



Expertisegebied wijkverpleegkundige

november 2012

v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Colofon

Auteurs:

Mariska de Bont

Elly van Haaren

Henk Rosendal

Marijke Wigboldus

Eindredactie:

Cuno van Merwijk

Vormgeving en druk:

Van der Weij drukkerijen BV Hilversum

Foto's:

Guus Pauka, Vincent Boon,

Rianne den Balvert en uit archief FNI

November 2012

© V&VN

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

ISBN/EAN: 978-90-78995-17-3

Dit project wordt mogelijk gemaakt door



ZonMw

Inhoud

Inleiding	2
1. Het erkende belang van de wijkverpleegkundige	5
2 De werkomgeving van de wijkverpleegkundige	11
2.1 De doelgroep	12
2.2 De omgeving	12
2.3 Taak en inhoud	13
2.4 Organisatorische aspecten	14
3. De competenties van de wijkverpleegkundige	15
3.1 De zorgverlener	17
3.2 De communicator	18
3.3 De samenwerker	20
3.4 De reflectieve beroepsbeoefenaar en praktijkonderzoeker	21
3.5 De gezondheidsbevorderaar	22
3.6 De organisator	23
3.7 De professional en kwaliteitsbevorderaar	25
4. Bijlagen	27
4.1 Korte geschiedenis en toekomstperspectief van de wijkverpleging	28
4.2 Werkwijze	33
4.3 Projectorganisatie	34
4.4 Deelnemers rondetafelgesprekken en andere bijeenkomsten	35
4.5 Noten, referenties, geraadpleegde literatuur	36



Inleiding

De wijkverpleging bestaat al meer dan honderd jaar. Tot diep in de jaren 60 van de 20^e eeuw was de wijkzuster een alom gerespecteerde en gewaardeerde verschijning. Ontzuiling, schaalvergroting en andere maatschappelijke en economische factoren leidden in de jaren 80 en 90 tot een uitholling van het vak. De afgelopen vijf jaar is er sprake van een opleving en wordt de meerwaarde van de wijkverpleegkundige weer gezien. Vooral de groeiende groep kwetsbare ouderen, maar ook andere demografische, sociale en zorginhoudelijke ontwikkelingen (zoals de afnemende verblijfsduur in ziekenhuizen) maken van de wijkverpleegkundige een steeds belangrijkere schakel tussen de patiënt en het ziekenhuis, de huisarts, de mantelzorg en anderen.

ZonMw stimuleert zorginnovatie en -onderzoek en geeft met het programma 'Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' een belangrijke impuls aan de verdere ontwikkeling van de verpleegkundige functie. De opdracht voor het maken van een nieuw Expertisegebied van de wijkverpleegkundige besteedde ZonMw uit aan V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen. Dit Expertisegebied beschrijft de voor de wijkverpleegkundige typische werkcontext, die haar een geheel eigen plaats geeft binnen de beroepsgroep van verpleegkundigen, en de specifieke competenties die deze werkcontext vraagt.

Met het project Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 (V&V 2020), in de periode 2010-2012 uitgevoerd door V&VN, bereidden verpleegkundigen en verzorgenden zich voor op de toekomst. Maart 2012 zijn de nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen, zorgkundigen en verpleegkundig specialisten gepresenteerd, voor het eerst onder verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen zelf ontwikkeld. De beroepsprofielen waren het belangrijkste resultaat van V&V 2020. Dit Expertisegebied wijkverpleegkundige moet worden beschouwd als een aanvulling op het Beroepsprofiel verpleegkundige.

Het Expertisegebied wijkverpleegkundige is bedoeld voor allen die bij de wijkverpleging betrokken zijn: wijkverpleegkundigen, huisartsen, praktijkverpleegkundigen en andere zorgverleners in de eerste lijn, patiënten- en cliëntenorganisaties, zorginstellingen, wooncorporaties, zorgverzekeraars en lokale overheden. Het is tevens de basis voor onderwijscurricula.

Hoofdstuk 1 schetst het belang van de wijkverpleegkundige functie in het licht van demografische, politiek-maatschappelijk en zorginhoudelijke ontwikkelingen. In hoofdstuk 2 wordt uitgebreider ingegaan op de werkomgeving van de wijkverpleegkundige. De competenties van de wijkverpleegkundige worden in hoofdstuk 3 beschreven. Hoofdstuk 4, ten slotte, bevat de geschiedenis en mogelijke toekomst van de wijkverpleegkunde in vogelvlucht, het notenapparaat en projectgegevens.

1



Het erkende belang van de wijkverpleegkundige

De algemeen gerespecteerde functie van de wijkzuster kwam in de laatste decennia van de 20^e eeuw onder druk te staan door een combinatie van factoren, waarvan schaalvergroting door fusies en een toenemende focus op kostenreductie de belangrijkste waren. Net als in andere sectoren verlieten in de wijkverpleging talloze hoogopgeleide verpleegkundigen de zorg. De kentering kwam met het besef dat de breed georiënteerde, integrale en autonome schakelfunctie van de wijkverpleegkundige in nauwe samenwerking met de huisarts zorg kan dragen voor continuïteit en samenhang in de zorg, een cruciale bijdrage kan leveren aan het behouden van autonomie van patiënten en cliënten, en zo aan een betere levenskwaliteit en minder (dure) opnamen in zorginstellingen.

Dit herontdekte belang van de functie van de wijkverpleegkundige moet worden gezien in het licht van een aantal belangrijke demografische, maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen. Een studie van NIVEL in opdracht van V&V 2020 bracht de te verwachten ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van verpleging en verzorging in Nederland, en de consequenties voor de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten en (wijk)verpleegkundigen in kaart.¹

Een overzicht van de voornaamste bevindingen van de onderzoekers:

Sterke toename aantal chronisch zieken; belang van preventie

De synthese laat zien dat in Nederland de groei van het aantal mensen met chronische ziekten en comorbiditeit zal leiden tot een grotere vraag naar zorg. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch zieken maakt preventieve taken van verpleegkundigen steeds belangrijker. Preventie biedt mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen. Ook vóórdat een ziekte of aandoening manifest wordt kunnen verpleegkundigen mensen motiveren zich gezond te gedragen, door te werken aan een wederzijdse vertrouwensrelatie, en door gezamenlijk besluiten en doelen te formuleren die passen bij de beleavingswereld van de patiënt en zijn omgeving ('Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag'; RVZ, 2010²).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers, zullen eveneens leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg. Ook de aard van de zorg zal veranderen: burgers stellen meer eisen aan de zorg, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, en aan de informatievoorziening en communicatie rond de zorg. De zorgvraag van ouderen zal niet alleen in volume toenemen, de nieuwe generaties ouderen zullen ook andere eisen stellen aan de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg.

Ondersteuning van zelfmanagement

Ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg die de Nederlandse overheid voorstaat. Verpleegkundigen zijn van oudsher gewend

om zich vooral te richten op wat mensen niet (meer) kunnen. Het bevorderen van zelfmanagement krijgt tot nu toe weinig aandacht in de zorg, vanwege de traditionele sterke gerichtheid op behandeling en op het overnemen van zorgtaken. Meer aandacht voor zelfmanagement vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven – of het voorkómen daarvan. De focus moet verlegd worden naar wat patiënten wél kunnen, om van daaruit het zelfmanagement te versterken.

Speciale aandacht zal nodig zijn voor de manier waarop zelfmanagement vormgegeven kan worden bij de meest kwetsbare groepen, zoals mensen met dementie, mensen op hoge leeftijd (85+), mensen met complexe problemen, mensen met een zeer lage sociaal-economische status, mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of mensen in de terminale fase. Individuele vaardigheden voor zelfmanagement zullen bij deze mensen eerder beperkt zijn. Zelfmanagement kan dan mogelijk nog wel op het niveau van de familie of het bredere sociale netwerk vorm krijgen.

Veranderingen in zorgaanbod en werkproces

De kennissynthese gaat ook in op nationale ontwikkelingen in het zorgaanbod en het werkproces, zoals de taakverschuiving tussen medici en verpleegkundigen in Nederland, de inzet van arbeidsbesparende technologie en de opkomst van lokale samenwerkingsverbanden 'in de buurt' van de patiënt.

De herontdekte wijkverpleegkundige

De breed georiënteerde, integraal werkende wijkverpleegkundige kan in het licht van de in de NIVEL-studie beschreven ontwikkelingen belangrijke bijdragen leveren aan oplossingen. Zij* vervult een cruciale functie in de samenleving op het gebied van zorg en welzijn. Ze is gemakkelijk toegankelijk voor cliënten, vervult (complementair aan de huisartszorg) een spilfunctie in de zorg en verleent zorg op hoog niveau. De wijkverpleegkundige heeft daarnaast een belangrijke toegevoegde waarde als het gaat om het leveren van preventieve activiteiten en het stimuleren van de zelfredzaamheid. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is dan wel eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te verergeren, met als doel de gezondheid te bevorderen en ziekten of gezondheidsproblemen te voorkomen.³

De motie Hamer

In september 2008 verzocht de Tweede Kamer tijdens de Algemene Beschouwingen de regering extra geld beschikbaar te stellen voor uitbreiding van het aantal wijkverpleegkundigen. Dit verzoek is inmiddels bekend als de "Motie Hamer". In november 2009 informeren de staatssecretaris van VWS en de minister van WWI de Tweede Kamer hoe zij gezamenlijk uitvoering geven aan de motie. Er worden middelen vrijgemaakt voor een door ZonMw uit te voeren programma dat, om te beginnen in 40 'aandachtswijken', de verpleegkundige functie gaat versterken.⁴

* De beroepsgroep bestaat voor het overgrote deel uit vrouwelijke werknemers. Voor de leesbaarheid wordt de wijkverpleegkundige in dit document, met 'zij' aangeduid, behalve in citaten.

Het onderstaande beknopte overzicht laat zien dat de wijkverpleegkundige anno 2012 weer op de agenda staat van de overheid, zorginnovator ZonMw, beroepsorganisatie V&VN en patiëntenorganisatie NPCF. Hoger onderwijs- en zorginstellingen ontplooiën, vaak in onderlinge samenwerking, op lokaal niveau prikkelende initiatieven.

De overheid

De politiek onderschrijft het belang van de wijkverpleging: 'Bij de samenwerking tussen de verschillende zorg- en hulpverleners in de eerste lijn speelt de wijkverpleegkundige een belangrijke rol. Die rol moet ook in de toekomst geborgd blijven. De inzet van de wijkverpleegkundige richt zich op de lichamelijke gezondheid, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op de eigen woon- en leefomgeving van de burger. De wijkverpleegkundige vormt daarbij de schakel tussen de burger, zijn of haar familie (mantelzorg) en de verschillende professionals. Hij of zij komt bij de cliënt achter de voordeur, is toegankelijk (laagdrempelig) en kent de structuren binnen de gezondheidszorg, gemeenten en welzijnsorganisaties. Daardoor kan noodzakelijke informatie en doorverwijzing door één persoon uitgevoerd worden. Het bevorderen van zorgonafhankelijkheid en de eigen regie van de cliënt/patiënt zijn belangrijke uitgangspunten voor een wijkverpleegkundige. Gerichtte inzet van de wijkverpleegkundige verbetert de kwaliteit van de zorg. Ook kunnen de kosten beter worden beheerst.'⁶

Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.

ZonMw startte in 2009 het programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt': 'Met de extra inzet van de wijkverpleegkundige functie wordt beoogd de integrale aanpak tussen wonen, zorg, welzijn en preventie te vergroten, de verbinding tussen vraag en aanbod voor de burger op wijkniveau en de bereikbaarheid te optimaliseren en een sluitende zorg- en dienstverlening in de wijk passend bij de behoeften van (met name de kwetsbare) burger. De wijkverpleegkundige in de (aandachts)wijken heeft een functie waarbinnen naast reguliere taken in de zorgverlening taken als coördinatie en regie, advisering en doorverwijzing, signalering en probleemanalyse op wijkniveau worden versterkt c.q. vernieuwd. Daarbij worden vanuit de zorgtaak verbindingen gelegd met relevante beleidsterreinen als wonen, werken en integratie.'⁶

Beroepsvereniging en patiëntenorganisatie

Beroepsvereniging V&VN startte, in samenwerking met de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie), in 2009 het project 'Versterken verpleging thuis: naar een basisvoorziening Wijkverpleging', waarbij de focus lag op kwetsbare ouderen. Wijkverpleegkundigen maken deel uit van een team wijkverpleging; de zorg wordt door het team geleverd, waarbij de wijkverpleegkundige de regie heeft. De wijkverpleegkundigen kregen, na overleg met de zorgkantoren, de gelegenheid om de indicatie van de cliënt naast zich neer te leggen. Op basis van hun eigen professionele blik konden zij samen met de kwetsbare oudere de zorgvraag in de volle breedte (zorg, wonen en welzijn) vaststellen en uitvoering hieraan geven. Deze nieuwe uitvoering van zorg is gericht op meer samenwerking met andere professionals, activering van de zelfredzaamheid van de cliënt, sturing op gezondheid en gedrag van de cliënt en coördinatie van de zorg.⁷

Buurtzorg en andere initiatieven

De wijkverpleegkundige werd wegbezuinigd omdat deze hoog opgeleide professional te duur zou zijn. Diverse initiatieven hebben inmiddels aangetoond dat de hbo-verpleegkundige de kosten juist verlaagt, terwijl cliënten een hogere mate van kwaliteit van zorg ervaren. Dit blijkt ook uit het eindrapport van BMC advies management, dat in opdracht van ZonMw de kosten en baten van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige onderzocht.⁸ De afgelopen jaren zijn er veel lokale initiatieven ontplooid om de wijkverpleegkundige de plaats en de status te geven die ze verdient.

Buurtzorg Nederland, een initiatief van de beroepsgroep zelf, is in 2006 gestart en breidt zich steeds verder uit over het land. 'Buurtzorg Nederland heeft een vernieuwend concept voor verpleging en verzorging aan huis ontwikkeld. Zorgverlening waarbij we streven naar betere oplossingen voor de cliënt, duurzaam en effectief. Door de zorgverlening volledig door hoogopgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kleine autonome 'Buurtzorgteams' in te laten vullen, wordt het oplossend vermogen en de professionaliteit van medewerkers ten volle benut. Deze Buurtzorgteams worden ondersteund door een landelijke organisatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van moderne ICT-toepassingen waardoor de administratieve kosten tot een minimum worden beperkt. De kosten van management en overhead worden zo beperkt mogelijk gehouden.'⁹

Op lokaal en regionaal niveau worden talrijke initiatieven ontplooid, die hier niet alle genoemd kunnen worden. Enkele opvallende zijn De wijkzuster terug! in West-Brabant, Wijkzorg Gevraagd! in Zuid-Holland, en Van solex tot laptop in West-Friesland.

2



De werkomgeving van de wijkverpleegkundige

De unieke positie van de wijkverpleegkundige ten opzichte van andere verpleegkundigen wordt veroorzaakt door de plaats waar zij haar werk doet: buiten de muren van de zorginstellingen, binnen de muren van de woning van de cliënt of patiënt, en in de wijk. Omdat dit gegeven doorslaggevend is voor de manier waarop de wijkverpleegkundige opereert, wordt in dit hoofdstuk dieper ingegaan op de kenmerken van die werkomgeving.

2.1 De doelgroep

Diversiteit

De cliënten van de wijkverpleegkundige verschillen onderling zeer: in sociaal-economische status, leeftijd, culturele achtergronden en in ziektecategorie. Deze diversiteit vraagt om een generalistische wijkverpleegkundige met brede kennis en bekwaamheid op vele terreinen. Daarbij moet de wijkverpleegkundige voor zowel patiënten en cliënten als voor professionals gemakkelijk beschikbaar zijn voor het beantwoorden en stellen van vragen op het gebied van zorg, wonen en welzijn.

Mantelzorger als vrager en als partner in de zorg

De mantelzorg speelt in de thuissituatie een grote rol. Veel cliënten zijn niet alleen afhankelijk van de reguliere zorg, maar ook van mantelzorgers. De wijkverpleegkundige moet de mogelijkheden en het kennisniveau van de mantelzorger inschatten en oog hebben voor diens mogelijke overbelasting, flexibel om kunnen gaan met de meest uiteenlopende wensen en ondersteuning kunnen bieden. De mantelzorger is soms ook zelf zorgvrager, vaak partner in de zorg.

Cliëntsysteem

De wijkverpleegkundige heeft te maken met het hele cliëntsysteem (cliënt, mantelzorger, familie, burens, informele zorg). Dit vraagt om afstemming en inschatting van de mogelijkheden van een ieder.

2.2 De omgeving

Zorgverlening in de eigen woning

De wijkverpleegkundige is te gast bij de cliënt en gaat vaak een langdurige relatie met hem aan. De cliënt is autonoom, dit vraagt om meebewegen met de cliënt. De wijkverpleegkundige past zich zoveel mogelijk aan aan de cliënt en zijn leefsituatie. De privacy en de woonsituatie van de cliënt dienen gerespecteerd te worden. Bovendien moet zij rekening houden met huisgenoten. De beperkte mogelijkheden van veel woningen en het feit dat elke woonsituatie weer anders is, vragen flexibiliteit en creativiteit van de wijkverpleegkundige. Voorzieningen als speciale bedden, tilliften en woningaanpassingen zijn niet altijd aanwezig en moeten in korte tijd en met beperkte financiële middelen geregeld worden.

Werken in de wijk

De wijkverpleegkundige is een bekende in de wijk. Zij is op de hoogte van een uitgebreide sociale kaart, niet alleen op het gebied van zorg, maar ook op het terrein van welzijn, wonen en informele zorg.

De wijkverpleegkundige heeft een bijzondere samenwerkingsrelatie met de huisarts. Zij werken beiden als generalist in de eerstelijns en zijn complementair aan elkaar. Bovendien is de wijkverpleegkundige goed toegankelijk voor andere zorgverleners, die weten waarvoor ze bij haar terecht kunnen; omgekeerd weet zij waarvoor ze bij andere professionals terecht kan.

Netwerker

De wijkverpleegkundige heeft een netwerk in de wijk. Zij onderhoudt contact met buurtbewoners, organisaties, professionals en gemeenteambtenaren.

2.3 Taak en inhoud

Alleen achter de voordeur

De wijkverpleegkundige werkt meestal alleen bij de cliënt, waardoor er minder mogelijkheden zijn voor directe collegiale ondersteuning en overleg. Controle en begeleiding vinden op afstand plaats; zelfregulering is belangrijk. Er wordt een groot beroep gedaan op de professionaliteit en verantwoordelijkheid van de medewerker. Zij moet zelfstandig besluiten kunnen nemen en een goede risico-inschatting kunnen maken.

Geen continu toezicht op de cliënt

De wijkverpleegkundige - of haar collega - is weliswaar 24 uur per dag bereikbaar, maar is maar een klein deel van de dag fysiek aanwezig bij de cliënt. Ze moet steeds inschatten of de situatie veilig is om de cliënt in achter te laten. De signaleringsfunctie is nog belangrijker dan bij de intramurale zorg.

Langdurige relatie

De wijkverpleegkundige gaat een langdurige relatie aan met de cliënt en mantelzorg. Deze langdurigheid heeft implicaties voor het werk van de wijkverpleegkundige, onder andere omdat het bewaren van de vereiste professionele distantie extra aandacht behoeft in een situatie van langdurige betrokkenheid, en de wijkverpleegkundige steeds alert moet zijn op geleidelijke veranderingen in de gezondheidssituatie van de cliënt.

Preventie

De wijkverpleegkundige houdt zich niet alleen bezig met curatieve zorg. Preventie maakt een belangrijk onderdeel uit van haar takenpakket. Preventie moet hierbij niet beperkt worden opgevat als 'het voorkomen van erger', maar breed: gezondheidsbevordering en vroegtijdig signaleren van problemen, zowel op individueel als collectief niveau. Dit impliceert dat de wijkverpleegkundige weet welke factoren ('determinanten') van invloed zijn op gezondheid, en dat zij in staat is deze samen met de cliënt en andere betrokkenen in positieve zin te beïnvloeden. De wijkverpleegkundige is een hbo-opgeleide professional die ten opzichte van de intramurale setting beschikt over aanvullende competenties op dit gebied.

Wonen, zorg en welzijn

De wijkverpleegkundige heeft een verbindende rol tussen de sectoren wonen, zorg en welzijn. Deze drie sectoren beïnvloeden elkaar. Zij is daarbij gericht op behoud of verbeteren van gezondheid en welzijn van de cliënt

Werken aan samen/zelfredzaamheid

De wijkverpleegkundige bevordert met haar focus op wat haar cliënt (nog) wel kan, diens zelfredzaamheid, en de redzaamheid van zijn sociale verbanden.

2.4 Organisatorische aspecten

Regievoering

In complexe situaties neemt de wijkverpleegkundige de regie van de verpleegkundige zorg op zich, vervult de rol van casemanager en is de spin in het web. Zij zorgt ervoor dat er afstemming plaatsvindt tussen alle betrokken hulpverleners in de eerste lijn. Dit vereist goede communicatie en positionering en vraagt veel tact van de wijkverpleegkundige. Een complicerende factor is het feit dat de eerstelijns hulpverleners vaak op verschillende locaties werken, elkaar niet of onvoldoende kennen en gewend zijn solistisch te werken.

Teamleden van wisselend niveau

De wijkverpleegkundige werkt binnen een team met uiteenlopende deskundigheidsniveaus, van helpende tot (wijk)verpleegkundigen. Vaak wordt een laag deskundigheidsniveau ingezet. Dit vraagt van de wijkverpleegkundige, die meestal het team aanstuurt, extra inspanningen om de kwaliteit van de verleende zorg te bewaken.

3



De competenties van de wijkverpleegkundige

Een wijkverpleegkundige is eerst en vooral een verpleegkundige en beschikt dan ook over een hbo-opleiding (uitstroom Maatschappelijke Gezondheidszorg) en verder over alle competenties van de verpleegkundige, zoals die worden geformuleerd in het Beroepsprofiel verpleegkundige.¹⁰ Bij de beschrijving van de competenties wordt gebruik gemaakt van de ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Kern van de beroepsuitoefening is de verpleegkundige als zorgverlener (in het schema afgebeeld in het midden van de 'bloem'). Alle andere bekwaamheden raken aan die centrale rol en krijgen er richting door.



Voor de duidelijkheid worden bij elke rol eerst de competenties van de verpleegkundige genoemd en daarna de aanvullende competenties van de wijkverpleegkundige.

3.1 De zorgverlener

Als zorgverlener is de verpleegkundige gericht op het versterken van het zelfmanagement van mensen in hun sociale context, waar mogelijk. Verplegen omvat: het vaststellen van de behoefte aan verpleegkundige 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 verpleegkundige zich op risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. Omdat ieder mens anders reageert op (dreigende) ziekte en behandeling, zowel lichamelijk, psychologisch, functioneel als sociaal, maakt de verpleegkundige gebruik van een veelheid aan informatie. Allereerst informatie van de persoon zelf, van zijn omgeving en van andere zorgverleners. Dit kan mondelinge informatie zijn, informatie uit observaties en lichamelijk onderzoek, en uit overdrachten en dossiers.

De problemen van patiënten, zoals verpleegkundigen die in alle contexten tegenkomen, betreffen vier gebieden van het menselijk functioneren: *het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale*. Naast deze 'generieke' problemen zijn er altijd ook specifieke.

Als zorgverlener is de verpleegkundige zelfstandig bevoegd voor de volgende in de wet BIG genoemde voorbehouden handelingen: injecties, catheterisaties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

De zelfstandige bevoegdheid geldt voor zover wordt gehandeld binnen de in regelgeving gestelde begrenzingen. Voor andere voorbehouden handelingen geldt een zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid (functionele zelfstandigheid) zoals omschreven in het Besluit functionele zelfstandigheid.

Competenties verpleegkundige

Kennis:

- Heeft belangrijke basisprincipes uit de anatomie, fysiologie, pathologie en farmacologie paraat.
- Is goed op de hoogte van ontwikkelingspsychologie, levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en copingstijlen.
- Kent de theoretische modellen achter haar activiteiten en interventies.
- Kent de bronnen van het verpleegkundig handelen en actuele richtlijnen en professionele standaarden.

Aanvullende kennis wijkverpleegkundige:

- Weet hoe gezondheid wordt bepaald en welke factoren daarop van invloed en beïnvloedbaar zijn.

Vaardigheden en attitude:

- Kan informatie verzamelen op diverse manieren, deze informatie analyseren en interpreteren.
- Is in staat om op basis van klinisch redeneren de verpleegkundige zorg vast te stellen, gericht op het handhaven of (opnieuw) verwerven van het zelfmanagement van de patiënt en diens naasten.

- Kan risico's inschatten, problemen vroegtijdig signaleren, interventies kiezen en uitvoeren, het verloop monitoren en de resultaten evalueren bij zorgproblemen in de vier gebieden van het menselijk functioneren.
- Is in staat te werken volgens richtlijnen en daar beargumenteerd vanaf te wijken als de situatie of eigen professionele of morele afwegingen daartoe aanleiding geven.
- Kan de patiënt ondersteunen bij persoonlijke verzorging en deze waar nodig overnemen.
- Kan alle voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren, met inachtneming van de eigen bevoegdheid en bekwaamheid.

Aanvullende vaardigheden en attitude wijkverpleegkundige:

- Is in staat om te signaleren, (her)indiceren, verwijzen, bemiddelen, coördineren en evalueren van de zorg- en dienstverlening met de zorgvrager én mantelzorger.
- Is in staat breder te kijken dan de oorspronkelijke hulpvraag.
- Is in staat (medisch technische) zorg te verlenen in de woning van de zorgvrager in complexe, niet stabiele situaties aan mensen met één of meer chronische aandoeningen of handicaps en aan mensen in de terminale fase. Adviseert en instrueert de zorgvrager en mantelzorger.
- Is in staat de afweging te maken tussen zorg voor ziekte en bevorderen van gezond gedrag, met accent op wat cliënt nog wel kan.
- Is in staat de draaglast en draagkracht van de mantelzorger in te schatten, de zelfredzaamheid van cliënt en mantelzorger te stimuleren.
- Is in staat zorgmijders en minder mondige burgers met (dreigende) gezondheidsproblemen op te sporen in samenwerking met het 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.
- Is in staat de financiële grenzen van de zorguitvoering en dienstverlening te bewaken en met de zorgvrager en zijn sociale systeem te bespreken.
- Heeft lef, is creatief en flexibel en kan inspelen op uiteenlopende cliënten en situaties.

3.2 De communicator

Patiënten hebben de regie over en verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en gezondheid, binnen de mogelijkheden en omstandigheden van ieder individu afzonderlijk. Van de verpleegkundige vraagt dit een goed inschattingsvermogen van de informatiebehoefte die de patiënt heeft. Zij houdt in de communicatie rekening met persoonlijke factoren van de patiënt 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 verpleegkundige is zich bewust van de impact van haar verbale en nonverbale communicatie. Ze verifieert

de uitkomsten van haar communicatie bij de patiënt en diens naasten.

De communicatie met patiënten die zich verbaal of non-verbaal niet goed kunnen uiten is complex en vraagt bijzondere aandacht. Het moeilijk kunnen interpreteren van zorgvragen door een gebrek aan verificatiemogelijkheden bij de patiënt kan leiden tot extra complicaties.

De verpleegkundige heeft ook te maken met mondige patiënten die zich van te voren uitgebreid hebben geïnformeerd (vaak via internet). Samen met de patiënt gaat de verpleegkundige na welke informatie betrouwbaar en van toepassing is en welke niet. Technologische mogelijkheden maken het de verpleegkundige mogelijk om niet alleen face-to-face, maar ook op afstand te communiceren met patiënten. ICT is ondersteunend aan het persoonlijk contact, vervangt dat niet.

De verpleegkundige is actief en vaardig op internet en gebruikt sociale media op integere en professionele wijze.

Competenties verpleegkundige

Kennis:

- Heeft kennis van communicatieniveaus (inhoud, procedure, proces).
- Kent de belangrijkste gesprekstechnieken.
- Kent verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en versterken van de positie van de cliënt.
- Is op de hoogte van de nieuwste toepassingen van ICT.

Vaardigheden en attitude:

- Kan communiceren op inhouds-, procedure- en procesniveau en soepel schakelen tussen deze niveaus.
- Kan gesprekstechnieken toepassen, passend bij de patiënt en het niveau van communicatie: luisteren, vragen stellen, samenvatten en parafraseren, spiegelen, gevoelsreflecties geven.
- Kan uitstekend formuleren, mondeling en schriftelijk, vaktaal in gewonemensentaal omzetten.
- Kan adviezen geven, de patiënt instrueren en motiveren.
- Is digitaal vaardig, is thuis op het internet en maakt professioneel gebruik van sociale media.

Aanvullende vaardigheden en attitude 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 en begripsvermogen de zorgvrager en zijn sociale systeem hebben.
- Communiqueert effectief met gemeenten over verbeteringen op het gebied van wonen, zorg en welzijn.
- Is in staat om te gaan met zorg op afstand, e-health, internet en mobiele telefonie.
- Is in staat vragen uit de wijk te beantwoorden 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.

3.3 De samenwerker

De verpleegkundige handelt vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines, en met leidinggevend. Zij deelt 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. Zij geeft in samenwerking vorm aan het ontwikkelen van beleid met betrekking tot de individuele patiëntenzorg over de grenzen van de individuele zorgorganisatie. Zij doet dit vanuit het perspectief van de continuïteit van de zorg voor het individu.

De verpleegkundige werkt daarnaast over de grenzen van gezondheidszorgorganisaties heen, met onder meer woningbouwverenigingen, politie, ouderensoos, wijkcentra, kerken en moskeeën, buurtregisseurs, scholen, kinderdagverblijven en kunstenaars. Via deze samenwerking spoort zij ook zorgmijders op en mensen met (dreigende) gezondheidsproblemen. De verpleegkundige in de wijk/buurt bereikt iedereen die zorg behoeft, niet alleen op indicatie.

De verpleegkundige is vanuit het perspectief van de ondersteuning van het zelfmanagement in eerste termijn gericht op de samenwerking met de patiënt en diens naasten. Zij is zich bewust van het belang van deze relatie als basisvoorwaarde voor de verpleegkundige zorgverlening. De verpleegkundige ondersteunt en begeleidt de mantelzorg of (waar mantelzorg ontbreekt) het sociale netwerk.

In het kader van de samenwerking legt de verpleegkundige de informatie die nodig is om de juiste zorg te kunnen geven, schriftelijk of digitaal vast en houdt een adequate statusvoering bij. Zij draagt de zorg ook mondeling over naar collega's van eigen en andere disciplines.

Competenties verpleegkundige

Kennis:

- Heeft een visie op samenwerken, kent actuele standaarden en handreikingen daarin.
- Heeft kennis van samenwerkingsprocessen, zoals groeps- en teamvorming, teamrollen, groepsdynamica en geven en ontvangen van feedback.
- Heeft kennis van de samenwerkingspartners (hun rollen, deskundigheid en bevoegdheden).
- Is op de hoogte van ketenprocessen en de organisatie van de zorg in de eigen regio.
- Is bekend met (potentiële) samenwerkingspartners buiten de zorg.
- Heeft kennis van doeltreffende en doelmatige verslaglegging en overdracht, inclusief het gebruik van ICT en wet- en regelgeving in deze.

Aanvullende kennis 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.

Vaardigheden en attitude:

- Kan samenwerken met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, hen steunen en hen waar nodig verwijzen.

- Kan haar visie op samenwerken formuleren en naar voren brengen.
- Kan in teams en samenwerkingsprocessen haar bijdrage leveren en zichzelf positioneren, schuwt confrontaties en verschil van mening daarbij niet.
- Kan efficiënt en effectief verslagleggen, overleggen en overdragen, vanuit een gelijkwaardige, collegiale en open houding. Zowel in relatie tot de patiënt en diens naasten, binnen het eigen verpleegkundige team, in het multidisciplinaire team als met andere samenwerkingspartners.

Aanvullende vaardigheden en attitude wijkverpleegkundige:

- Is in staat een netwerk op te bouwen en te onderhouden in de wijk.
- Is in staat initiatief te nemen tot multidisciplinair samenwerken van professionals zorg en welzijn, gemeente en wooncorporaties en dit te coördineren, regisseren en te bevorderen.
- Is in staat haar eigen functie/meerwaarde te benoemen in relatie met samenwerkingspartners en cliënten.
- Is in staat zichzelf binnen de wijk te profileren bij cliënten, zorgverleners en andere relevante instanties.

3.4 De reflectieve beroepsbeoefenaar en praktijkonderzoeker

Het handelen van de verpleegkundige in de praktijk wordt in toenemende mate ondersteund door resultaten vanuit onderzoek (Evidence Based Practice, EBP). De verpleegkundige streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn.

Zij neemt kennis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek en past die waar mogelijk toe in de beroepspraktijk. Zij participeert in onderzoek van specialisten en onderzoekers (verpleegkundig, medisch, psychosociaal en/of paramedisch).

De verpleegkundige werkt permanent aan de ontwikkeling van haar deskundigheid en levert een bijdrage aan die van collega's. De verpleegkundige leert via formele leertrajecten én dagelijks op de werkplek, bijvoorbeeld door casusbesprekingen, intervisie, klinische lessen en intercollegiale toetsing. Levenslang leren is een constante in haar loopbaan. Zij is transparant over haar persoonlijke en professionele ontwikkeling. Zij houdt dit bij (in Kwaliteitsregister, portfolio). De verpleegkundige coacht (aankomend) verpleegkundigen en fungeert als rolmodel. Zij signaleert tekorten aan kennis in de beroepspraktijk en onderneemt actie om die te verhelpen.

De verpleegkundige 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. De medische mogelijkheden zijn groot; er wordt vroeg ingegrepen en lang doorbehandeld. De verpleegkundige speelt een grote rol in het vinden van antwoorden op ethische vragen die dit oproept: hoe verhoudt (door) behandelen zich tot de kwaliteit van leven? Verpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat alle keuzen in de zorg niet los gezien kunnen worden van een moreel-ethische context. Zij is zich bewust van haar eigen morele kader van waaruit zij handelt en de impact die dat heeft op de zorgverlening.

Competenties verpleegkundige

Kennis:

- Heeft kennis van de principes van Evidence Based Practise.
- Heeft elementaire kennis van methoden van onderzoek.
- Heeft kennis van actuele thema's en ontwikkelingen in het eigen vakgebied.
- Is op de hoogte van toepassingen op het gebied van kennisontwikkeling en –delen.
- Kent de principes van reflectieve praktijkvoering.
- Heeft kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen.
- Heeft kennis van de moreel-ethische context van de zorgverlening.

Vaardigheden en attitude:

- Houdt vakliteratuur bij. Weet informatie op internet snel op te zoeken.
- Kan participeren in (praktijk)onderzoek.
- Ontwikkelt zich door zelfreflectie en zelfbeoordeling van eigen resultaten.
- Kan het eigen functioneren waarderen en kritisch benaderen; durft ergens op terug te komen.
- Kan feedback van collega's en leidinggevendenden ontvangen en integreren in haar handelen.
- Kan collega's en studenten feedback geven op hun handelen en professioneel gedrag.
- Kan omgaan met ethische vraagstukken en zingevingsvraagstukken van patiënten.
- Kan patiënten en diens naasten ondersteunen bij het nemen van beslissingen betreffende de behandeling, het al of niet voortzetten van een behandeling (specifiek rond het levenseinde).

Aanvullende vaardigheden en attitude wijkverpleegkundige:

- Is in staat duidelijke grenzen aan te geven: wat is de verantwoordelijkheid van de cliënt en wanneer moet er professioneel worden ingegrepen?
- Is in staat een monitor en/of wijkanalyse om te zetten in een passende aanpak gericht op preventie en oplossen van gezondheidsproblemen.

3.5 De gezondheidsbevorderaar

De verpleegkundige beweegt zich in een maatschappij en zorgsector waarin het denken in termen van zorg en ziekte verschuift naar denken in termen van gedrag en gezondheid. De verpleegkundige draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van mensen door het ondersteunen van hun zelfmanagement. Waar mogelijk betreft de verpleegkundige de naasten en/of mantelzorg actief, waar mantelzorg ontbreekt legt zij contact met of initieert zij een sociaal netwerk rondom de patiënt. Zij houdt daarbij rekening met de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl. Daarnaast richt zij zich op de omgeving van de patiënt, op groepen patiënten en op andere professionals of instanties, of gemeenten.

De verpleegkundige benadert mensen met hoge risico's op gezondheidsproblemen actief. Zij beïnvloedt de leefstijl en bevordert gezond gedrag van burgers en patiënten, in de context waarin zij werkt.

Competenties verpleegkundige

Kennis:

- Heeft kennis van epidemiologie.
- Heeft kennis van preventie en gezondheidsvoorlichting, gezondheids- en gedragsdeterminanten.
- Heeft kennis van de principes van zelfmanagement, leefstijlen, gedrag en manieren van gedragsbeïnvloeding.
- Is bekend met manieren waarop gezond gedrag gestimuleerd kan worden.
- Is op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen van gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen.

Aanvullende kennis wijkverpleegkundige:

- Is op de hoogte van de demografische samenstelling van de wijk, het vóórkomen van ziektes en kwetsbare doelgroepen.
- Heeft kennis van het bevorderen van een gezonde leefomgeving, zowel binnen als buiten de woning.

Vaardigheden en attitude:

- Kan gegevens verzamelen in brede context, gericht op vroegsignalering en risicobeoordeling.
- Heeft vaardigheden op het gebied van outreachende zorg en bemoeizorg.
- Is in staat het sociale netwerk rond een patiënt te versterken.
- Kan meedenken met beleidsmakers en voorstellen doen voor noodzakelijke programma's.
- Kan participeren in collectieve / groepsgerichte preventie.

Aanvullende vaardigheden en attitude wijkverpleegkundige:

- Is in staat problemen vroegtijdig te onderkennen om zo in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen.
- Is vanuit haar 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.
- Is in staat mee te bouwen aan zorgstructuren die specifiek gericht zijn op de behoeftes van wijkbewoners.
- Kan activiteiten voor doelgroepen in de wijk opzetten en uitvoeren die gericht zijn op het bevorderen van gezondheid.

3.6 De organisator

De verpleegkundige werkt als professional in verschillende sectoren van de zorg. Zij is ondernemend en initiatiefrijk, werkzaam in grote organisaties of in zelfsturende, kleinschalige teams, of als zelfstandig

beroepsbeoefenaar. Binnen de verschillende contexten overziet en begrijpt zij de financieel-economische en bedrijfsmatige belangen die bij de patiëntenzorg spelen. Zij voelt zich medeverantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Zij gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om. Zij neemt beslissingen in het dagelijks werk over taken, beleid (prioritering) en middelen voor de individuele patiëntenzorg.

De verpleegkundige heeft een coördinerende rol rond de patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Zij houdt alle ontwikkelingen rondom de patiënt bij en zoekt samen met hem of haar naar oplossingen. Daarmee wordt fragmentatie van zorg voorkomen, de complexiteit goed ingeschat en de juiste professional ingeschakeld. Zij heeft ook invloed op indicering van de zorg.

De organisatie en coördinatie van de zorg is niet denkbaar zonder de mogelijkheden van ICT. De verpleegkundige past de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën toe, biedt zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de patiënt.

De verpleegkundige neemt verantwoordelijkheid naar de organisatie waarin of waarmee zij werkt. Ze bewaakt de patiëntveiligheid, meldt fouten en incidenten, signaleert en rapporteert mogelijkheden tot verbetering van de zorgverlening. De verpleegkundige speelt een actieve rol bij het inrichten van een aantrekkelijke werkomgeving.

Competenties verpleegkundige

Kennis:

- Kent verschillende organisatievormen en principes uit de organisatiekunde.
- Heeft bedrijfsmatig en zakelijk inzicht en kennis van de bekostiging van de zorg.
- Heeft kennis van de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën.
- Weet hoe het beleid van een organisatie te beïnvloeden is.

Aanvullende kennis wijkverpleegkundige:

- Heeft kennis van maatschappelijke wet- en regelgeving: o.a. schuldhulpverlening, hulpmiddelen/aanpassingen, AWBZ, WMO en Zvw.
- Is op de hoogte van financiering van zorg- en welzijnsdiensten en kan een kosten-batenanalyse maken met betrekking tot zorg- en dienstverlening.

Vaardigheden en attitude:

- Kan de zorg rondom patiënten, tussen disciplines en organisaties coördineren en de continuïteit van zorg waarborgen.
- Neemt beslissingen over beleid (prioritering) en middelen voor de individuele patiëntenzorg.
- Gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om.
- Neemt (gedrags)regels en protocollen in acht, die horen bij de functionele verantwoordelijkheid.
- Is zeer vaardig op het gebied van informatie- en communicatietechnologie.
- Levert een bijdrage aan de patiëntveiligheid en het werkklimaat binnen de organisatie.

Aanvullende vaardigheden en attitude wijkverpleegkundige:

- 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 en calamiteitenzorg.
- 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 haar team en weet hoe ze de vaardigheden van haar teamgenoten optimaal kan benutten, neemt hiervoor de verantwoordelijkheid en toont leiderschap.

3.7 De professional en kwaliteitsbevorderaar

De verpleegkundige levert zorg passend binnen de geldende wet- en regelgeving. De verpleegkundige monitort, meet en screent haar zorg systematisch, met het oog op kwaliteitsverbetering. Waar mogelijk werkt de verpleegkundige evidence based, en volgt kritisch wat werkt. Zij monitort resultaten, zowel op het niveau van individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin zij werkt, en stuurt waar nodig bij. Zij kan afwegingen maken tussen prijs en kwaliteit, om kostenbewust te werk te gaan. Zij levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie.

Veel zorg is geprotocolleerd en gestandaardiseerd. De verpleegkundige is betrokken bij het lokaal toepasbaar maken en uitvoeren van standaarden. Signaleert het ontbreken van standaarden en protocollen op relevante gebieden en brengt dit onder de aandacht van de eigen organisatie en van de beroepsvereniging van verpleegkundigen.

Als lid van de beroepsgroep/beroepsvereniging beïnvloedt de verpleegkundige samen met vakgenoten de beeldvorming en het positieve imago van het beroep, laat zien waar het beroep voor staat en wat de verpleegkundige bijdrage aan de zorg is.

De verpleegkundige heeft visie, bevlogenheid, betrokkenheid. Zij vindt het een uitdaging om met mensen te werken, toont respect en oprechte interesse, heeft aandacht voor het unieke van ieder mens.

De verpleegkundige heeft een verantwoordelijke en assertieve beroepshouding. Verpleegkundigen spreken elkaar aan op professioneel gedrag: complimenteren en waarderen elkaar, geven elkaar feedback, reflecteren samen.

Competenties verpleegkundige**Kennis:**

- Kent de wet- en regelgeving die van toepassing is op de verpleegkundige beroepsuitoefening en de context waarin zij werkzaam is.
- Heeft kennis van monitoring van resultaten van zorg.
- Heeft kennis van actuele richtlijnen.
- Heeft kennis van kwaliteitskaders en professioneel en persoonlijk leiderschap.
- Kent de eigen waarden en normen en die van de beroepsgroep (beroepscode).

- Kent de grenzen van het persoonlijke en professionele handelen (persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid).

Vaardigheden en attitude:

- Is resultaatgericht, werkt effectief en efficiënt.
- Kan haar visie op kwaliteit van zorg in begrijpelijke bewoordingen naar voren brengen.
- Houdt zich als lid van de beroepsgroep aan de verpleegkundige beroepscode, regels uit de organisatie en wetgeving.
- Kan omgaan met spanningsvelden, zoals zakelijkheid-betrokkenheid en afstand-nabijheid.
- Is een trotse en zelfbewuste beroepsbeoefenaar, ambassadeur van het vak.

4



Bijlagen

4.1 Korte geschiedenis en toekomstperspectief van de wijkverpleging

In de meer dan honderd jaar oude geschiedenis van de wijkverpleging kan een aantal fasen worden onderscheiden. De historische ontwikkeling van het beroep van de wijkverpleegkundige is nauw verbonden met de geschiedenis van de kruisverenigingen¹¹.

Pioniersfase 1875 - 1930

Tot ver in de 19^e eeuw werden in Nederland zieken zoveel mogelijk thuis verzorgd door familieleden. De kindersterfte was hoog; vooral tuberculose, maar ook malaria, roodvonk, tyfus en andere besmettelijke ziektes eisten veel slachtoffers. Wie geen thuis had, kon in het plaatselijke gasthuis terecht, waar meiden en knechten voor de zieken zorgden. Zowel thuis als in de gasthuizen werkten ook katholieke zusters en protestantse diaconessen, die de zieken toegewijd verpleegden vanuit een religieuze roeping, maar veelal zonder een opleiding te hebben gevolgd. Dit veranderde met de komst van de kruisverenigingen, die werd geïnspireerd door het in 1864 opgerichte Rode Kruis en het werk - en de persoon - van Florence Nightingale. De kruisverenigingen beschouwden zichzelf als een 'Rode Kruis in vrede'. Het begon in 1875 met de Noord-Hollandse vereniging Het Witte Kruis. Drie jaar later startte de eerste verpleegstersopleiding, eerst gericht op de verpleging in ziekenhuizen, later op de verpleging thuis. Vanaf 1900 ontstonden ook elders kruisverenigingen, maar dan onder de naam het Groene Kruis. In 1916 kwam daar nog het katholieke Wit-Gele Kruis bij en in 1946 het protestants-christelijke Oranje-Groene Kruis. De verenigingen zagen het als hun voornaamste taak de onwetendheid van de bevolking met betrekking tot ziekte en hygiëne te bestrijden. Voorlichting over het voorkomen van besmettelijke ziektes was dus een belangrijk onderdeel van het werk. Er moesten onder de slecht opgeleide en grotendeels arme bevolking grote weerstanden worden overwonnen tegen, onder meer, wassen, luchten, het isoleren van zieken en het afrekenen met bedsteden. Verder pleitten de verenigingen bij overheden onder andere voor het aanleggen van waterleiding en riolering.

Eén van belangrijkste pioniers van - en ijverars voor - het kruiswerk was mej. Aafke Gesina ('Sien') van Hulst, die al voor de oprichting van de kruisverenigingen als wijkverpleegster werkte. Zij spande zich in voor een aanvullende 'Groene Kruis-opleiding', die in 1920 in Utrecht van start ging, en waarvoor alleen verpleegsters met het diploma A (ziekenhuisverpleging) werden toegelaten. Sien van Hulst - opgenomen in de 'hall of fame' van het Florence Nightingale Instituut - schreef al in 1916 Reinheid, Rust en Regelmaat, 'een beknopte uiteenzetting hoe moeders hare zuigelingen op de minst omslachtige wijze goed kunnen verzorgen'. Het '3xR' werd een klassieker, die tot ver in de jaren 50 werd gebruikt. In 1927 richtte Van Hulst de Nederlandse Bond voor Wijkverpleegsters op.

Autonome wijkverpleegsters

Van meet af aan werkten de wijkverpleegsters die in dienst waren van de kruisverenigingen zeer zelfstandig, we zouden nu zeggen autonoom. In haar eentje verleende zij allerlei vormen van zorg. Zij verpleegde zieken, gaf in 'moedercursussen' voorlichting en hielp de huisarts. Naast de burgemeester, de dominee of pastoor en de dokter was de verpleegkundige de spil van het dorp of de wijk. Het bestuur van de kruisvereniging bestond uit plaatselijke notabelen. Zij vergaderden over te nemen maatregelen bij

epidemieën, het aanschaffen van artikelen voor het uitleenmagazijn en het werven van nieuwe leden. De wijkverpleegster moest in de vergadering verslag uitbrengen van haar werk. Zij was verantwoordelijk voor het uitdragen van de missie: gezond en hygiënisch leven en zo ziekten voorkomen. De wijkverpleegsters vormden de ruggengraat van het kruiswerk.

Vanaf het begin was wijkverpleging ook een typisch vrouwenberoep. De wijkverpleegster was meestal alleenstaand en woonde vaak boven het wijkgebouw. Ze was daardoor dag en nacht bereikbaar. De zelfstandigheid was vaak de reden dat vrouwen voor dit beroep kozen. De wijkverpleegsters leidden overigens absoluut geen geïsoleerd bestaan. Ze hadden veel overleg met de huisarts over de patiënten. Huisarts en wijkverpleegster vormden een geoliede tandem. De wijkverpleegster was een bron van informatie voor de huisarts. Zij kwam bij de zieken thuis, wist precies wat er leefde en was gemakkelijker te benaderen dan de huisarts.

Bloeiperiode 1930 - 1975

Afgezien van een teruggang tijdens de Tweede Wereldoorlog begonnen de inspanningen resultaten op te leveren. De kindersterfte nam, vooral na het oprichten van consultatiebureaus, drastisch af. Ook besmettelijke ziektes kwamen door verbeterde hygiëne minder voor, hoewel de malaria pas rond 1935 werd uitgebannen en tuberculose nog lang een probleem bleef waar wijkverpleegsters veel tijd en aandacht aan besteedden, tot er in het midden van de eeuw een oplossing voor werd gevonden.

De kruisverenigingen kregen er van de overheid geleidelijk steeds meer taken bij op het gebied van preventie, bijvoorbeeld het inenten van kinderen tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio. Bestaande activiteiten werden uitgebouwd, zoals het verzorgen en verplegen van langdurig zieken thuis. Ook werden de kruisverenigingen actief op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, onder meer door het geven van adviezen bij levens- en gezinsproblemen, drankproblemen en problemen bij de opvoeding. Voor 'moeilijke kinderen' werden Medische Opvoedingsbureaus ingesteld. Deze consultatiebureaus zijn later opgegaan in de Regionale Instellingen voor Ambulante Gezondheidszorg (RIAGG). De uitbreiding van het dienstenpakket leidde ook tot uitbreiding van het aantal opleidingen en functies. Naast de consultatiebureau-arts, de kraamverzorgsters en de gezinsverzorgsters kwam er nog een heel scala van medewerkers in dienst van de kruisverenigingen, zoals, onder anderen, districtsverpleegkundigen (werkzaam op het gebied van bijvoorbeeld de reumabestrijding en andere chronische ziekten of moeder- en kindzorg), hoofdwijkverpleegkundigen (verantwoordelijk voor organisatie, coördinatie en begeleiding van het werk van de wijkverpleegkundigen), verpleegkundigen in algemene dienst (die zich bezighielden met onder meer beleidsontwikkeling en bijscholing) en leidster-docentes van de kraamcentra. Maar bij dit alles bleef de allround wijkverpleegkundige de spil van het uitvoerende werk met een opvoedende taak. 'De wijkverpleegkundige is bij uitstek de volksopvoedster die onder leiding van de geneesheer het gezin en haar leden hygiënische voorlichting geeft en ontwikkelt' (zuster Herlinda, 1953).

In 1940 waren 850.000 gezinnen lid van een kruisvereniging, in 1957 waren er van de 11 miljoen inwoners van ons land 6,5 miljoen lid van ongeveer 1700 kruisverenigingen.

Van roeping naar beroep

Vanaf de jaren 60 vond in Nederland een niet eerder vertoonde groei in de algemene welvaart plaats. De verzorgingsstaat was in opbouw. Tegelijkertijd voltrok zich een proces van ontkerkelijking en ontzuiling en won de opvatting terrein dat zorg niet afhankelijk kan zijn van een lidmaatschap, maar dat iedereen daar recht op heeft. De hechte band met de kruisvereniging begon te vervlakken. Bij wijkverpleegkundigen was al jarenlang een proces gaande in de perceptie van hun werk, dat steeds minder als 'roeping' en steeds meer als beroep werd beschouwd. Zij kwamen langzamerhand ook meer voor hun rechten op. In vergelijking met ziekenhuisverpleegsters verdienden ze slecht, voor onregelmatige diensten werden ze niet of nauwelijks betaald. In 1972 gingen ze zelfs de straat op. De protesten leidden tot meer structuur, met een betere taakverdeling tussen de wijkverpleegsters en andere betrokkenen. Er ontstonden 'hometeams': multidisciplinaire, wijkgerichte samenwerkingsverbanden van professionals in de zorg die betrokken zijn bij de verzorging en/of verpleging van een specifieke patiënt. Het hometeam was geen vast team, maar een gelegenheidssamenwerkingsverband, afgestemd op de patiënt, waarbij de wijkverpleegkundige en de huisarts nauw samenwerkten.

De afnemende band met de historische achterban en toenemende financiële druk brachten de verenigingen ertoe zich in 1967 te verbinden in de Stichting Landelijke Samenwerkende Kruisvereniging (later de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, tegenwoordig ActiZ).

Financiering

Op geen enkel moment in de geschiedenis van de kruisverenigingen werden de kosten van activiteiten gedekt uit de contributie van de leden. Niet zo gek als je nagaat dat de contributie voor de oorlog slechts 6 à 7 gulden, en ook na de oorlog nooit meer dan enkele tientallen guldens per gezin per jaar bedroeg. De inkomsten werden dan ook aangevuld met overheidsbijdragen voor de tuberculosebestrijding en bijdragen uit het in 1931 opgerichte Prophylaxefonds (vanaf 1950 Praeventiefonds). Ook werd gecollecteerd en werden loterijen en fancy-fairs georganiseerd.

Het zou nog tot 1980 duren voor de financiering van het kruiswerk wettelijk (via de AWBZ) geregeld werd. Sindsdien vindt steeds vaker maatschappelijke en politieke discussie plaats over de betaalbaarheid op termijn van de zorg.

Uitholling wijkverpleegkundige functie 1980 - 2000

Vanaf 1990 fuseerden de kruisverenigingen met gezinszorginstellingen: het begrip 'thuiszorg' werd ingevoerd. Deze schaalvergroting had ook invloed op de wijkverpleegkundige beroepsgroep. De wijkverpleegkundige functie beperkte zich steeds meer tot taakgerichte verpleging. De indicatie wordt niet langer door de wijkverpleegkundigen gesteld, maar door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), dat de hoeveelheid zorg die een cliënt mag ontvangen bepaalt. Hierdoor nam de autonomie van wijkverpleegkundigen af. De schaalvergroting had ook invloed op de samenwerking van wijkverpleegkundigen met huisartsen en andere professionals in de wijk. De huisarts en de wijkverpleegkundigen groeiden uit elkaar. De marktwerking in de zorg maakte dat steeds meer de nadruk

op doelmatigheid kwam te liggen. Het gevolg van een en ander was dat het historische profiel van de wijkverpleegkundige (een allround hbo-verpleegkundige met een hoge mate van autonomie), en daarmee de aantrekkelijkheid van het beroep, goeddeels verloren ging.

In 1999 verschijnt de VWS-nota 'Zicht op zorg, plan van aanpak modernisering AWBZ'¹². Als belangrijkste problemen worden de starre aanbodsturing en de onheldere verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden beschreven. Via de modernisering van de AWBZ moet de cliënt en zijn zorgvraag centraal komen staan. De zorg moet flexibel worden door invoering van functiegerichte aanspraken, bijbehorende indicatiestelling, het Persoonsgebonden Budget en bevordering van de marktwerking. De modernisering moet ook leiden tot meer doelmatigheid. De zorgkantoren krijgen de belangrijke rol van regisseur toebedeeld. Bovendien wordt het aantal zorgaanbieders (vooral in de thuiszorg) verruimd. Iedere AWBZ-instelling kan thuiszorg gaan leveren.

Kentering: herontdekte meerwaarde van de wijkverpleegkundige

Medio 2000 ontstaat een tegenbeweging. Zorgverleners, managers en ambtenaren herbezinnen zich op de organisatie van de zorg. De negatieve gevolgen van de schaalvergroting worden steeds duidelijker en er ontstaat de behoefte de zorg meer lokaal, in de wijk, te organiseren. De wijkverpleegkundigen zouden hierin een belangrijke plaats moeten innemen. Een van de eerste initiatieven op dit gebied is Buurtzorg. Buurtzorg werkt met kleine, autonome zorgteams die bestaan uit ervaren en hoogopgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die zorg thuis bieden en nauw samenwerken met de huisarts. De wijkverpleegkundige is het centrale aanspreekpunt voor de cliënt.

Per 1 januari 2005 is de functionele bekostiging in de thuiszorg ingevoerd. Vanaf het begin is er veel kritiek op de indicatiestelling. Die is niet flexibel, teveel een momentopname, en levert veel papierwerk op. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) publiceert in december 2010 het rapport Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd, waarin ervoor wordt gepleit verpleegkundige zorg in de eigen omgeving een duidelijke plek te geven in de Zorgverzekeringswet. Binnen de Zvw maakt indicatiestelling onderdeel uit van het zorgproces. In 2011 starten de ministeries van VWS en SZW het project Gezamenlijke beoordeling: in twaalf lokale initiatieven krijgen organisaties de mogelijkheid cliënten met een meervoudige hulpvraag samen te beoordelen. Naast een grotere rol voor de professional in de indicatiestelling zet de overheid ook in op versterking van het zorgpersoneel.

De rol van de gemeenten in de wijk wordt groter door de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO). De AWBZ-functies Begeleiding en Dagbesteding worden overgeheveld naar de WMO, evenals de huishoudelijke verzorging.

In oktober 2011 schrijft VWS een brief aan de kamer: bij de samenwerking tussen de verschillende zorg- en hulpverleners in de eerste lijn speelt de wijkverpleegkundige een belangrijk rol. Die rol moet ook in de toekomst geborgd blijven. De inzet van de wijkverpleegkundige richt zich op de lichamelijke gezondheid, sociale

redzaamheid, geestelijk welzijn en op de eigen woon- en leefomgeving van de burger. De wijkverpleegkundige vormt te schakel tussen burger, mantelzorger en de verschillende professionals. (zie noot 3)

Toekomst: nieuwe kansen voor de wijkverpleegkundige

Vanaf 2013 zal de AWBZ niet meer worden uitgevoerd door de zorgkantoren maar door de zorgverzekeraars.

Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorg en in de maatschappij is een herbezinning op de wijkverpleegkundige functie essentieel. De zorgvraag en –behoeften van patiënten thuis verandert van karakter. Patiënten worden steeds eerder uit het ziekenhuis ontslagen en zullen thuis verder moeten herstellen van de ziekte, al dan niet met de hulp van (nieuwe) medische technologieën die specialistische kennis en vaardigheden vereisen. Om de kosten beheersbaar te houden, is het belangrijk zoveel mogelijk zorg thuis te leveren. Tevens zal er een omslag plaats moeten vinden van de huidige benadering gericht op zorg en ziekte naar een meer preventieve benadering gericht op gedrag en gezondheid, met meer aandacht voor preventie en voor zelfmanagement. Niet de zorg maar het welzijn van de burger dient op de voorgrond te staan. Investeren in het welzijn van de burger kan ziekten voorkomen of uitstellen. Zorg aan huis impliceert in de praktijk een wijkgerichtheid van de zorg. Het gaat hierbij om een verbintenis van de zorg met wonen, werken en mobiliteit.

Inmiddels hebben verpleegkundigen en verzorgenden hun krachten gebundeld in de beroepsorganisatie V&VN. Om aan de hierboven geschetste toekomstige ontwikkelingen tegemoet te komen zijn in het kader van het project V&V 2020 nieuwe beroepsprofielen gemaakt en is een agenda voor implementatie opgesteld. Het politieke en maatschappelijke klimaat is gunstig voor een herleving van de wijkverpleegkundige in de rol van een hbo-verpleegkundige met een hoge mate van autonomie die een schakelfunctie vervult tussen burger, mantelzorger en de diverse professionals. Het huidige Expertisegebied wijkverpleegkundige, dat een aanvulling is op het Beroepsprofiel verpleegkundige, kan bij de implementatie en de agendasetting worden gebruikt.

4.2 Werkwijze

V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen ontving in 2011 van ZonMw subsidie voor het maken van een Expertisegebied van de wijkverpleegkundige. Er werd een projectgroep gevormd, die deze taak op zich nam. Verder werd een adviesgroep samengesteld van ter zake deskundigen uit de zorgpraktijk, overheid, kenniscentra, het onderwijs en beleidsontwikkeling. Zij hadden op persoonlijke titel zitting in de adviesgroep.

De projectgroep bracht de ontwikkelingen (zorginhoudelijke, politiek/maatschappelijke en demografische) in kaart die voor de positie van wijkverpleegkundigen van belang zijn. Vilans, het kenniscentrum voor langdurige zorg, leverde inhoudelijke input. Verder werden de beroepsbeoefenaren geraadpleegd in de vorm van rondetafelgesprekken en gesprekken met de fractie Wijkverpleegkundigen van V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen.

Daarnaast werden de resultaten gebruikt van rondetafelgesprekken die in het kader van het project V&V 2020 met wijkverpleegkundigen werden gehouden¹³. De beroepsprofielen voor verpleegkundigen, zorgkundigen en verpleegkundig specialisten - het belangrijkste resultaat van V&V 2020 - zijn gebaseerd op de zeven competentiegebieden voor zorgprofessionals die internationaal worden gehanteerd (de CanMeds). Dit model werd ook gehanteerd voor het Expertisegebied wijkverpleegkundige. De ontwikkeling van het Expertisegebied wijkverpleegkundige is een aanvulling op V&V 2020. Voor de implementatie van de beroeps- en Expertisegebieden zal zoveel mogelijk worden aangesloten bij de toekomstagenda van V&V 2020, die wordt uitgevoerd door VWS en V&VN.

Ten slotte werd gebruik gemaakt van de competentiebeschrijvingen van de wijkverpleegkundige uit 2005 van het NIZW.¹⁴

Het nieuwe Expertisegebied wijkverpleegkundige wordt met een aantal relevante belanghebbenden besproken, zoals ActiZ, LHV, NHG, MOgroep Welzijn, LVG, HBO raad en VNG.

4.3 Projectorganisatie

Projectgroep:

Drs. Mariska de Bont, projectleider, V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen

Drs. Elly van Haaren, Vilans

Drs. Marijke Wigboldus, Vilans

Drs. Johan Lambregts, adviseur namens V&V 2020

Dr. Henk Rosendal, voorzitter V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, lector Hogeschool Rotterdam en Hogeschool Leiden

Marja de Leeuw, wijkverpleegkundige Buurtzorg Nederland, voorzitter fractie Wijkverpleging V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen

Adviesgroep:

Drs. Sandra van Dalen, wijkverpleegkundige en communicatiedeskundige Beweging 3.0

Drs. Nelleke Gruijters, LHV/NHG

Drs. Joop Jaspers, Uvit

Leo Kliphuis MPH, directeur LVG

Hilda van de Lee, Programmacommissie ZonMw

Drs. Riny van Lier, ActiZ

Drs. Caroline van Mierlo, voorzitter LOOV

Karin Schut, wijkverpleegkundige Coornhert Centrum

Drs. Corine Zijderveld, NPCF

4.4 Deelnemers rondetafelgesprekken en andere bijeenkomsten

Dit Expertisegebied wijkverpleegkundige was niet tot stand gekomen zonder de enthousiaste medewerking van een groot aantal wijkverpleegkundigen en andere deskundigen uit de praktijk die tijdens rondetafelgesprekken en andere bijeenkomsten hun kennis, ervaringen en visie met ons deelden. Wij danken van harte:

Zehra Akdemir, Asjeliene Ankersmit, Ayse Ayan, I. Baak-Post, M. Berg, E. Berkhout, Lineke Berkhout, Ine Bertens, Bianca Blik, Suzan Blom, Naomi Bos, Anni Bos, H. Bouwman, Jeanette Brands, Yolande van den Brink, Toos van den Broek, M. Busink, Ruth Buys, Desiree Coense, A. Coppens, E. van Daal, Sonja Daalhuizen, Sandra van Dalen, Yvonne Dekker, Wilma Dekker, C. Dolsma-Smit, Margareth van Dommelen, Angela van Dongen, Karin van Dorst, Jose van Dorst, I. van Dusseldorp, Yamina el Achouch, Marlies Faasse, Danielle Faneyte, Karin Geleijn, Saskia Gielen, Anne Giesbergen, Yvonne Glas, Ada vd Graaf, Marieke Groeneveld, H. Groosman, Anselma vd Gulik, A Gulpers, Anneke Haagsma, Anette Harmelink, Sandra Harthoorn-Pronk, Hieke Hartsema, Linda Hart-Stigter, Petra van der Heiden, Marjo Heijligers, Ruud Heinrich, Leny Helderma, Leonie Hettinga, Karla Hofman, Hannie Hofman, Marja Hogervorst, Richard Holweg, Rikky van de Hoven, Judith de Jager, C. Jochems, Y. de Jong, Evelien de Jong, S. Jong-Ham, Marion Jonker, H. Jonkman, S. Kardal, Annemarie Klaassen, Karen Klok, Maartje Kloosterboer, Karin Koerse, Annemarie Kolenberg, Ina Kolk, Arjan Kom, Linda Koning, Irma Kooijman, Irene Koopman, Aletta Koops, Cleo Korsten, Margareth Korthout, Anna Krebbers, Marion Kroone, M. Kuiper-van Ruijven, Kety de Kwaastieniet, Hedy van de Lagemaat, Martine de Lange, Aster de Lange, Annemiek Leemkuil, F. van Leeuwen-Schats, Marja de Leeuw, Ineke Lieste-Langerak, Petra van der Lok, Maaïke van Lonkhuizen, Judith Manhave, Diane Marissen, Danielle Martens, E. Meeuwissen, Lia Minneboo, Nick van de Mortel, Nineke Muller, Claudia Muntenaar, Henriette Nanninga, Pierette van Netelen, Ada Nieuwenhuis, Masja Nooijen, Marije van Oers, Nicolette van Ommen, Jitske Oost, Jil Pater, Carina Peek, E. Penners, Louise Pigge-Hofman, Johanneke van der Plaats, Finette van der Ploeg, Jorieke Poppink, Christine Post, Anita de Putter, Melanie Reiger, Marcelle Rittershaus, Marcelle Rittershaus, Marga Roelofs, Ingrid Roks, Yvonne Rongen, Jenny Rutgers, Rob van de Sande, Boudi Schaap, Coby de Schipper, A. Schippers-Halma, Katelijne Schmeink, Anneke Scholte, Veronique Schram, Karin Schut, Petra Senden, Huub Sibbing, Inge Sijljes, T. Silva-Neves, Marijke Stiller, Henk van Tilborg, Marloes Timmer, R. Tolcamp, Margriet Torny, Rosemarie van Troost, Dina Tunc, W. Ummenthum, Annamaria Valkema, Cilleke van der Velde, Brenda Verburg, Juna Verheij, Corrie Vermeule, J. Verstraeten, Marieke de Vet, Jacoline Vis, Janet de Visser, Katinka Vissinga, Wilma Voorhorst, L. Vriendjes, Tineke Weijde-Oskam, Madeleen Wessels, Fenny van Wijngaarden, Evelyn Wind, S. de Wit, Linda Witholt, Willemijn Wittkamper.

4.5 Noten, referenties, geraadpleegde literatuur

- 1 Van der Velden L.F.J., Francke A.L., Batenburg R.S. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen. NIVEL: 2011.
- 2 'Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag'; RVZ, 2010
- 3 Beroepsprofiel verpleegkundige, te downloaden via www.venvn.nl en 'Preventie door de thuiszorg, analyse van ontwikkelingen en kansen, ActiZ en ZonMw, augustus 2011.
- 4 Wijkverpleegkundigen en de AWBZ-functie verpleging, kamerstuk d.d. 05-11-2009, DLZ/KZ-U-2966592.
- 5 Kamerbrief Zorg en ondersteuning, VWS, oktober 2011.
- 6 Uitvoeringsprogramma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' 2009 t/m 2012', ZonMw september 2009. te downloaden via www.zichtbareschakel.nl
- 7 M. de Bont, K. van Schoonhoven, C. Zijdeveld, C. van Haastert, Versterken van verpleging thuis: naar een basisvoorziening wijkverpleging. V&VN en NPCF, januari 2012.
- 8 E. van der Meer en J. Postma, Rapport De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder, BMC advies management, juni 2012, te downloaden via www.bmc.nl/zorg.
- 9 www.buurtzorg.nl.
- 10 Beroepsprofiel verpleegkundige, te downloaden via www.venvn.nl.
- 11 Voor dit overzicht is gebruik gemaakt van (en deels geciteerd/geparafraseerd uit):
Door allen voor allen, een heerlijk streven! Een kleine geschiedenis van het kruiswerk in Nederland, Annemarie Knoop en Klaarke Schuiringa, Uitgeverij Nederlands Openluchtmuseum, Arnhem 1998;
Zoevende Zusters, Zorg thuis: toen, nu en straks, Florence Nightingale Instituut Zetten, 2009;
De wijkverpleegkundige van de toekomst, Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Myrna Keurhorst, MSc, Sanne Kusters, MSc, dr. Miranda Laurant, december 2011.
- 12 Zicht op zorg, plan van aanpak AWBZ, juni 1999.
- 13 V&V 2020, beroepsprofielen en rapporten te downloaden via www.venvn.nl.
- 14 Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen, Module bij het handboek In de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg, NIZW, J. Mast en A. Pool, 2005.





November 2012

© V&VN

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

ISBN/EAN: 978-90-78995-17-3