

## **VERSTERKING ONDERWIJS WIJKVERPLEEGKUNDIGEN**

Verslag van de gesprekken tussen wijkverpleegkundigen en docenten  
in het kader van het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2020

Januari 2015

Bureau Lambregts, Rotterdam  
T 0651 363 970  
E [bureau.lambregts@tiscali.nl](mailto:bureau.lambregts@tiscali.nl)  
W [www.burola.nl](http://www.burola.nl)

*Mede mogelijk gemaakt door ZonMw*

## INHOUD

1. INLEIDING .....	3
2. WAT MOET DE STUDENT ZEKER LEREN? .....	4
Regie nemen en signaleren .....	4
Wijkscan.....	4
Verpleegtechnische vaardigheden .....	4
Ondernemerschap.....	4
Communiceren en sociale vaardigheden .....	5
Vertrouwenspersoon .....	5
Registreren .....	5
Klinisch redeneren .....	5
Zelfmanagement en preventie .....	5
Onderzoek .....	6
Keuzeonderwijs in plaats van differentiaties .....	6
3. HOE STUDENTEN INTERESSEREN VOOR DE WIJK? .....	7
Is werken in de wijk niet aantrekkelijk? .....	7
Voorlichting.....	7
Curriculum .....	8
Snuffelstages .....	8
Gastcolleges.....	8
Advies toekomstig werkveld .....	8
4. HOE MEER EN BETERE STAGES REALISEREN? .....	9
Stages in alle settingen .....	9
Snuffelstages .....	9
Stages in het 1 <sup>ste</sup> en 2 <sup>de</sup> jaar .....	9
Stageplaatsen .....	9
Suggesties voor stagebegeleiders .....	10
Aanbevelingen voor docent-begeleiders .....	10
Suggesties voor stagiaires .....	11
Alternatieven voor stages .....	11
5. HOE BIJSCHOLEN? .....	12
Huidige verpleegkundigen .....	12
Pas-afgestudeerden .....	12
Doorstromers en zij-instromers .....	12
Levenslang leren .....	13
6. HOE SAMENWERKEN? .....	14
Werkveld en onderwijs .....	14
Met collega's .....	14
In de eerste lijn .....	14
Met de tweede lijn .....	15
BIJLAGE .....	16

## 1. INLEIDING

Klankbordgroepen van wijkverpleegkundigen en docenten in het hele land hebben in de loop van 2014 gesproken over het versterken van de wijkverpleegkundige in de opleiding en de implementatie van het nieuwe opleidingsprofiel in de regionale eerste lijn. De groepen hadden tot doel input te leveren voor het nieuwe opleidingsprofiel voor hbo-verpleegkundigen, Bachelor of Nursing 2020. In totaal hebben 177 personen aan de bijeenkomsten deelgenomen.

Het verpleegkundig werk in de wijk verschilt van werken in een verpleeg- of ziekenhuis. In de thuiszorg speelt nog veel meer het sociale aspect en daarbij is de wijkverpleegkundige de verbindende factor. Werken in de wijk wordt getypeerd doordat er meer zelfstandig gewerkt moet worden. Autonomie is belangrijk. In het ziekenhuis zijn altijd artsen en collega's voor handen, in de thuissituatie niet. Dit geeft een grotere verantwoordelijkheid aan de verpleegkundige en vraagt om een verpleegkundige op hbo-niveau. Het werken in een ziekenhuis is meer specialistisch: "de ziekenhuisverpleegkundige weet veel van weinig, in de wijk is het precies andersom."

De 17 hogere beroepsopleidingen Verpleegkunde, verenigd in het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV), maken gezamenlijk een nieuw opleidingsprofiel dat de eindtermen beschrijft waaraan een afstuderende hbo-verpleegkundige in 2020 moet voldoen. Iedere hogeschool beslist zelf over de invulling van het curriculum, maar alle opleidingen zullen tot de nieuwe eindtermen opleiden zodat in het hele land verpleegkundigen op hetzelfde niveau afstuderen. Een belangrijk verschil met het huidige initieel onderwijs is dat alle studenten breed worden opgeleid d.w.z. dat zij in iedere setting kunnen gaan werken. De differentiaties AGZ, GGZ en MGZ verdwijnen. Er komt ruimte voor keuzeonderwijs waarbij een voorwaarde is dat het regionale werkveld nauw betrokken is bij de invulling hiervan. Het nieuwe opleidingsprofiel besteedt ook veel aandacht aan de implementatie van het profiel in de praktijk zoals de bijscholing van docenten, het aanbod van stageplaatsen en de kwaliteit van stages.

Het nieuwe opleidingsprofiel beoogt verpleegkundigen op te leiden die na hun studie direct aan de slag kunnen als beginnend wijkverpleegkundige. De eindtermen zijn gebaseerd op de CanMEDS-rollen. In de gesprekken is de keuze hiervoor breed onderschreven en zijn inhoudelijke aspecten van het werken in de wijk besproken. De gesprekken betroffen vooral ook de voorwaarden voor de implementatie van het nieuwe profiel in de praktijk van de eerste lijn en het onderwijs. Dit artikel doet hiervan verslag en geeft suggesties om problemen in de praktijk op te lossen.

De ontwikkeling van het opleidingsprofiel is begeleid door de stuurgroep Bachelor Nursing 2020 en is aangemerkt als best practice door de Adviescommissie Innovatie zorgberoepen en -opleidingen die zich op een vernieuwing van het gehele beroepenhuis in de zorg in 2030. De klankbordgroepen over de eerste lijn zijn mogelijk gemaakt in het kader van het ZonMw-programma Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.



## 2. WAT MOET DE STUDENT ZEKER LEREN?

### **Regie nemen en signaleren**

*‘Een brede blik is belangrijk, dat is ons werk, bemoeizorg en signalen oppikken: bijvoorbeeld als je ziet dat het gras niet gemaaid is of dat de gordijnen drie dagen dicht blijven, dan even polshoogte nemen.’*

De verpleegkundige wordt steeds meer de spil in de eerste lijn. Zorgverzekeraars zetten daar op in. De student moet dus leren de regie te nemen en te signaleren. Zij moet als professional later stevig in de schoenen staan. Werken in de wijk vereist daarom inzicht in wie jezelf bent. Het hbo moet de student leren naar zichzelf te kijken: wie zij is, en weten wat haar vakgebied is. Een hbo-verpleegkundige moet zelf kunnen zoeken naar een oplossing voor wat nodig is. Als zij iets niet kan, dan moet zij weten waar zij dat kan halen. Er zijn veel beroepen in de zorg. Zij moet weten wie je nodig hebt en welke andere professional dat kan leveren. En omgekeerd moet zij weten wat bijv. de huisarts of het ziekenhuis nodig heeft. Daarom moet zij leren met meerdere disciplines samen te werken en weten wat het domein van de wijkverpleegkundige is en wat van andere disciplines.

### **Wijkscan**

*‘De wijkverpleegkundige moet indiceren voor doelmatige en strikt noodzakelijke zorg. Zij moet motiverende gesprekken kunnen voeren en zelfmanagement bevorderen. Zij maakt zelf een inschatting van wat de patiënt nodig heeft. Zij heeft een eigen vak, net als een fysiotherapeut die laat zich ook niet door een andere beroepsbeoefenaar vertellen hoe hij zijn werk moet doen.’*

De verpleegkundige moet kunnen reflecteren op de context: wie, of wat heeft waarop invloed. Sociale teams zien elk probleem als een gezondheidsprobleem. Een schuldprobleem heeft bijvoorbeeld ook effect op gezondheid. De student moet daarom een wijkscan kunnen maken. Het is een belangrijk hulpmiddel.

### **Verpleegtechnische vaardigheden**

*"Mijn gewone wijkverpleegkundig werk doe ik niet meer zelf. Ik regel het in, laat het technisch werk door anderen doen. In de thuiszorg heb je te maken met wel 10 verschillende pompen. In het ziekenhuis wordt maar één merk gebruikt."*

Verpleegtechnisch werk komt in de wijk minder voor dan in het ziekenhuis, maar neemt toe omdat ziekenhuisopnames steeds korter worden en patiënten sneller naar huis gestuurd worden. Bovendien blijven veel mensen langer thuis wonen waardoor ook de vraag naar complexe zorg toeneemt. Wijkverpleegkundigen zullen dus meer medisch-technische handelingen verrichten. Deze zullen niet meer voorbehouden zijn aan specialistische teams. Een wijkverpleegkundige zal zelf moeten beschikken over verpleegtechnische vaardigheden. Een hbo-er moet daarom in staat zijn een netwerk te ontwikkelen met de ziekenhuizen. Daar kan kennis gehaald worden. Een hbo-er in een team met veel verzorgenden die niet weet hoe hoog technische zorg te leveren, schiet tekort.

### **Ondernemerschap**

Nieuwe wijkverpleegkundigen moeten ook ondernemerschap tonen. In de opleiding is nu te weinig aandacht voor de financiën en kosten. Studenten zouden bewust gemaakt moeten worden over wat bijvoorbeeld een vergadering kost. Ook de cliënt vraagt steeds vaker wat de geleverde zorg kost. De wijkverpleegkundige moet uitleg kunnen geven over de rekening, transparant zijn en meer verantwoorden.

## **Communiceren en sociale vaardigheden**

Het goed kunnen vervullen van de rol van communicator is belangrijk in alle settings, maar zeker in de wijk. Maar het gaat om verschillende vormen van communicatie: enerzijds met de patiënten en de mensen om de patiënt heen en anderzijds om de communicatie bij samenwerking met andere professionals en instellingen. Er zou daarom meer getraind moeten worden in sociale vaardigheden en communiceren. Zo is er nu vaak te weinig oog voor het voorkomen van overbelasting van de mantelzorger, weerstand die wijkverpleegkundigen tegenkomen o.a. bij het herindiceren, maar ook bij collega's, en hoe leid je een teamoverleg en coach je collega's. De student zou beter moeten leren hoe een positie in te nemen in een overleg, geen afwachting houding te hebben zodat je als verpleegkundige zichtbaar bent.

## **Vertrouwenspersoon**

De student moet leren hoe zij kan functioneren als vertrouwenspersoon voor een cliënt, als eerste contactpersoon. Vaak denken studenten ten onrechte dat zij dit wel kunnen. Palliatieve zorg komt steeds meer voor in de wijk. Een student moet leren een AIV-gesprek te voeren (AIV = advies, instructie, voorlichting) en niet alleen hoe je een overledene moet afleggen.

## **Registreren**

Studenten moeten leren met een classificatiesysteem te werken. Aan het eind van een proces moet de verpleegkundige registreren wat ze gedaan heeft. In de wijk wordt vaak Omaha gebruikt, in het ziekenhuis de NANDA. Het opleidingsprofiel heeft voorkeur voor het ICF, maar ook de andere systemen zoals Omaha, Nic Noc en NANDA worden genoemd. Het gebruik van verschillende systemen geeft problemen bij de ketenzorg en eenduidigheid zou wenselijk zijn. ICF is een denksysteem waarbij het niet gaat om de codering. De andere systemen zijn meer praktische hulpmiddelen, maar stimuleren niet het kritisch denken. Het ICF is onderdeel van het beroepsprofiel verpleegkundige en wordt ook gehanteerd door het CIZ. Classificatiesystemen zijn slechts hulpmiddelen, goed klinisch kunnen redeneren is veel belangrijker voor de student en de verpleegkundige.

## **Klinisch redeneren**

*Studenten zouden bijvoorbeeld gedurende hun opleiding één vaste patiënt moeten volgen. Zij moeten leren welke factoren maken dat bijvoorbeeld de ene patiënt met een stoma na 6 weken zichzelf weer kan redden en de ander het na een jaar nog steeds niet kan. Hoe krijg je een patiënt zover dat hij zichzelf kan redden. Daarvoor moet je klinisch kunnen redeneren.*

De hogescholen geven nu al veel meer aandacht aan klinisch redeneren. Daarbij worden voorbeelden uit de MGZ gepresenteerd en wordt gekeken naar hoe medici dat doen. Gesuggereerd is om bij casuïstiek ook rollenspellen in te zetten als lesmethode. Dan leren studenten tegelijkertijd goed communiceren. Gewezen is op het Zorginnovatiespel dat hierbij nuttig kan zijn. In dit spel krijgt een student een specifieke rol in een casus toebedeeld.

## **Zelfmanagement en preventie**

*'Als je een rug moet wassen, is het sneller om de patiënt geheel te wassen, dan om hem/haar de rest zelf te laten doen en zelfredzaamheid aan te leren.'*

Begeleiden naar gedragsverandering is erg complex en moeilijk aan te leren. De student moet denken vanuit de patiënt, niet vanuit de setting. Zelfmanagement en preventie moet al in het ziekenhuis beginnen. Ook de verpleegkundige in het ziekenhuis moet begrijpen hoe het indiceren in de wijk werkt. Hbo-ers kunnen vaak wel klinisch redeneren en zijn goed in protocollen, maar zij worstelen met het vertalen van de theorie naar een praktisch resultaat. Zij kunnen onvoldoende effectief communiceren: hoe ga je een

contact met een patiënt aan, hoe motiveer je mensen tot gedragsverandering. Dit zou in het curriculum opgenomen moeten worden. Meer gespreksvoering trainen en rollenspellen zijn een goed idee.

### **Onderzoek**

Onderzoek moet niet losgekoppeld zijn van de rol van zorgverlener. De bachelor moet in de praktijk staan, onderzoek kunnen gebruiken en EBP begrijpen.

### **Keuzeonderwijs in plaats van differentiaties**

*'Ik heb 22 jaar geleden HBO-V gedaan, toen waren er geen differentiaties, en heb ik alle werkvelden leren kennen. In de wijk kwam al het geleerde samen. We moeten leren van het verleden en breed opleiden.'*

Het werkveld wilde in het verleden differentiaties van 2 jaar. Dat standpunt is nu achterhaald door de maatschappelijke ontwikkelingen. Het eerstelijns werkveld vindt het loslaten van de differentiaties een goed idee. Het werk in de verschillende settingen ligt niet veel uit elkaar. Keuzeonderwijs is beter dan een formele differentiatie. Iedereen die afstudeert in BN2020 is in principe wijkverpleegkundige. Verdieping of verbreding is mogelijk in het kader van stages, keuzeonderwijs (30 EC of 2 x 15 EC) en afstudeerproject. Pas afgestudeerden moeten bij de start eerst een traineeship aangeboden worden. Net als voor fysiotherapeuten en andere beroepen gebruikelijk is.

### 3. HOE STUDENTEN INTERESSEREN VOOR DE WIJK?

*"In verband met de numerus fixus moesten aspirant studenten een motivatiebrief schrijven. De meeste wilden op de ambulance aan het werk. Slechts een brief noemde als motivatie werken in de preventie."*

#### ***Is werken in de wijk niet aantrekkelijk?***

Er is een tekort aan wijkverpleegkundigen, maar de meeste studenten kiezen voor de AGZ. Het werk in ziekenhuizen is concreet en ook spannende TV-series over ziekenhuizen spelen een grote rol in de beeldvorming. Werken in de GGZ wordt al als vager gezien en de wijk als alleen maar billen wassen. In de jaren '80 wilden studenten juist graag in de wijk werken. Volgens sommigen is het misgegaan door de fusie met de gezinszorg en de komst van het RIO en later CIZ waardoor het vak is verworpen tot een verzameling handelingen. Nu gaat het weer de goede kant op in de wijkverpleging. Het begint langzaam door te dringen dat het werken in de wijk interessanter is, dan protocolair werken in het ziekenhuis: je bent veel vrijer, je moet zelf keuzes kunnen maken en problemen oplossen. Gespreksvoering is een belangrijk onderdeel van het vak, capaciteiten als netwerker of ondernemer komen in de wijk meer tot hun recht.

Het imago van de wijkverpleging is echter stoffig, er is een beeld dat het werk is van oude "zusters". Het "stof" gaat eraf als duidelijk wordt welke rollen een wijkverpleegkundige heeft. Betere voorlichting is dus nodig over het nieuwe beroep. Is de wijk iets voor je? In het ziekenhuis werk je in een team, maar in de wijk is het werk solistisch en moet jezelf verantwoordelijkheid nemen. Niet iedereen wil of kan dat. Er zijn immers punten die het werk minder aantrekkelijk maken:

- er zijn veel kleine contracten in de wijk, maar afgestudeerden willen voltijd werken; een leeftijdsgebonden personeelsbeleid zou beter zijn: voltijd als je start, en minder uren als je kinderen hebt;
- er is veel verantwoordelijkheid, terwijl er weinig zwart-wit situaties zijn, maar veel grijs gebied waar keuzes gemaakt moeten worden;
- het solistisch werk dat soms een gevoel van eenzaamheid en onveiligheid geeft;
- de grote verantwoordelijkheid waar niet de juiste (financiële) waardering tegenover staat; in het ziekenhuis wordt de verpleegkundige beter betaald;
- de gebroken diensten bij sommige werkgevers waarbij men 's-ochtends en 's-avonds moet werken;
- de lage betaling voor een hbo-opgeleide verpleegkundige in vergelijking met anderen zoals fysiotherapeuten;

#### ***Voorlichting***

In het begin van de opleiding en zelfs daarvoor in het middelbaar onderwijs moet een realistisch beeld van de wijkverpleging gepresenteerd worden. De teksten en informatie op de sites van de hogescholen zouden meer afgestemd moeten worden op de middelbare scholier. Bij voorlichtingsdagen komen de meeste aspirant studenten met idee om in de ouder- en kindzorg, de IC of op een helikopter te gaan werken. Hun beeld is beïnvloed door tv en familie die in de zorg werkt. Het imago verbetert wel, bijvoorbeeld doordat Buurtzorg ook naar Japan gaat en het journaal daar aandacht aan besteedt. Er zouden zelfs al snuffelplekken moeten zijn voor leerlingen in havo en vwo. Aankomend studenten zouden op de open dagen uitgenodigd moeten worden om een dag mee te lopen in de wijk zodat zij voor de start van de studie beter weten wat het werk inhoudt. Het Radboud ziekenhuis organiseert bijvoorbeeld een colleegetour voor leerlingen van het VWO waarbij sinds kort ook de thuiszorg is aangesloten.

*ZZG zorggroep heeft een campagne Make more of life om studenten te enthousiasmeren voor de wijk. Er is een promotiefilm van 70 seconden, er zijn extra praktijkopleiders aangesteld, 40 stageplekken voor eerstejaars gecreëerd, ambassadeurs getraind en praktijkmensen voor gastlessen.*

## **Curriculum**

In het curriculum moet de wijkverpleging zichtbaarder worden met meer casussen uit de thuiszorg en niet alleen uit het ziekenhuis. Vaardigheidslokalen zijn vaak ingericht in een ziekenhuissetting. Er moeten meer lokalen moeten komen ingericht op de situatie thuis, een gewone huiskamer bijv. met vervuiling en vieze luchtjes (lol). Domotica en beeldschermzorg is nog veel te onbekend bij studenten. Er zijn mooie ontwikkelingen, zoals hulpmiddelen voor cliënten om zelf kousen aan te trekken. Dat moeten studenten leren. Bij het afstuderen zou één patiëntsituatie als uitgangspunt genomen moeten worden voor een verpleegplan (geen casus). Ook zou in de opleiding meer aandacht moeten zijn voor coaching. Een gespreksdeelnemer moest na haar opleiding al snel collega's van 50 en 60 jaar coachen. Een idee zou kunnen zijn 1<sup>ste</sup> en 4<sup>de</sup> jaars samen te brengen en gezamenlijk een afstudeerproject te laten doen.

## **Snuffelstages**

Voor het verbeteren van het imago bij studenten is samenwerking tussen opleiding en werkveld nodig. Bij veel opleidingen komt de regisseursfunctie van de wijkverpleegkundige pas in het 3<sup>de</sup> en 4<sup>de</sup> jaar in beeld. Dat moet al in het 1<sup>ste</sup> jaar zichtbaar worden. Door alleen maar te vertellen worden studenten te weinig geraakt. De HAN heeft bijvoorbeeld oriëntatiedagen twee weken na de start van de studie. De nieuwe studenten gaan drie dagen meelopen in de GGZ, drie dagen in de MGZ en drie dagen AGZ. De student moet zien dat een wijkverpleegkundige werkt op hbo-niveau. Eerstejaars moeten dus niet meelopen met een verzorgende, maar met een hbo-er.

## **Gastcolleges**

Gastcolleges zijn een goede manier om het imago van de wijkverpleging te verbeteren. Het verhaal van iemand uit de praktijk landt beter dan dat van een docent met soms verouderde praktijkervaring. Zeker als een jonge wijkverpleegkundige het college geeft. Wijkverpleegkundigen zijn gewend mensen te instrueren en zijn bereid les te geven. Zij kunnen het hele verhaal van werken in de wijk vertellen en niet alleen de klusjes zoals wassen laten zien. Uitruielen van hogeschool-docenten en praktijkmensen is een goede zaak en zou meer moeten gebeuren. Er zouden convenanten gesloten moeten worden op het niveau van Raden van Bestuur om de uitruil docenten en praktijkmensen te regelen. Naast gastcolleges van praktijkmensen zouden ook studenten die stage lopen, college moeten geven aan hun collega-studenten.

*"Wij hebben gastdocenten uit de wijkverpleging uitgenodigd, maar er kwamen maar 3 studenten op de les af. De vrijblijvendheid van studenten is een probleem. Ook studenten moeten zichzelf zien als collega's in opleiding. Zij mogen niet zeggen "dat doe ik niet."*

## **Advies toekomstig werkveld**

In de huidige situatie met differentiaties zeggen tweedejaars studenten vaak 'je weet niet wat je kiest'. Om de wijkverpleging als keuze voor toekomstig werk goed neer te zetten, moet de student zoals gezegd ook de andere sectoren goed leren kennen zodat zij kan vergelijken. Maar niet iedereen is geschikt om te werken in de wijk. Wat maakt je een geschikt type? De student moet uitzoeken of zij dat is. Hiervoor zou ook een zelftoets beschikbaar moeten zijn. Gesuggereerd is om studenten op basis van hun talenten een advies voor hun toekomstige werkveld te geven.



## 4. HOE MEER EN BETERE STAGES REALISEREN?

*"Ons team heeft 55 patiënten. Zij willen continuïteit en structuur, ook tijdens de vakantie. Je moet het goed uitleggen als je een student meeneemt. Van de 55 patiënten zijn er 10 die dat niet willen. Het is prettig als er altijd een student bij is. Dan voldoet dat aan het verwachtingspatroon en hoef je het niet steeds opnieuw uit te leggen aan een patiënt."*

### **Stages in alle settings**

Een hbo-er stages moet lopen in verschillende settings met veel aandacht voor de ketens. Generieke competenties kan de student weliswaar in iedere setting opdoen, maar zij moet leren deze in een specifieke setting toe te passen. Dan moeten er wel voldoende kwalitatieve stageplekken beschikbaar zijn en dat is niet overal altijd het geval. Als niet in alle settings stage gelopen kan worden, zou een verplichte stage transmuraal werken een alternatief kunnen zijn. Gesuggereerd is in de opbouw van stages in de verschillende settings het werken in de wijk waar alles samenkomt, als laatste op te nemen. Daar staat tegenover dat een stage in de wijk vroeg in de opleiding het voordeel heeft dat in een vroeg stadium duidelijk wordt of iemand het niveau heeft, dat nodig is in de wijk.

### **Snuffelstages**

Het is een hele klus om snuffelstages voor 1<sup>ste</sup> jaar zoals bij de HAN in alle werkvelden te organiseren. Sommige zorgaanbieders willen geen 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> jaars in de wijk en zetten deze alleen intramuraal in omdat extramuraal te veel begeleiding nodig is. Ook vinden niet alle patiënten het prettig een vreemde over de vloer te krijgen. Opleidingen zouden studenten ook kunnen laten snuffelen in de jeugdzorg, GGD of bij POH's. Zo kunnen studenten zien wat samenwerken is met maatschappelijk werk en huisartsen. De GGD-er is eigenlijk de echte oude wijkverpleegkundige; doet S1 en S2. Maar studenten alleen stage te laten lopen bij de huisarts en de praktijkondersteuner is een minder goed alternatief. Dit werkveld is te beperkt waardoor een student geen kennismaakt met de hele keten.

### **Stages in het 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> jaar**

Vaak is er wel draagvlak om stageplaatsen te bieden, maar is het te zwaar om 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> jaars te begeleiden. Zij missen nog de basisvaardigheden en kunnen nog niet zelfstandig aan de slag. Het is beter als een stagiaire al ervaring heeft opgedaan in een verpleeghuis of ziekenhuis. Wat is dan wel mogelijk voor 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> jaars? Alleen dagbesteding en verzorging? Dat lijkt geen goed idee. Het zouden meer snuffelstages moeten zijn. Daar moet dan wel geld voor beschikbaar zijn, want een student mee laten lopen kost de wijkverpleegkundige tijd en de zorgorganisatie heeft er op het eerste gezicht zelf niets aan. Een van de hogescholen denkt eraan de voorwaarde aan werkgevers te stellen dat zij alleen 4<sup>de</sup> jaars stagiaires krijgen als zij ook 1<sup>ste</sup> jaar nemen.

### **Stageplaatsen**

Veel hogescholen hebben een tekort aan stageplaatsen in de thuiszorg. Zoals gezegd willen zorgorganisaties vooral studenten uit de hogere jaren. Het tekort manifesteert zich echter niet altijd, omdat maar weinig studenten voor de wijk kiezen. Gesuggereerd is stages in combinatie aan te bieden. Een stage van 10 weken bij de JGZ bijvoorbeeld is te lang en zou goed in combinatie met de wijk aangeboden kunnen worden. Hetzelfde geldt voor stages bij de GGD. Een ambulant verpleegkundig team in de VVT kan ook goede stageplekken bieden. Dit werk ligt op het grensvlak van intra- en extramuraal. Via het transmuraal logistiek bureau kunnen ziekenhuizen aantrekkelijke stageplaatsen bieden om het medisch technisch handelen te leren. In de thuiszorg komt dit te weinig voor.

*Stages zouden niet meteen 20 weken moeten zijn, korter is beter. In de wijk zie je wat een ziekte doet met een gezin. Werken in de wijk is aantrekkelijk voor studenten die het sociale aspect leuk vinden. Het werk van niveau 5 is niet gekoppeld aan een handeling. Sommige studenten willen de diepte in, maar de thuiszorg is breed. Stagiaires moeten leren: wie ben ik?*

### **Suggesties voor stagebegeleiders**

Veel wijkverpleegkundigen vinden het leuk om stagiaires te begeleiden. Zij brengen het werkveld ook iets. Zij stellen kritische vragen en geven goede feedback. Studenten zijn bij stages nog bezig met de theorie en dat kan juist een goede opkikker zijn voor de teams en wijkverpleegkundigen. Zo worden zij weer eens geconfronteerd met hoe het volgens de theorie hoort.

De kwaliteit van een stage hangt sterk af van de kwaliteit van begeleiding. Goede begeleiding kost tijd die er niet altijd is. Stages moeten daarom zo weinig mogelijk begeleidingsintensief gemaakt worden. Veel zorginstellingen hebben niet veel hbo-ers in dienst en hebben geen mogelijkheden om stagiaires goed te begeleiden. En niet iedere professional is geschikt om een stagiaire te begeleiden. Toch is het van belang dat studenten gekoppeld worden aan een hbo-er en niet door een ziekenverzorgende. Zij moeten zoveel mogelijk meelopen met het juiste rolmodel. Daarbij moet er een veilig leerklimaat zijn: zij mogen leren, fouten maken, er is een goede structuur en er worden ook complimenten gegeven: 'Geef studenten verantwoordelijkheid. Dat zet hen in hun kracht.'

Er zijn organisaties die een stagebegeleidingssysteem hebben waarbij mensen altijd samen de wijk ingaan en waarbij niveaus 3, 4 en 5 betrokken zijn. Een goed idee lijkt het om een afgestudeerde hbo-er voor langere tijd te koppelen aan een student. Het is beste zou zijn dat zorginstellingen en hogescholen samen eisen formuleren waaraan de stageplek en werkbegeleider moeten voldoen en een soort draaiboek maken voor stageplekken. Gesuggereerd is zelfs een kwaliteitslabel te ontwikkelen voor een instellingen die stages aanbieden.

*'Het is begrijpelijk dat een beginner de veiligheid van een ziekenhuis zoekt. De werkomgeving is daar meer gestructureerd. Je moet echter in de wijk niet gaan betuttelen en zeggen: ga maar niet naar die complexe patiënt toe. Het is belangrijk dat men zich veilig voelt: je moet fouten mogen maken en er moet oog zijn voor de ontwikkeling van een stagiair of beginner. Van belang is dat je een maatje hebt in een team. Als je als enige hbo-er in een team zit, is het niet leuk.'*

### **Aanbevelingen voor docent-begeleiders**

Aan docenten moeten ook eisen gesteld worden. Meer persoonlijk contact tussen de wijkverpleegkundigen en de docent die de stagiaire begeleidt, is wenselijk. Met name bij de start van de stage. Docenten zouden zelf een paar dagen mee moeten werken met de stagiaire en les moeten geven op de plek van de stage. Praktijkbegeleiders hebben vaak weinig didactische vaardigheden. Docenten zouden hen moeten coachen. Dit zou kunnen door docenten min of meer vast te koppelen aan een zorginstelling in de wijk.

Probleem is het geringe aantal studenten dat stage loopt in de wijk. Concentratie van stagiaires in één wijk zou voor stage begeleidende docenten handig zijn. Dat bespaart veel reistijd. Voor de stagiaires in de wijk is het probleem dat zij vaak de enige zijn op een terugkomdag op de hogeschool. Zij kunnen dan geen ervaringen uitwisselen met andere studenten. De HU gaat bij blended learning een forum inrichten waar stagiaires hun ervaringen gaan uitwisselen.

### ***Suggesties voor stagiaires***

Verplicht zou moeten zijn dat iedere student stage loopt in de MGZ, maar er moeten wel eisen gesteld worden. Het werkveld heeft graag studenten die iets praktisch doen met de patiënten, geen studenten die beleidsonderzoek komen doen. Stagiaires in de wijk moeten basiszorg kunnen leveren, zij moeten bijvoorbeeld een bewoner kunnen wassen. Badkamers zijn vaak klein, daar kun je met z'n tweeën niet in.

Het stageleerplan is vaak van te magere kwaliteit, de student moet er echt voorgaan. De ervaring is soms ook dat het ziekenhuis de beste stagiaires trekt. De VVT krijgt dan de studenten die afgewezen zijn in het ziekenhuis. Deze zijn niet gemotiveerd en vaak niet de beste. Stagiaires zouden altijd moeten solliciteren naar een stageplek.

### ***Alternatieven voor stages***

Gesuggereerd zijn diverse alternatieven voor stages. Wijkleerbedrijven worden over het algemeen als een goed idee gezien. De ervaringen daarmee zijn positief. Leerbedrijven hebben een goed leerklimaat. Docenten zijn ter plekke aanwezig en studenten functioneren als een team en krijgen een vaste groep mensen die zij moeten verplegen en verzorgen. Studenten groeien door de eigen verantwoordelijkheid enorm. Deze plekken zijn een goede kweekvijver en leveren veel nieuwe werkrachten op. Hieronder worden nog een aantal andere suggestie vermeld.

- Studenten scholing laten geven in een organisatie aan niveau 3 medewerkers.
- 1<sup>ste</sup> jaars sociale vaardigheden aanleren en diagnose laten stellen via een simulatiepatiënt.
- Als studenten bereid zijn om tijdens de vakanties in de zomer te werken, dan zouden ze dit ook als een (betaalde) stage gezien moeten worden.
- Goede ervaringen zijn opgedaan met een project waarbij 1<sup>ste</sup> jaars ondersteuning geven aan patiënten bij zorg op afstand nadat de studenten daarbij eerst via een hoorcollege op waren voorbereid.
- Stagiaires koppelen aan sociale wijkteams. Zij kunnen ook leren van het maatschappelijk werk. Het sociale domein is belangrijk, zeker als de preventietaak groter wordt.
- Hbo-studenten 0-uren contracten aanbieden als verzorgende, zo worden zij in een vroege fase reeds betrokken bij de organisatie.
- Andere inrichting van stages: 's morgens in de wijk en 's middags taken doen in kleine groepjes zoals sociaal werk en het bezoeken van eenzaam.
- Organiseer themadagen rond de MGZ.
- Studenten koppelen aan mensen die eenzaam zijn, zonder ingewikkelde opdrachten te geven.

## 5. HOE BIJSCHOLEN?

### **Huidige verpleegkundigen**

De wijkverpleegkundigen van nu hebben niet alle competenties die de verschillende CanMEDS-rollen vragen. Bij de rol communicator en samenwerker gaat het vaak mis. In het nieuwe beroepsprofiel is preventie heel belangrijk maar de huidige wijkverpleegkundigen zijn vaak weinig opgeleid om coaching te geven en de regie rol te vervullen.

Ook ontbreekt vaak een visie op de eigen positionering. Veel verpleegkundigen die in de wijk werken, zijn geen wijkverpleegkundigen en kunnen studenten daarop niet begeleiden. Het gat tussen de nieuwe uitstroom en de huidige verpleegkundigen en herintreders moet daarom snel worden gedicht. De vraag is hoe de nu werkende verpleegkundigen op korte termijn bijgeschoold kunnen worden richting nieuwe beroepsprofiel. Gesuggereerd is goed in kaart te brengen wat individueel nodig is, niet te kiezen voor een algemene cursus, één landelijke totaaloplossing, maar voor maatwerk op basis van een competentiecheck en een POP. Opleidingen moeten hierover in overleg gaan met de zorgorganisaties om op de korte termijn modules te ontwikkelen voor de zittende mensen, maar ook voor de studenten die uitstromen tot 2020.

In het post-doc onderwijs zou meer landelijke afstemming moeten komen. Er is nu veel aanbod in opleidingen voor de wijkverpleging, maar het brengt verpleegkundigen niet naar niveau 5. Door het stapelen van cursussen wordt de verpleegkundige nog geen hbo-er. Een hbo-er moet los van protocollen kunnen handelen, klinisch redeneren, dat is een denkniveau. De beroepsgroep moet zelf de kwaliteit van de opleidingen (gaan) bewaken.

*‘Wij scholen medewerkers al bij op basis van de CanMEDS-rollen. De bijscholing duurt een jaar, er komen o.a. mensen van het CIZ praten. Het is zeker nodig de huidige medewerkers bij te scholen rond indiceren en het gebruik van Omaha. Dat laatste is lastig, je moet anders formuleren dan je voorheen gewend was.’*

### **Pas-afgestudeerden**

De organisatie denkt vaak dat de afgestudeerde klaar is, en dat denkt de afgestudeerde zelf ook vaak, maar goede coaching en intervisie is nodig. Voor pas-afgestudeerden is een juniorschap of meester-gezel model wenselijk. Belangrijk is pas-afgestudeerden goed te begeleiden als ze beginnen met een baan. Er moeten trainee-programma's gemaakt worden voor afgestudeerden net als in het academisch ziekenhuis.

### **Doorstromers en zij-instromers**

Door de transitie in de zorg willen meer verpleegkundigen wijkverpleegkundigen worden. Zelfs hbo-ers maatschappelijk werk, SPH-ers en mensen in de jeugdzorg willen wijkverpleegkundige worden. Maar het zijn vooral mbo-ers die naar hbo-niveau gebracht moeten worden.

Welke bijscholing hebben zij nodig? Het gaat vooral om generalistische competenties te verwerven, niet om specifieke aspecten. Mbo-ers werken methodisch, maar als hbo-er moeten zij leren klinisch te redeneren in complexe situaties. In de wijk kun je meestal niet meteen gaan handelen. Intramuraal werkenden werken vaak te snel en hebben een eigen visie hoe het moet, maar staan niet open voor de cliënt. Zij lopen de kans dat de deur dicht wordt gegooid als ze in wijk aan de slag gaan. Sommigen mensen kunnen helemaal nooit extramuraal werken omdat zij daar niet geschikt voor zijn en een cursus kan daar geen verandering in aanbrengen.

Het lukt niet in 2 jaar om van mbo- naar hbo-niveau te gaan. Drie jaar is nodig om abstract te leren denken. EBP en leren klinisch redeneren zijn lastig. Aan een mbo-er die in de praktijk hetzelfde werk doet als een hbo-er, is van tevoren niet uit te leggen wat de

hbo-studie inhoudt. Als tussenoplossing wordt post-hbo onderwijs geboden, maar dat levert geen hbo-diploma op. Een volledige deeltijdopleiding is voor mensen met een gezin een pittig traject. E-learning alleen is niet de oplossing, er zal altijd een combinatie moeten zijn (blended learning).

Probleem is dat de kwalificatieprofielen voor het mbo niet aansluiten op de CanMEDS rollen. Het ROC in de regio zou hun onderwijs meer op de CanMEDS moeten af stemmen. In Midden- en West-Brabant gebeurt dit al. Ook het ontbreken van vrijstellingen voor eerder verworven competenties en ervaring is een probleem. Specialisaties en andere kennis telt niet mee. De onderwijsinspectie heeft strakke richtlijnen m.b.t. vrijstellingen waarvan niet kan worden afgeweken. Er wordt wel gewerkt aan leerweg onafhankelijke toetsing.

### ***Levenslang leren***

Hoe krijg je mensen in het patroon dat zij een leven lang blijven leren? Genoemd zijn het opzetten van een alumni-beleid door de opleidingen. Het kwaliteitsregister is ook een goede stimulans om te blijven leren. De eis accreditatiepunten te halen draagt bij aan het niveau van de bijscholing. Gastdocenten zouden in plaats van betaling ook punten moeten kunnen verdienen. Maar uiteindelijk gaat het erom dat verpleegkundigen niet door prikkels van buitenaf, maar door intrinsieke motivatie blijven leren. Kennis op peil houden is primair de eigen verantwoordelijkheid, niet alleen van de organisatie waar je werkt. Het excuus de organisatie wil niet betalen, is niet valide. Bij Buurtzorg bijvoorbeeld wordt 3 procent van de omzet gereserveerd voor scholing. Twee procent is voor het team om zelf te besteden. Teamleden gaan daardoor met elkaar in gesprek over welke scholing nodig is. Dat werkt goed.

## 6. HOE SAMENWERKEN?

### ***Werkveld en onderwijs***

Tijdens de gesprekken waarop dit document is gebaseerd, is duidelijk geworden dat verbindingen tussen werkveld en opleiding erg belangrijk zijn voor beide partijen. Niet alleen verbindingen met de opleidingsmanagers van de instellingen, maar juist ook met de praktijkmensen in het werkveld. Zo kunnen bijvoorbeeld samen onderzoeken geïnitieerd en uitgevoerd worden, en kan ontwikkelde kennis van lectoraten structureel gedeeld worden met de praktijk. De opleidingen kunnen helpen bij het borgen van EBP. Door samen te werken komen excellente studenten vroeg in beeld bij de zorginstelling en kunnen zij deze volgen en behouden voor de wijk. Als er een regelmatig contact is tussen docenten en wijkverpleegkundigen kunnen praktijkervaringen en materialen uit de praktijk in het curriculum opgenomen worden zoals bijvoorbeeld een YouTube filmpje over (niet)cliënt toewijsbare zorg S1 en S2 en de klapper gemaakt door ene zorginstelling over Eigen Kracht. Om de contacten te versterken is gesuggereerd refereeravonden voor docenten en wijkverpleegkundigen te organiseren, een carrousel te organiseren om bij elkaar in de keuken te kijken en wijkverpleegkundigen en docenten in wijkcentra met elkaar te koppelen.

Zoals eerder gezegd, moeten docenten meer betrokken blijven tijdens de stage. De driehoek werkbegeleider-student-docent moet sterker. Veel docenten zijn teveel op afstand van de praktijk. Zij zouden (verplicht) stage moeten lopen in de praktijk.

Het is voor opleidingen lastig docenten wijkverpleegkunde te vinden. Knelpunt is dat docenten een master moeten hebben, maar dat in de wijk geen mensen rond lopen die een master hebben. Deze praktijkmensen kunnen dus geen docent worden. De vraag die dan ook wordt gesteld of de eis van een master voor docenten niet te hoog is. Bij grote aanstellingen kan die eis wellicht wel gesteld worden, maar dan zou een docent bij voorkeur wel een dag in de week in de praktijk moeten blijven werken. Bij kleine aanstellingen is de master-eis niet haalbaar en leidt dat tot uitsluiting van praktijkkennis.

Verpleegkundig specialisten zouden op het preventie vlak veel kunnen betekenen als docent. Maar er zijn slechts 38 verpleegkundig specialisten preventie in heel Nederland. Een verplegingswetenschapper kan ook veel betekenen in het onderwijs. Deze kan mooi de onderzoekende houding bij het werken praktijk combineren.

### ***Met collega's***

Een betere positionering van de wijkverpleegkundige in teams is vaak nodig. De verschillen tussen de niveaus moeten in het werk duidelijk zijn. Nu doet ieder niveau vaak hetzelfde en glijden verpleegkundigen van niveau 5 soms af naar niveau 4. Werken als teammanager is leuk, maar de wijkverpleegkundige moet niet uitsluitend faciliteerder of manager worden. Door het snelle ontslag uit het ziekenhuis zijn ook hbo-ers nodig in de zorg bij het bed. Zij kunnen niet alleen maar gaan indiceren! Er is sprake van om een overgangperiode voor drie jaar toe te staan waarin mbo-ers mogen indiceren omdat er te weinig hbo-ers zijn. Men vraagt zich af hoe dat daarna moet. Kun je dan tegen mensen zeggen dat zij dat niet meer mogen terwijl ze hebben laten zien dat ze dat wel kunnen?

### ***In de eerste lijn***

Er is een heel scala aan niet-verpleegkundige hulpverleners in de wijk opgetuigd omdat er geen wijkverpleegkundigen meer waren. De positie van de wijkverpleegkundige ten opzichte van de POH, WMO-consulent, buurtmakelaar etc. is vaak onvoldoende duidelijk. De kern van het werk van de wijkverpleegkundige is de zorgverlening, indiceren en daarna de cliënt blijven volgen. Maar de processen waar de wijkverpleegkundige mee te maken heeft, verschillen niet veel ten opzichte van andere verpleegkundigen in de eerste lijn. Alleen de context is anders. De CanMEDS rollen 2 tot en met 7 komen in de

expertisegebieden van eerstelijnsverpleegkundigen, verpleegkundigen OGZ, Arbo-verpleegkundigen en de casemanagers dementie sterk overeen.

### ***Met de tweede lijn***

Er moet niet meer werkveldgericht, maar patiëntprobleemgericht worden opgeleid. De verpleegkundige in het ziekenhuis kan dan beter schakelen met de wijk, zeker als opvalt dat de partner van een patiënt problemen heeft. Sommige verpleegkundigen in ziekenhuizen realiseren zich al dat direct contact effectief is en omzeilen de transfer-verpleegkundige. Zij willen graag rechtstreeks contact met de wijk zodat zij weten aan wie zij een patiënt overdragen. De wijkverpleegkundige zou omgekeerd de patiënt zelf in het ziekenhuis al kunnen gaan opzoeken.

## **BIJLAGE**

Dit document is het verslag van bijeenkomsten met wijkverpleegkundigen en andere professionals in de eerste lijn in de volgende regio's:

1. Hogeschool Saxion te Enschede
2. Platform Versterking wijkverpleegkundige zorg Amsterdam
3. Avans te Breda
4. Christelijke Hogeschool te Ede
5. Hogeschool Zuyd te Heerlen
6. Fontys te Eindhoven
7. Nait Soezen en Hanze Hogeschool te Groningen
8. Haagse Hogeschool
9. Hogeschool Arnhem en Nijmegen
10. Hogeschool Leiden
11. Hogeschool Utrecht
12. Hogeschool Zeeland, University of Applied Sciences te Vlissingen
13. Hogeschool Rotterdam
14. V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen te Utrecht
15. Hogeschool Windesheim, Zwolle
16. Viaa, Zwolle