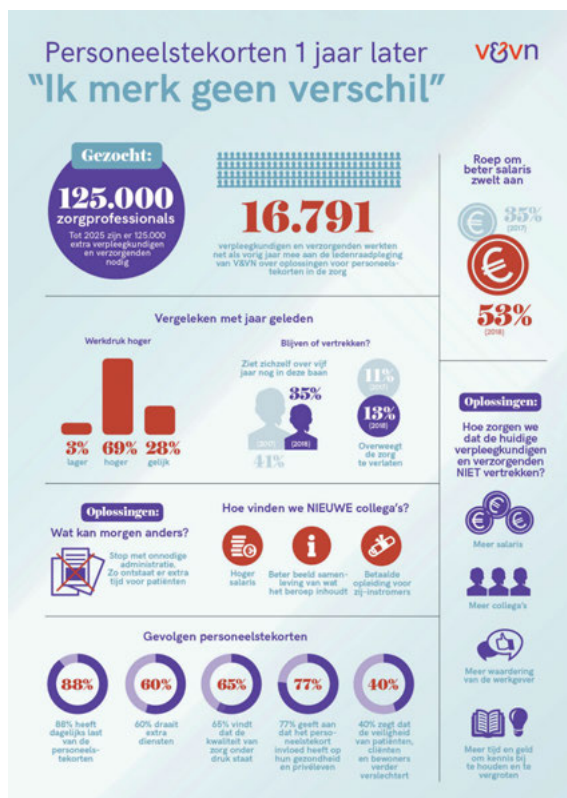
In 2017 waren er in Nederland ruim drie miljoen inwoners van 65 jaar en ouder (CBS, 2018). Dat aantal neemt naar verwachting fors toe de komende decennia: het CBS gaat ervan uit dat er in 2040 een kleine vijf miljoen 65-plussers zullen zijn. Het is met name deze groep die een beroep doet op wijkverpleging. De gemiddelde leeftijd van cliënten is op dit moment 75 jaar. Alleen al op basis van deze demografische ontwikkelingen kan ervan uit worden gegaan dat het aantal mensen dat de komende decennia wijkverpleging ontvangt fors zal toenemen.

Leeftijd en chronische aandoeningen zijn aan elkaar gerelateerd. Naarmate we ouder worden is de kans op een of meer aandoeningen groter. Zie ook figuur 1.2. De groep die hier dus het meest (maar zeker niet uitsluitend!) mee wordt geconfronteerd, en moet omgaan met deze uitdagingen, betreft 65-plussers. In 2017 telde Nederland ruim drie miljoen inwoners van 65 jaar en ouder. Van deze groep had de helft één of meer langdurige aandoeningen (zoals diabetes, hart- en vaatziekten of artrose) en gaf meer dan 50 procent aan zich beperkt te voelen door hun gezondheid (CBS, 2018). De meest voorkomende problemen waarmee ouderen te maken krijgen als gevolg van ouderdom en chronische aandoeningen, zijn eenzaamheid en functioneringsproblemen (mobiliteits- en zelfzorgproblemen). Dit maakt het langer zelfstandig thuis wonen ook moeilijk. Andere ouderdomsziekten die sterk zullen toenemen zijn dementie, aandoeningen van het bewegingsapparaat, diabetes, en gezichts- en gehoorstoornissen^{21,22}. Daarnaast worden wijkverpleegkundigen, mede vanwege de extramuralisering in de ggz, steeds vaker geconfronteerd met mensen met psychische aandoeningen. Van alle aandoeningen veroorzaken deze de grootste ziektelast voor mensen²³.

Steeds belangrijker worden de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). Mensen met een lagere sociaaleconomische status leven – in vergelijking met mensen met een hoge – acht jaar korter, leven gemiddeld 15 jaar korter zonder beperking en maar liefst 18 jaar korter in goede gezondheid. Hier wordt een enorm vermijdbaar gezondheidsverlies geleden. Uit onderzoek blijkt dat deze verschillen groter worden en veroorzaakt worden door een mix van gezondheidsdeterminanten, zoals bijvoorbeeld armoede en schulden, sociale cohesie, laaggeletterdheid, leefomgeving en leefstijl.²⁴

2.3. VRAAG NAAR WIJKVERPLEGING EN ARBEIDSMARKT

Vanwege deze demografische en epidemiologische trends ontstaat er enerzijds een groei van de behoefte aan wijkverpleging, terwijl anderzijds het arbeidspotentieel afneemt. V&VN heeft eerder de tekorten als volgt in beeld gebracht:



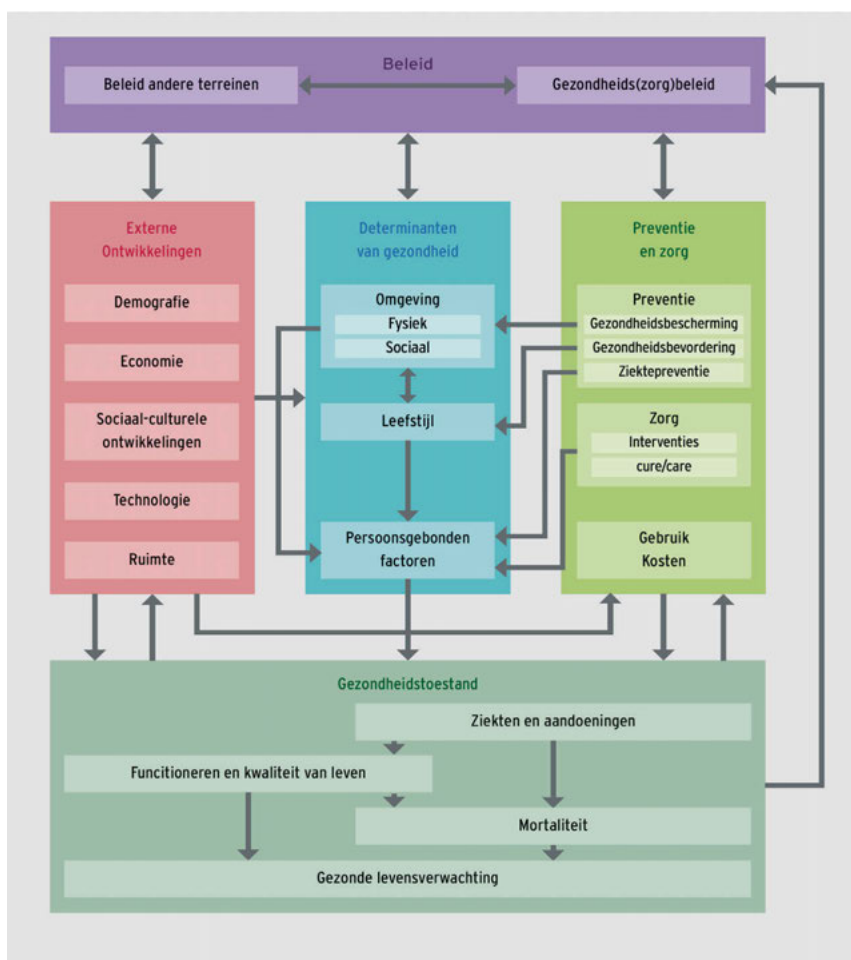
Figuur 2.2. Personeelstekorten een jaar later (bron: V&VN)

Een andere factor die bijdraagt aan deze vraagtoename is het overheidsbeleid van de afgelopen jaren. Zowel de reductie van de landelijke verpleeghuiscapaciteit als de ontmanteling van verzorgingshuizen leiden tot een extra toename van de vraag naar wijkverpleging. Woonde in 1975 75% van de 75-plussers nog zelfstandig thuis, nu is dat inmiddels 92%²⁵. Hoewel het erop lijkt dat een toenemend aantal hbo-v-studenten voor de wijkverpleging kiest, is dit vooralsnog onvoldoende om de huidige en verder toenemende, verwachte tekorten op te vullen. Bovendien is er tijd nodig voordat een pas afgestuurde hbo'er als volwaardige wijkverpleegkundige kan functioneren. Goede begeleiding en coaching van ervaren wijkverpleegkundigen is hierbij essentieel om hen te behouden voor het vak.

2.4. PREVENTIE

Mede door de stijgende vraag naar wijkverpleging en door de toenemende SEGV wordt het belang van preventie steeds groter. Preventie betreft niet alleen het voorkomen van verergering van de problemen, of van de complicaties daarvan, maar kan ook gericht zijn op het voorkomen of uitstellen (vroeg signalering) van die problemen. Was de aandacht hierbij voorheen vooral gericht op het individu en leefstijl, tegenwoordig is deze daarnaast ook gericht op de wijk. Hierbij gaat het dan vooral om selectieve preventie, die gericht is op groepen in kwetsbare omstandigheden.

Van de wijkverpleegkundige, die als geen ander thuis is in de wijk, mag worden verwacht dat zij deze groepen kent, en weet welke interventies hierbij passend zijn. Van belang hierbij is een integrale benadering, die rekening houdt met alle determinanten van gezondheid, waarvan een aantal buiten het zorgdomein ligt. Het RIVM heeft dit als volgt verbeeld:



Figuur 2.3. Determinanten van gezondheid (bron: RIVM).

Figuur 2.3. is een uitwerking van het model van Lalonde²⁶, dat ook door de WHO is geadopteerd. Het uitgangspunt is dat de gezondheid van mensen kan worden bevorderd door vroegtijdig in te grijpen op al deze determinanten van gezondheid.

2.5. ZORGTECHNOLOGIE

De inzet van zorgtechnologie in de wijkverpleging is op dit moment nog relatief bescheiden, maar kan (en moet), zowel vanuit kwaliteits- als doelmatigheidsoverwegingen, wel een grotere rol gaan spelen. Technologie kan in de zorg zowel voor cliënten als voor medewerkers worden ingezet. Te denken valt aan e-health toepassingen, monitoring op afstand, beeldzorg, zorgrobots, en medicijn dispensers. Inzet van technologie heeft gevolgen voor de praktijk, en dus ook voor de benodigde competenties van wijkverpleegkundigen.

Opleidingen anticiperen hier inmiddels steeds meer op, maar de meeste wijkverpleegkundigen zijn nog weinig vertrouwd met nieuwe, technologische mogelijkheden²⁷.

Hier liggen goede kansen om zowel de kwaliteit als doelmatigheid van zorg te bevorderen. Een grotere inzet van zorg-technologie kan echter niet van de een op de andere dag worden gerealiseerd. Het vereist een cultuuromslag, zodat het normaal wordt dat technologie waar nodig en mogelijk wordt ingezet.

2.6. SAMENWERKING

Wijkverpleegkundigen zijn samenwerkers 'pur sang'. Zoals hierboven beschreven is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor het gehele verpleegkundige zorgproces, van anamnese tot resultaat. Dit houdt in dat de wijkverpleegkundige – ongeacht de organisatievorm waarbinnen zij werkzaam is - in alle fasen van dat proces, en met uiteenlopende partners moet samenwerken om de beoogde resultaten te kunnen behalen. Allereerst is daar de continue samenwerking met de cliënt en zijn directe omgeving. Alle fasen in het verpleegkundige zorgproces worden met de cliënt afgestemd. Wat wil, weet en kan deze? En op welke wijze kan de mantelzorg hierbij worden betrokken zonder dat deze overbelast raakt? Daarnaast is er de samenwerking met het (zorg)team, dat soms omvangrijk en multidisciplinair samengesteld is, soms ook klein en monodisciplinair. De wijkverpleegkundige zal met al deze collega's goed moeten samenwerken en afstemmen om de beoogde resultaten te kunnen behalen. Ook buiten de organisatie waar de wijkverpleegkundige werkzaam is, wordt samengewerkt met zorgprofessionals, zoals huisartsen en apothekers. Maar ook met maatschappelijk werkers, paramedici, wijkagenten en buurtcoaches. Wijkverpleegkundigen beschikken over een breed en levend netwerk, zodat zij in alle fasen van het verpleegkundige zorgproces hiermee kunnen schakelen. Goed (kunnen) samenwerken wordt steeds belangrijker. Omdat de zorg steeds complexer wordt, en de wijkverpleegkundige daardoor ook meer afhankelijk is van andere partijen. Maar ook omdat de wijkverpleegkundige in het kader van de Zorgverzekeringswet verantwoordelijk is voor het gehele zorgproces, en zij nu eenmaal niet alles alleen kan. De hiervoor benodigde competenties worden beschreven in Hoofdstuk 4.

2.7. KENNISAGENDA WIJKVERPLEGING

In december 2018 is de Kennisagenda Wijkverpleging²⁸ aan de staatssecretaris van VWS aan geboden. Hierin staan de onderwerpen waar volgens de beroepsgroep zelf op dit moment nog te weinig kennis over voorhanden is. Geheel in lijn met de hierboven beschreven ontwikkelingen hebben hierin op het gebied van de beroepsinhoud de volgende onderwerpen de hoogste prioriteit gekregen: (wijkgerichte) preventie, indiceren en uitkomsten van zorg thuis. De verwachting is dat dit de komende jaren zal worden opgepakt door onderzoek en verdere implementatie onder meer door de Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging.

2.8. WETENSCHAPPELIJKE TAFEL WIJKVERPLEGING

In 2019 is de Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging (WTW) gelanceerd door het Wetenschappelijk College Verpleegkunde. Doelstelling is het stimuleren van meer praktijk gericht onderzoek. Dit past bij de snelle professionalisering van het vakgebied. De WTW gaat de komende tijd aan de slag met de uitwerking van de Kennisagenda Wijkverpleging. Die agenda is breed: van preventie, vroeg-signalering en klinisch redeneren-indiceren tot multimorbiditeit, optimale teamsamenstelling en leiderschap. Eén van de onderwerpen die met de grootste spoed wordt opgepakt is een onderzoek naar indicatiestelling.

3



Brondocumenten en evaluatie

De basis voor dit vernieuwde Expertisegebied wijkverpleegkundige ligt naast de hiervoor beschreven trends in een aantal 'brondocumenten', die de afgelopen jaren zijn verschenen. De inhoud daarvan is veelal in lijn met de beschreven trends. In dit hoofdstuk worden de meest relevante brondocumenten kort toegelicht. Daarna worden de belangrijkste resultaten van de in 2018 uitgevoerde evaluatie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige uit 2012 beschreven.

3.1 BRONDOCUMENTEN

Bachelor of Nursing 2020²⁹.



Om het beroep van (wijk)verpleegkundige goed uit te kunnen oefenen is een gedegen opleiding cruciaal. Wijkverpleegkundigen moeten minimaal een verpleegkundeopleiding op bachelor-niveau met succes hebben afgerond. De hbo-v's in Nederland zijn vertegenwoordigd in het LOOV (Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde), dat in 2015 de nieuwe opleidingseisen heeft geformuleerd in Bachelor of Nursing 2020. Alle hbo-v's hebben zich hieraan verbonden, en op basis van dit document zijn alle curricula inmiddels herzien. Hierdoor is er niet alleen meer eenduidigheid ontstaan tussen de verschillende hbo-v's, maar is ook de inhoud van de opleiding veranderd. Deze is nu meer gericht op wijkverpleging en preventie. Bovendien is het curriculum ingericht rondom de CanMEDS-competentiegebieden.

Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen³⁰



Waar het beroepsprofiel nog 2020 als richtpunt neemt legt de Commissie Kaljouw het ijkpunt in 2030. Terwijl de gezondheidszorg de afgelopen decennia gedomineerd werd door de specialistische cure kiest de commissie voor een radicaal gekanteld beeld van de gezondheidszorg en de consequenties voor de zorgberoepen van de toekomst.

Centraal daarin staat het ABCD-model, met een volgorde van prioritering:

- A: Voorzorg: alles wat we kunnen doen om zorg te voorkomen.
- B: Gemeenschapszorg: wanneer zorg nodig is, zoveel mogelijk in de eigen omgeving (wijk en buurt). Pas daarna:
- C: (Laag)complexe zorg.
- D: Hoogcomplexe gespecialiseerde zorg.

Met name voorzorg en gemeenschapszorg behoren tot het domein van de wijkverpleegkundige, die daarmee door de commissie aan de basis van de gezondheidszorg wordt geplaatst.

Visieontwikkeling V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid³¹

In 2016 heeft V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid, mede op basis van de in hoofdstuk 2 beschreven trends, haar langetermijnmissie en -visie geformuleerd: het leveren van een substantiële bijdrage aan het realiseren van de doelstellingen van het Triple Aim-concept³². Triple Aim formuleert drie strategische doelstellingen:

1. Allereerst: de gezondheid van de bevolking behouden en verbeteren.
2. Daarnaast: degenen die zorg nodig hebben, een goede kwaliteit van zorg garanderen.
3. Daardoor: vermijdbare kosten binnen en buiten de gezondheidszorg terugdringen.

Om deze doelstellingen te realiseren is een brede integrale aanpak noodzakelijk, die rekening houdt met alle determinanten van gezondheid (zie ook par 2.4).

Kwaliteitskader Wijkverpleging

In het voorjaar van 2018 verscheen dit rapport³³, waarin V&VN, ActiZ, ZorghuisNL, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben vastgelegd wat cliënten mogen verwachten van wijkverpleegkundigen, maar ook wat dezen mogen verwachten van hun werkgever. Kernbegrippen zijn preventie, en leren verbeteren, waarbij de nadruk niet meer op verrichtingen, maar op zorguitkomsten ligt.

VTV 2018 Synthese



Het RIVM publiceert iedere vier jaar de VTV (Volksgezondheid Toekomst Verkenningen). In deze documenten wordt ingegaan op de staat van de volksgezondheid, de trends en de factoren die hierbij van belang zijn. In veel gevallen zijn dit determinanten die op het domein van de wijkverpleegkunde liggen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan roken, alcoholgebruik en overgewicht. De 2018 gepubliceerde synthese Een gezond vooruitzicht³⁴ geeft ook concrete aanbevelingen voor maatregelen^{35,36} waardoor dit een zeer bruikbaar document is voor wijkverpleegkundigen. Het RIVM pleit voor een integrale aanpak, inzet van technologie en meer aandacht voor de inrichting van de leefomgeving.

Preventie-akkoord



In het najaar van 2018 hebben VWS en het RIVM samen met maatschappelijke partijen een Nationaal Preventieakkoord³⁷ gesloten om werk te maken van preventie op het gebied van overgewicht, roken en alcoholgebruik. Het akkoord is te beschouwen als een erkenning van het belang van preventie, en daardoor ook van de wijkverpleegkundige, die immers op dit domein (denk aan het competentiegebied van gezondheidsbevorderaar) veel expertise heeft, en op dit gebied steeds actiever wordt. De komende jaren zullen wijkverpleegkundigen dan ook volop betrokken zijn bij de uitwerking van dit akkoord.

De juiste zorg op de juiste plek



In april 2018 verscheen onder deze naam het rapport³⁸ van de Taskforce Zorg op de juiste plek. Centraal hierin staat het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg, zoals e-health). Op al deze punten speelt de wijkverpleegkundige een belangrijke rol, en het is dan ook niet vreemd dat deze in dit rapport expliciet wordt genoemd als een belangrijke speler om deze doelen – samen met andere partijen - te realiseren.

Zorgen voor thuiswonende ouderen



De publicatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) geeft op basis van bestaande literatuur een overzicht van de groep 75-plussers in Nederland, de kenmerken van deze groep, hun gezondheid en de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. Daarnaast wordt ingegaan op eerder beschreven knelpunten in de zorg voor zelfstandig wonende ouderen. Het gaat daarbij zowel om knelpunten die ouderen zelf signaleren, als om knelpunten die zorgverleners noemen. Tevens wordt een overzicht geschetst van de ontwikkelingen die de komende jaren op ons afkomen en die gevolgen hebben voor de zorg en ondersteuning in de toekomst. Deze trends en ontwikkelingen zullen het werk van wijkverpleegkundigen sterk beïnvloeden. Proactief werken en denken is en blijft cruciaal.

3.2. EVALUATIE EXPERTISEGEBIED

De eerste versie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige verscheen in 2012. Die versie is in 2018 geëvalueerd door Hogeschool Utrecht. Het doel van die evaluatie was om, uitgaande van de actuele context van de wijkverpleging, het draagvlak en de bruikbaarheid van het Expertisegebied wijkverpleegkundige uit 2012 na te gaan. En om te onderzoeken op welke onderwerpen actualisatie wenselijk is. Hiervoor is eerst een contextanalyse uitgevoerd, gevolgd door een brede online-enquête onder wijkverpleegkundigen, docenten hbo-v en studenten. De resultaten zijn in een adviesgroep doorgesproken. De belangrijkste uitkomsten van de contextanalyse zijn, kort samengevat:

- Het Expertisegebied wijkverpleegkundige is bruikbaar, heeft een breed draagvlak, en is voor het overgrote deel actueel.
- Onderwerpen die in de herzieningen een steviger plaats zouden verdienen: positieve gezondheid, aandacht voor ggz-problematiek, regie voeren, ethisch redeneren, zorguitkomsten, wijkgericht handelen en samenwerken.

De belangrijkste uitkomsten van de door 255 respondenten, van 132 wijkverpleegkundigen, ingevulde enquête, zijn:

- Driekwart van de wijkverpleegkundigen kent het Expertisegebied en gebruikt het (soms).
- Het Expertisegebied maakt duidelijk wat het vak inhoudt, dient als onderlegger van het beroep, is richtinggevend, en kan worden gebruikt als middel om het eigen handelen te evalueren.
- Onderwerpen die in de herziening een steviger plaats zouden verdienen naast de bovengenoemde: coachen en 'meenemen' van het team, efficiency, autonomie, preventie, multidisciplinair handelen, leiderschap, ondernemen en shared decision making.

In de nu voorliggende versie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige zijn bovenstaande resultaten zoveel mogelijk verwerkt.

4



De competenties van de wijkverpleegkundige

Een wijkverpleegkundige is eerst en vooral een verpleegkundige. Zij beschikt dan ook over een hbo-opleiding (met aantoonbare specialisatie op het gebied van maatschappelijke gezondheidszorg) en verder over alle competenties van de verpleegkundige, zoals die zijn geformuleerd in het Beroepsprofiel verpleegkundige uit 2012, en die eind 2015 zijn geactualiseerd in het rapport van de stuurgroep 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' over de beroepsprofielen en de overgangsregeling³⁹. Bij de beschrijving van de competenties wordt gebruik gemaakt van de ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS:

- Zorgverlener
- Gezondheidsbevorderaar
- Communicator
- Samenwerkingspartner
- Reflectieve zorgprofessional
- Organisator
- Professional en kwaliteitsbevorderaar

De verschillende competentiegebieden kunnen wel worden onderscheiden, maar ze kunnen niet los van elkaar worden beschouwd.

Gezien de in voorgaande hoofdstukken beschreven ontwikkelingen, en de positie die wijkverpleegkundigen daarin zijn gaan innemen, zijn alle competentiegebieden (ook) voor de wijkverpleegkundige van groot belang. In de praktijk wordt er, afhankelijk van de context, een wisselend beroep gedaan op (combinaties van) deze competentiegebieden. Dit wordt hierna verder uitgewerkt. Nadat per competentiegebied de vereiste competenties zoals omschreven door de stuurgroep 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' over de beroepsprofielen en de overgangsregeling zijn weergegeven^V, wordt per competentiegebied ingegaan op de specifiek voor de wijkverpleegkundige aanvullende competenties. Deze aanvullende competenties zijn cursief weergegeven.

Competentiegebieden zorgverlener en gezondheidsbevorderaar gelijkwaardig

Voor verpleegkundigen in het algemeen geldt dat het competentiegebied van zorgverlener als de kern van de beroepsuitoefening is. Voor wijkverpleegkundigen geldt, gezien de hiervoor beschreven trends en ontwikkelingen, dat daarnaast ook het competentiegebied van gezondheidsbevorderaar als kern wordt beschouwd. Met deze verandering ten opzichte van het expertisegebied uit 2012 wordt meer recht gedaan aan het huidige, en toekomstige, beroep van wijkverpleegkundige. De beide competentiegebieden van zorgverlener en gezondheidsbevorderaar worden gezien als de kern van het beroep van wijkverpleegkundige, de andere vijf competentiegebieden raken aan deze twee centrale competentiegebieden, en krijgen er richting door.

^V Deze zijn hier letterlijk overgenomen uit dat advies omdat de wijkverpleegkundige primair ook moet beschikken over deze competenties. De aanvullende, specifiek voor wijkverpleegkundigen geldende, competenties zijn steeds per competentiegebied hieraan toegevoegd.

4.1. De zorgverlener

Als zorgverlener is de wijkverpleegkundige gericht op het versterken van het zelfmanagement van mensen in hun sociale context, waar mogelijk. De wijkverpleegkundige werkt vanuit een holistische visie en verbindt daarbij lichamelijk, psychisch, functioneel en sociaal functioneren. Verplegen omvat: het vaststellen van de behoefte aan wijkverpleegkundige zorg door middel van klinisch redeneren; therapeutische interventies en persoonlijke verzorging; informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak; lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning. Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van de patiënt. In dit proces richt de wijkverpleegkundige zich op risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring.

De zorgverlener beschikt over de bekwaamheid om

- kennis van de basisprincipes uit de anatomie, fysiologie, (psycho)pathologie en farmacologie, ontwikkelingspsychologie en levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en copingstijlen paraat te hebben en actueel te houden;
- de theoretische modellen achter de activiteiten en interventies, alsmede de bronnen van het verpleegkundig handelen, de actuele richtlijnen en de professionele standaarden te gebruiken, gerelateerd aan basiskennis over verschillende doelgroepen;
- in complexe zorgsituaties risico's in te schatten, problemen vroegtijdig te signaleren (waaronder ook het signaleren van decompensatie en suïciderisico), interventies te kiezen en uit te voeren en de resultaten te evalueren, daaronder tevens te verstaan het adequaat invulling geven aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met zorgvragers en hun naasten;
- te werken volgens richtlijnen en daar beargumenteerd vanaf te wijken als de situatie, de wensen van de zorgvrager of eigen professionele of morele afwegingen daartoe aanleiding geven;
- op basis van klinisch redeneren^{VI} de verpleegkundige zorg c.q. het zorg(leef)plan vast te stellen en te organiseren, gericht op het ondersteunen en bevorderen van het zelfmanagement van zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk met als doel het optimaliseren van het functioneren in relatie tot de zes dimensies van gezondheid handhaven of (opnieuw) verwerven van het zelfmanagement van de zorgvrager en diens naasten en om adequaat invulling te geven aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met zorgvragers, hun naasten en andere zorgverleners;
- voorbehouden en risicovolle handelingen uit te voeren, met inachtneming van de eigen bevoegdheid en bekwaamheid;
- een zorgrelatie aan te gaan, gebaseerd op vertrouwen, gericht op resultaat met zorgvragers en uiteenlopende doelgroepen. De zorgvrager te ondersteunen bij diens persoonlijke verzorging en daarbij rekening te houden met de wensen van de zorgvrager, zijn behoeften, privacy en diens naasten;
- initiatieven te nemen op het gebied van kwaliteitszorg en professionalisering binnen een werkeenheden of expertisegebied, onder meer door het verzamelen, analyseren en interpreteren van informatie en het opzetten van (evidence based) onderzoek.

VI Klinisch, of verpleegkundig redeneren is nodig om te kunnen bepalen welke zorg een cliënt nodig heeft en waarom. Het gaat om het onderbouwd doorlopen van alle stappen in het verpleegkundige zorgproces. Klinisch redeneren bestaat uit een proces (het onderbouwd redeneren) en een daarop gebaseerd product (het onderbouwde besluit).

Aanvullende kennis, vaardigheden en attitude. De wijkverpleegkundige:

- is in staat regie te voeren over het zorgproces
- weet hoe gezondheid wordt bepaald en welke factoren daarop van invloed en beïnvloedbaar zijn;
- is mede daardoor in staat breder te kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag;
- is in staat om op basis van klinisch redeneren onderbouwd verpleegkundige diagnoses vast te stellen, en op basis daarvan de benodigde zorg te bepalen en te organiseren;
- is in staat om te signaleren, (her)indiceren, verwijzen, bemiddelen, coördineren en evalueren van de zorg- en dienstverlening met de zorgvrager én mantelzorgers;
- is in staat (verpleegkundige en medisch technische) zorg te verlenen in de woning/verblijfplaats van de zorgvrager in complexe, niet stabiele situaties aan mensen met één of meer chronische aandoeningen en aan mensen in de terminale fase. Adviseert en instrueert de zorgvrager, mantelzorgers en zo nodig ook diens netwerk;
- streeft naar 'het bevorderen van eigen regie' van mensen;
- heeft hierbij doorlopend oog voor de veiligheid van zijn cliënt en onderneemt zo nodig actie om dit te borgen;
- is in staat de afweging te maken tussen zorg voor ziekte en bevorderen van gezond gedrag, met accent op wat cliënt zelf kan;
- is in staat de draaglast en draagkracht van de mantelzorgers in te schatten, en de zelfredzaamheid van cliënt en mantelzorgers te stimuleren;
- is in staat zorgmijders en minder mondige burgers met (dreigende) gezondheidsproblemen op te sporen in samenwerking met een multidisciplinaire samenwerkingsverband of andere hulpverleners welzijn, ggz en GGD, buurtregisseurs, buurthuizen en opvangcentra (outreaching werken);
- is in staat privacy, autonomie, waarden, normen en cultuurgebonden gebruiken van mensen in hun eigen leefomgeving en sociale context te respecteren en de zorg- en dienstverlening hierop af te stemmen;
- kent de regels zoals verwoord in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en weet deze in de praktijk toe te passen;
- is in staat de financiële grenzen van de zorguitvoering en dienstverlening te bewaken, dit met de zorgvrager en zijn sociale systeem te bespreken, en hier adequaat op te acteren;
- toont vanuit de vakinhoud leiderschap om voor zijn cliënten de beoogde resultaten te bereiken;
- heeft lef, voert regie vanuit de inhoud, is creatief en flexibel en kan inspelen op uiteenlopende (behoefte van) cliënten en situaties.

4.2. De gezondheidsbevorderaar

De wijkverpleegkundige streeft er naar om de gezondheid van individuen, groepen en populaties te bevorderen en verbeteren. Zij beweegt zich daarbij in een maatschappij en zorgsector waarin het denken in termen van zorg en ziekte verschuift naar denken in termen van gedrag, gezondheid, mens en maatschappij. De wijkverpleegkundige is proactief in wijkgerichte preventie⁴⁰. Zij benadert mensen en groepen met hoge risico's op gezondheidsproblemen actief.

De wijkverpleegkundige brengt gezondheidsrisico's op individueel en collectief niveau in kaart⁴¹ en onderneemt acties ter verbetering van de gezondheid. Zij houdt daarbij rekening met de fysieke en maatschappelijke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl.

De gezondheidsbevorderaar beschikt over de bekwaamheid om:

- met kennis van epidemiologie, preventie en gezondheidsvoorlichting interventies uit te voeren op het vlak van individuele en collectieve preventie en gezondheidsvoorlichting;
- met kennis van de beginselen van zelfmanagement, leefstijlen en gedragsbeïnvloeding gezond gedrag en een gezonde leefstijl van zorgvragers te stimuleren, en zorgvragers medeverantwoordelijk te maken voor hun gezondheid, zo nodig door middel van outreachende zorg en bemoeizorg;
- voorstellen te doen voor programma's om gezond gedrag te stimuleren;
- in een brede context relevante gegevens te verzamelen met het oog op vroegsignalering en risicobeoordeling;
- zorg te verlenen met respect voor de (cultuurgebonden) opvattingen van groepen mensen, zorgvragers en hun naasten over gezondheid en bij het verlenen van zorg rekening te houden met hun persoonlijke eigenschappen en behoeften;
- het sociaal netwerk rond een zorgvrager te versterken.

Aanvullende kennis, vaardigheden en attitude. De wijkverpleegkundige:

- kent de demografische samenstelling van de wijk, de sociale kaart, de epidemiologische ontwikkelingen alsmede de (andere) gezondheid beïnvloedende factoren;
- kan hierbij oorzaak en gevolg onderscheiden, en weet welke factoren te beïnvloeden zijn;
- heeft kennis van (het bevorderen van) een gezonde leefomgeving, zowel binnen als buiten de woning;
- is in staat problemen vroegtijdig te onderkennen om zo in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen;
- is vanuit zijn maatschappelijke functie in staat verbeterpunten op het gebied van zorg en welzijn te signaleren, analyseren en initiatief te nemen om verbetering aan te brengen ten behoeve van de gemeenschap en het individu;
- kan in samenwerking met bewoners en andere professionals een wijkanalyse/ wijkdiagnose maken;
- kan in samenwerking met bewoners en andere professionals een wijkpreventieplan maken;
- is op basis daarvan in staat mee te bouwen aan zorgstructuren die specifiek gericht zijn op de behoeftes van wijkbewoners;
- kan activiteiten en interventies voor doelgroepen in de wijk opzetten en uitvoeren die gericht zijn op het bevorderen van gezondheid;
- baseert alle genoemde activiteiten op het uitgangspunt het accent te verleggen van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag' en 'mens en maatschappij';
- weet om te gaan met zowel zorgmijders als mensen met weinig gezondheidsvaardigheden en mensen met GGZ problematiek;
- weet welke (combinatie van) andere competentiegebieden nodig zijn, en is in staat dit effectief te doen, om de gezondheid van mensen in de wijk te bevorderen;
- beseft dat de wijkverpleegkundige in toenemende mate bovenal een gezondheidsbevorderaar is.

4.3. De communicator

Cliënten hebben de regie over en verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en gezondheid, binnen de mogelijkheden en omstandigheden van ieder individu afzonderlijk. Van de wijkverpleegkundige vraagt dit een goed inschattingsvermogen van de informatiebehoefte die de cliënt heeft. Zij houdt in de communicatie rekening met persoonlijke factoren van de cliënt en

diens naasten, zoals leeftijd, etnisch/culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis- en begripsniveau, emotie, copingstijl en draagkracht. Het gaat om communiceren 'op maat', met een groot inlevingsvermogen en op een open en respectvolle manier.

De communicator beschikt over de bekwaamheid om:

- op verschillende niveaus bewust en effectief te communiceren met relevante partijen, op basis van een open, respectvolle en inlevingsgerichte houding;
- professioneel te communiceren met een grote diversiteit aan zorgvragers en om te gaan met culturele verschillen en daarmee gepaard gaande andere opvattingen over leven, ziekte, palliatieve zorg en het levenseinde. Kan adviezen geven en de zorgvrager of groepen van zorgvragers begeleiden, instrueren en motiveren;
- met familie/mantelzorgers en het sociale netwerk van de zorgvrager te communiceren over hun rol en inzet;
- adequaat om te gaan met agressie, grensoverschrijdend gedrag en onbegrepen gedrag bij zorgvragers, hun naasten en sociale netwerk;
- uitstekend mondeling en schriftelijk te formuleren en daarbij zo nodig vaktal in gewone mensentaal om te zetten;
- digitaal vaardig te zijn en professioneel gebruik te maken van e-health, zorg op afstand en sociale media en is op de hoogte van de nieuwste toepassingen van informatie- en communicatietechnologieën (ict) in de zorg.

Aanvullende kennis, vaardigheden en attitude. De wijkverpleegkundige:

- is in staat de dialoog te voeren met zorgvrager én zijn sociale systeem, met specifieke aandacht voor de draagkracht en draaglast van de mantelzorger. Schat in welke informatiebehoefte, begripsvermogen en gezondheidsvaardigheden de zorgvrager en zijn sociale systeem hebben;
- communiceert effectief naar teamleden over diagnose, doelen en interventies en het op basis daarvan opgestelde zorgplan;
- communiceert effectief met financiers zoals gemeenten en zorgverzekeraars, over verbeteringen op het gebied van wonen, zorg en welzijn;
- heeft kennis van, en is in staat om te gaan met digitale databases en classificatiesystemen;
- is in staat vragen uit de wijk te beantwoorden en/of zorgvragers te verwijzen;
- is in staat om de informatie die de cliënt zelf heeft gevonden te beoordelen en de cliënt te begeleiden in het gebruik daarvan.

4.4. De samenwerkingspartner

De wijkverpleegkundige handelt vanuit zijn eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de cliënt en zijn naasten, met het eigen team, en andere disciplines zoals de huisarts, en met andere betrokkenen zoals financiers. De wijkverpleegkundige deelt op een adequate wijze en rekening houdend met de AVG, kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten. Dat vergt permanente onderlinge afstemming, om te voorkomen dat de zorg gefragmenteerd raakt. De wijkverpleegkundige geeft in samenwerking vorm aan het ontwikkelen van beleid met betrekking tot de individuele cliëntenzorg over de grenzen van de individuele zorgorganisatie. Zij doet dit vanuit het perspectief van de continuïteit en samenhang van de zorg voor het individu.

De wijkverpleegkundige werkt daarnaast over de grenzen van gezondheidszorg heen met andere sectoren zoals woningbouwverenigingen, politie, wijkcentra, kerken en moskeeën, buurtregisseurs, scholen, kinderdagverblijven et cetera.

De samenwerkingspartner beschikt over de bekwaamheid om

- op basis van actuele standaarden, samenwerkingsprocessen en de handreikingen daarin een visie op samenwerking te formuleren en naar voren te brengen, en op basis van die visie in de samenwerking met samenwerkingspartners, collega's, zorgvragers, hun naasten en mantelzorgers te steunen en hen waar nodig adequaat te verwijzen;
- een afweging te maken tussen het inschakelen van mantelzorgers en vrijwilligers versus het inschakelen van professionele zorg;
- in (multidisciplinaire) teams een coördinerende/regierol te vervullen, collega-zorgverleners te coachen, een bijdrage te leveren, zichzelf te positioneren, confrontaties en verschil van mening daarbij niet schuwend en te handelen vanuit een gelijkwaardige, collegiale en open houding met zorgvragers en hun naasten, met collega's in het multidisciplinaire team en met andere samenwerkingspartners;
- in het samenwerkingsproces rekening te houden met verschillende perspectieven, van collega's, zorgvragers en hun naasten en weet hier op professionele en respectvolle wijze mee om te gaan;
- met kennis van ketenprocessen, van (potentiele) samenwerkingspartners buiten de zorg en van de organisatie van de zorg in de eigen regio, een sociale kaart en maatschappelijk steunsysteem op te zetten, uit te bouwen en toe te passen;
- door accurate verslaglegging en overdracht, met gebruik van moderne digitale technieken binnen wet- en regelgeving te rapporteren over de zorg voor patiënten en de informatie over die zorg efficiënt en effectief vast te leggen, te overleggen en nauwgezet over te dragen aan collega's, ook over de eigen organisatiegrenzen heen.

Aanvullende kennis, vaardigheden en attitude. De wijkverpleegkundige:

- is op de hoogte van de sociale kaart van de wijk/buurt, dorp/stad en regio en informeert zorgvrager en sociale systeem over de mogelijkheden;
- is in staat wonen, welzijn en zorg in de wijk met elkaar te verbinden;
- kent de wet- en regelgeving en weet hierbinnen effectief te opereren;
- kent de basisprincipes van samenwerking, en kent zijn eigen talenten en valkuilen hierbij;
- is in staat een netwerk op te bouwen en te onderhouden in de wijk;
- stemt de eigen activiteiten in de wijk zorgvuldig af met die van andere zorgprofessionals;
- is in staat initiatief te nemen tot multidisciplinair, interprofessioneel en multisectoraal samenwerken van professionals in zorg en welzijn, gemeente, wooncorporaties en andere sectoren, dit te coördineren, regisseren en te bevorderen;
- is in staat zijn eigen functie/meerwaarde te benoemen in relatie met samenwerkingspartners en cliënten;
- is in staat zichzelf binnen de wijk te profileren bij wijkbewoners, cliënten, zorgverleners en andere relevante instanties.

4.5. De reflectieve zorgprofessional

Het handelen van de wijkverpleegkundige in de praktijk wordt in toenemende mate ondersteund door resultaten vanuit onderzoek (Evidence Based Practice, EBP). De wijkverpleegkundige streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn. De wijkverpleegkundige neemt kennis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek en past die waar mogelijk toe in de beroepspraktijk. De wijkverpleegkundige is zich bewust van zijn eigen deskundigheid en kent de grenzen hiervan. De wijkverpleegkundige werkt permanent aan de ontwikkeling van zijn deskundigheid en levert een bijdrage aan die van collega's. De wijkverpleegkundige coacht (aankomend) wijkverpleegkundigen en andere teamleden en fungeert als rolmodel. De wijkverpleegkundige heeft een

reflectieve beroepshouding, dat wil zeggen dat zij de keuzen die zij maakt en de beslissingen die zij neemt zorgvuldig overdenkt: inhoudelijk, procesmatig en moreel/ethisch. Wijkverpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat alle keuzen in de zorg niet los gezien kunnen worden van een moreel-ethische context.

De reflectieve zorgprofessional beschikt over de bekwaamheid om:

- de principes van Evidence Based Practice toe te passen, te participeren in praktijkonderzoek en elementaire kennis van methoden van onderzoek te hanteren;
- kennis, ontwikkelingen en actuele thema's op het eigen vakgebied bij te houden volgens het concept van Leven Lang Leren;
- zorgvragers en hun naasten te ondersteunen bij het nemen van beslissingen inzake de behandeling en het al of niet voortzetten daarvan, daarbij rekening houdend met de eigen morele en ethische waarden;
- de principes van reflectieve praktijkvoering te hanteren, feedback te geven en te ontvangen om daarmee het wederzijds functioneren te verbeteren en te fungeren als rolmodel voor (aankomend) verpleegkundigen;
- rekening te houden met de moreel-ethische context van zorgverlening alsmede de invloed van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen op de zorgverlening en ethische en zingevingsvraagstukken te bespreken met collega's en zorgvragers;
- zichzelf te ontwikkelen door zelfreflectie en zelfbeoordeling om zo het eigen functioneren kritisch te benaderen en bespreekbaar te maken met anderen en zich bewust te zijn van eigen morele en ethische waarden en daar professioneel mee om te gaan.

Aanvullende kennis, vaardigheden en attitude. De wijkverpleegkundige:

- is in staat aan te geven wat de evidentie is onder zijn handelen, met name bij diagnosticeren, doelen formuleren en interventies bepalen;
- is in staat duidelijke grenzen aan te geven: wat is de verantwoordelijkheid van de cliënt en van zijn sociale omgeving, en wanneer moet er professioneel worden ingegrepen;
- is zich bewust van de verhouding tussen eigen normen en waarden en die van de cliënt;
- is in staat een monitor en/of wijkanalyse om te zetten in een passend plan van aanpak gericht op preventie en oplossen van gezondheidsproblemen.

4.6. De organisator:

De wijkverpleegkundige werkt als professional in verschillende sectoren van de zorg. Binnen de verschillende contexten overziet en begrijpt zij de financieel-economische en bedrijfsmatige belangen die bij de cliëntenzorg spelen. De wijkverpleegkundige voelt zich medeverantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Zij neemt beslissingen in het dagelijks werk over taken, beleid (prioritering) en middelen voor de individuele cliëntenzorg en neemt het team hierin mee. De wijkverpleegkundige heeft een coördinerende rol rond de cliënt of groepen cliënten. Zij houdt alle ontwikkelingen rondom de cliënt bij en zoekt samen met hem of haar naar oplossingen. De wijkverpleegkundige geeft mede uitvoering aan landelijk beleid zoals zorg op de juiste plek. Daarmee wordt fragmentatie van zorg voorkomen, de complexiteit goed ingeschat en de juiste professional ingeschakeld. Zij hanteert daarbij het principe 'generalistisch als het kan en specialistisch als het moet'.

De organisator beschikt over de bekwaamheid om:

- een geïntegreerd inter- en multidisciplinair, samenhangend en zoveel mogelijk ononderbroken zorgaanbod te organiseren, te coördineren en te regisseren en de continuïteit van zorg te waarborgen in samenspraak met een zorgvrager. Neemt hierbij gedragsprotocollen in acht die horen bij de beroepsmatige verantwoordelijkheid;
- met kennis van de verschillende organisatievormen en -principes het beleid van een organisatie te beïnvloeden en zo een bijdrage te leveren aan het werk- en leefklimaat binnen de organisatie;
- op basis van bedrijfsmatig en zakelijk inzicht en kennis van de bekostiging van de zorg op verantwoorde wijze om te gaan met materialen en middelen en beslissingen te nemen over beleid (prioritering) en inzet van middelen voor de individuele (patiënten)zorg;
- de nieuwste informatie- en communicatietechnologie voor de zorg in te zetten bij de beroepsuitoefening, daarbij openstaand voor innovatie, en te werken met het elektronisch patiëntendossier.

Aanvullende kennis, vaardigheden en attitude. De wijkverpleegkundige:

- heeft kennis van maatschappelijke wet- en regelgeving: onder andere schuldhulpverlening, hulpmiddelen/aanpassingen, Wlz, Wmo, Zvw en AVG;
- is op de hoogte van financiering van zorg- en welzijnsdiensten en kan een onderbouwde afweging maken met betrekking tot de in te zetten zorg in relatie tot de (verwachte) resultaten;
- maakt daarbij gebruik van de uitgangspunten van advanced-care-planning. Hierbij wordt op basis van kennis en ervaring vroegtijdig geanticipeerd op mogelijke ontwikkelingen in de situatie van de cliënt;
- organiseert de benodigde zorg primair in nauwe afstemming met de cliënt, en waar mogelijk ook met zijn sociale systeem;
- betreft het sociale systeem van de cliënt waar mogelijk bij de uitvoering van de benodigde zorg, en heeft daarbij oog voor de risico's van overbelasting;
- is in staat zorg te dragen voor de veiligheid van de zorgvrager en zijn sociale systeem in relatie tot de specifieke zorgaspecten, draagt zorg voor continuïteit bij afwezigheid;
- is in staat organisatiebelangen en belangen van de zorgvrager af te wegen en knelpunten te bespreken in de eigen organisatie;
- heeft zicht op de expertise van zijn team en weet hoe zij de vaardigheden van zijn teamgenoten optimaal kan benutten, neemt hiervoor de verantwoordelijkheid en toont leiderschap.

4.7. De professional en kwaliteitsbevorderaar

De wijkverpleegkundige levert zorg passend binnen de geldende wet- en regelgeving. De wijkverpleegkundige monitort, meet en screent de geleverde zorg systematisch, met het oog op kwaliteitsverbetering. Waar mogelijk werkt de wijkverpleegkundige evidence based, en volgt kritisch wat 'werkt'. Zij levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie. Veel zorg is geprotocolleerd en gestandaardiseerd. De wijkverpleegkundige is betrokken bij het lokaal toepasbaar maken en uitvoeren van professionele standaarden. Zij kan beargumenteerd afwijken van protocollen en standaarden. Als lid van de beroepsgroep/ beroepsvereniging beïnvloedt de wijkverpleegkundige samen met vakgenoten de beeldvorming en het positieve imago van het beroep, laat zien waar het beroep voor staat en wat de wijkverpleegkundige bijdrage aan de zorg is.

De professional en kwaliteitsbevorderaar beschikt over de bekwaamheid om

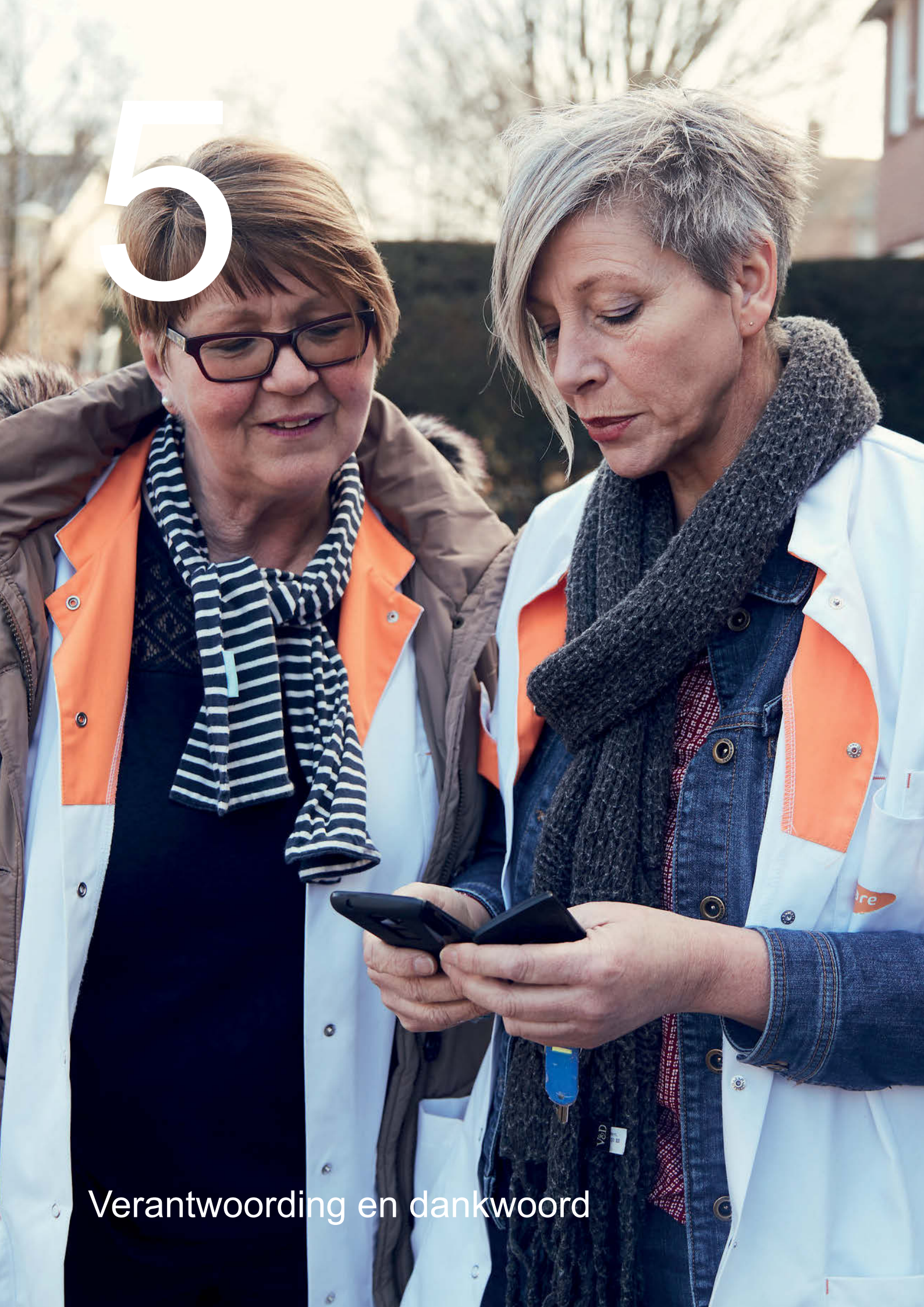
- toepasselijke wet- en regelgeving, richtlijnen en professionele standaarden met respect voor de geldende beroepscode en regels van de organisatie in te zetten ten behoeve van het verlenen van professionele zorg en het ontwikkelen van bruikbare protocollen voor het verlenen van zorg;
- de visie op kwaliteit van de zorg begrijpelijk te verwoorden en de resultaten van verleende zorg te monitoren en te toetsen aan relevante kwaliteitskaders;
- resultaatgericht, effectief en efficiënt te werken, in staat om zaken te initiëren en te ontwikkelen op het gebied van kwaliteitszorg en innovatie, daarbij professionele standaarden en actuele richtlijnen in acht nemend;
- de eigen waarden en normen en die van de beroepsgroep te onderkennen en verantwoord om te gaan met (beroepsgerelateerde) spanningsvelden, zoals betrokkenheid versus zakelijkheid en nabijheid versus afstand houden;
- de grenzen van het persoonlijk en professioneel handelen te onderkennen, te benoemen en aan te geven bij collega's en zorgvragers;
- zelfbewust en assertief het beroep uit te oefenen, ambassadeur van het beroep te zijn en professioneel en persoonlijk leiderschap te tonen en collega's en aankomend verpleegkundigen aan te spreken op (on)professioneel gedrag.

Aanvullende kennis, vaardigheden en attitude. De wijkverpleegkundige:

- kent het belang en de principes van intercollegiale toetsing en is in staat dit op te zetten en te begeleiden;
- kent de principes van triple-aim^{VII}, weet die te vertalen naar de eigen context, kan op basis daarvan de juiste afwegingen maken en kan dat omzetten in concrete acties;
- weet welke zorguitkomsten relevant zijn om te monitoren en toont hierin leiderschap
- kan hierbij onderscheid maken tussen individueel, organisatie- en maatschappelijk niveau;
- houdt vakliteratuur bij en draagt zorg voor adequate bijscholing;
- is in staat om indien nodig een moreel beraad te beleggen.

VII Triple aim staat voor: het verbeteren van de gezondheid van mensen, het verbeteren van de (ervaren) kwaliteit van zorg en het verlagen van de kosten.

5



Verantwoording en dankwoord

V&VN is eigenaar van dit Expertisegebied wijkverpleegkundige. Zij heeft opdracht gegeven voor de actualisatie van de eerste versie uit 2012, en ziet dit document als de basis voor het wijkverpleegkundige handelen. V&VN hecht er dan ook aan dat dit Expertisegebied breed wordt gebruikt, zowel in de praktijk als in de (post-)bachelor-opleidingen.

Met dit Expertisegebied wijkverpleegkundige is voortgebouwd op de competenties zoals beschreven in de eerste versie uit 2012. Er is dankbaar gebruik gemaakt van de toen ingebrachte expertise. Daarnaast heeft de klankbordgroep (zie bijlage 1) actief meegedacht over de benodigde aanpassingen. Van groot belang zijn de resultaten van de evaluatie van de eerste versie van dit Expertisegebied, zoals uitgevoerd door onderzoekers van het Lectoraat Chronisch Zieken van Hogeschool Utrecht. Verder is dankbaar gebruik gemaakt van de opmerkingen en suggesties van een breed samengestelde meeleesgroep (zie bijlage 2), en van Caroline van Mierlo en Huub Sibbing.

Ten slotte willen we ZonMw danken voor de financiële ondersteuning bij het tot stand komen van dit nieuwe Expertisegebied, waar hopelijk veel en goed gebruik van zal worden gemaakt.

V&VN-vakgroep Wijkverpleegkundigen

Bijlage 1 KLANKBORDGROEP EN PROJECTGROEP

Klankbordgroep

Pauline van Antwerpen-Hoogenraad	wijkverpleegkundige Buurtzorg en docent Hogeschool Rotterdam
Rozanne Colijn	wijkverpleegkundige Laurens
Sonja Daalhuizen	wijkverpleegkundige Careyn
Froukje van der Honing	wijkverpleegkundige, lid V&VN-vakgroep wijkverpleegkundigen
Monique Jansen-Schuiling	wijkverpleegkundige ZZG-groep, NWG
Helene Meurs	zorginhoudelijk adviseur, VGZ
Harry Robberts	ActiZ
Suzanne Veen	ZorgthuisNL
Corine Zijdeveld	Patiëntenfederatie Nederland

Projectgroep

Mariska de Bont	adviseur Beroepsontwikkeling V&VN
Nienke Bleijenberg	lector Proactieve ouderenzorg Hogeschool Utrecht, senior onderzoeker Universitair Medisch Centrum Utrecht
Henk Rosendal	lector Wijkzorg, Hogeschool Rotterdam
Marjolein Zilverentant	wijkverpleegkundige, voorzitter V&VN-vakgroep Wijkverpleegkundigen

Bijlage 2 MEELEESGROEP

Sandra Baas	Treant Zorggroep
Wilma Bakker	Lelie zorggroep
Ellis ten Berge	Buurtzorg Nederland
Doreth Bouman	Zorggroep Oosterlengte, Winschoten
Agnes Brunsmann	Paletgroep
Angela de Jong	Vierstroom Zorg Thuis
Jilca d'Hert	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen
Simone Dorman	Mirjam Veurman Zorg in Steenwijk
Jacqueline Hendriks	Envida
Gea Hindriks	Zorggroep Meander Veendam
Cathelyne Kicken	Careyn Utrecht
Maaïke Kompagne	TSN Thuiszorg De Marne
Milanda Koopman-Houtkam	ZZP'er
Greet Krijger	HVO Querido
Betty Ouwendijk	WZC IJsselheem
Jelle Reijngoudt	RSZK ZorgProfessionals
Huib Sibbing	adviseur V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid
Henriette Sijssling	ZZP'er
Anke Straatsma-Oevering	Friese Wouden
Ada van der Graaf	de Zellingen
Corine van Oosten	Thuiszorg Patyna
Inge Wielheesen	STMG Doesburg
Yingzi Zhan	Roamler Care

BRONNEN

- 1 <https://www.venvn.nl/Portals/1/Downloads/Kwaliteitskader-wijkverpleging.pdf>
- 2 https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- 3 <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2013%20Documenten/20121106%20Expertisegebied%20wijkverpl.pdf>
- 4 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
- 5 <https://www.nursing.nl/niveau-6-feiten-en-fabels/>
- 6 <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/uitdagingen-en-knelpunten-van-de-wijkverpleging.pdf>
- 7 Rosendal H, van Dorst J Vakbekwaam indiceren: een handreiking voor wijkverpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2015, 2019.
- 8 Rosendal H. Leerboek Verpleegkunde Maatschappij en Gezondheid: CanMeds-rollen en verpleegkundig redeneren in de eerstelijns. Amsterdam: Reed Business, 2015.
- 9 <https://www.venvn.nl/Themas/Indicatiestelling/Normenkader indiceren en organiseren van zorg>
- 10 https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2018%20Documenten/kennisagendawijkverpleging_rapport.pdf
- 11 Vektis, 2018, www.zorgprismaopenbaar.nl
- 12 <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ouderenzorg>.
- 13 <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-chronische-aandoeningen-bij-40-plussers>
- 14 Rosendal H, Sattoe J Verpleegkundige diagnoses in de wijk. TVZ 2016;1, pp 34-37
- 15 <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/uitdagingen-en-knelpunten-van-de-wijkverpleging.pdf>
- 16 Rosendal H Praktijkvoering in de wijkverpleegkunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
- 17 <https://www.movisie.nl/artikel/zorgen-naar-zorgen-dat>
- 18 Huber M, Knotterus JA, Green L et al (2011). How should we define health? BMJ, 343, d4163.
- 19 Blaxter M (2004). Health. Cambridge: Polity Press.
- 20 <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83784NED/table?dl=5053>
- 21 <https://www.vtv2018.nl>
- 22 <https://www.volksgezondheidenzorg.info>
- 23 <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>
- 24 <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>
- 25 https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2019/Zorgen_voor_thuiswonende_ouderen
- 26 Lalonde MA (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.
- 27 <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2018/11/thuiszorg-en-technologiespel-voor-wijkverpleegkundigen>
- 28 https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2018%20Documenten/kennisagendawijkverpleging_rapport.pdf
- 29 [bachelor-nursing-2020-4 0.pdf-4.pdf](#)
- 30 Kaljouw, M & Vliet, K van (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de Contouren, Zorginstituut Nederland. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren>
- 31 Sibbing, H (2016). Verpleegkundigen M&G laat je horen! V&VN M&G kiest voor Van Ziekte & Zorg via Gezondheid & Gedrag naar Mens & Maatschappij en Triple Aim: Tijdschrift M&G 2016 nr. 3 pp.20-22 <https://mgz.venvn.nl/Portals/30/Tijdschrift%20M&G/TMG%202016/nummer%203/Artikel%20Huib%20Pag-19-22.pdf>

- 32 Berwick, D ea. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost, Health Affairs, 27, no.3 (2008):759-769.
- 33 <https://www.venvn.nl/Portals/1/Downloads/Kwaliteitskader-wijkverpleging.pdf>
- 34 <https://www.vtv2018.nl/synthese>
- 35 <https://www.vtv2018.nl/node/591>
- 36 <https://www.vtv2018.nl/synthese#omgaan-met-opgaven>
- 37 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-preventieakkoord>
- 38 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
- 39 Stuurgroep 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' over de beroepsprofielen en de overgangsregeling (2015). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/1rapporten/2015/12/03/toekomstbestendige-beroepen-in-de-verpleging-en-verzorging>
- 40 Sibbing, H (2014). Wijkgerichte preventie: mode of noodzaak? Tijdschrift LVW 2014 nr.4 pp. <https://mgz.venvn.nl/Portals/30/Tijdschrift%20M&G/TLVW%202014/2014-4%20wijkgerichte%20preventie.pdf>
- 41 Rosendal H, van Dorst J (2016). Zo maak je een wijkplan. Nursing: p56-59 (nov 2016).



