



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

# Ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare **wijkverpleging**

Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en betrokkenen bij regionale projecten

RIVM-rapport 2023-0105





# Ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en betrokkenen bij regionale projecten

RIVM-rapport 2023-0105

## Colofon

© RIVM 2023

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van zijn producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook [www.rivm.nl/toegankelijkheid](http://www.rivm.nl/toegankelijkheid).

DOI 10.21945/RIVM-2023-0105

J. Asmoredjo (auteur), RIVM  
P. Reckman (auteur), RIVM  
A. de Bekker (auteur), RIVM  
J. van der Heide (auteur), RIVM

Contact:

Jolanda Asmoredjo  
centrum voor Voeding, Preventie en Zorg  
[jolanda.asmoredjo@rivm.nl](mailto:jolanda.asmoredjo@rivm.nl)

Met dank aan:

Alle respondenten, geïnterviewden en deelnemers,  
Peter Kemper, Eva Alblas en Henriëtte Giesbers

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van VWS in het kader van het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging.

# Publiekssamenvatting

## Ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en betrokkenen bij regionale projecten

De vraag naar wijkverpleging groeit en zal dat blijven doen. Niet alleen door de vergrijzing, maar ook omdat ouderen steeds langer thuis blijven wonen. De afgelopen jaren is de wijkverpleging sterk versnipperd geraakt en zijn er in een regio vaak veel aanbieders. Het is hierdoor niet altijd duidelijk welke organisaties in welke wijk werken, welke zorg ze leveren en of ze plek hebben voor een nieuwe patiënt. Het kost huisartsen, ziekenhuizen, toekomstige patiënten en naasten daarom veel tijd om de juiste zorg te vinden.

Het RIVM heeft onderzocht welke ervaringen patiënten en mantelzorgers hebben met het regelen van wijkverpleging. Een kwart van de mensen dat voor zichzelf of voor een naaste wijkverpleging heeft aangevraagd, had daarmee moeite. Het was voor hen niet duidelijk hoe het aanvragen werkt of waarop zij moeten letten. Ze willen hierbij graag geholpen worden, bijvoorbeeld bij hun huisartspraktijk of gemeente.

De helft van de bevroegde mensen vindt het belangrijk dat zij zelf kunnen kiezen van welke organisatie zij zorg krijgen. Bijvoorbeeld om de kwaliteit die ze bieden of omdat ze hetzelfde geloof hebben. Maar in de praktijk blijkt dat de helft van de mensen die dit belangrijk vindt, geen keuze had. Deze groep kwam terecht bij de organisatie die op dat moment plek had.

Op verschillende plekken in Nederland kunnen zorgvragen sneller worden opgepakt omdat wijkverpleegkundigen hierbij met elkaar samenwerken. Ook is in sommige regio's afgesproken dat alle aanvragen voor wijkverpleging bij één centraal aanmeldpunt worden gedaan. Volgens degenen die zorg aanvragen is het op deze manier makkelijker.

Om de groeiende zorgvraag en personeelstekorten op te kunnen vangen is er nog meer samenwerking nodig met de huisarts, ziekenhuizen en het sociale domein in gemeenten. Dat vinden betrokkenen bij samenwerkingsverbanden, zoals projectleiders. Zij vinden het belangrijk dat daarbij wordt afgesproken welke zorg de wijkverpleging moet leveren en welke zorg anders kan worden georganiseerd. Ten slotte vinden managers van zorgorganisaties dat zorgverzekeraars lokale en regionale samenwerking actiever kunnen stimuleren.

Kernwoorden: wijkverpleging, herkenbaarheid, aanspreekbaarheid, samenwerking



# Synopsis

## Development of visible and accessible district nursing

Experiences of clients, informal carers and parties involved in regional projects

Demand for district nursing is growing and this trend is set to continue. This is not only because of the ageing population, but also because many older people live independently for longer. District nursing has become highly fragmented in recent years, leading to an abundance of providers in many regions. As a result, it is not always clear which providers are active in which districts, what type of care they provide and whether they have capacity to accept new patients. All this makes it time-consuming for general practitioners (GP), hospitals, new patients and their families to find the right care.

RIVM has conducted a survey to gain insight into the experiences of patients and informal carers with arranging district nursing. A quarter of people who applied for district nursing for themselves or a family member experienced difficulties. It was unclear to them how to apply and what to look out for. They would have appreciated assistance from for example their GP or their municipality.

Half of the respondents stated it was important to be able to choose their provider. Reasons included the quality offered or religious affiliation. However, in practice half of those who rated this as important had no choice. This group ended up with whichever provider happened to have capacity.

In several regions across the Netherlands, turnaround times for applications are shorter as local district nursing providers work together. Some regions have also set up central offices to handle all incoming applications. According to those applying for care, this set-up is more convenient.

More extensive cooperation with GPs, hospitals and municipal social services is needed to cope with the growing demand for care and staff shortages, according to project leaders and others involved in partnerships. They also underlined the need for agreements about which types of care district nurses should provide and which care can be organised in another way. Lastly, healthcare managers stated that care insurers could be more active in stimulating local and regional cooperation.

Keywords: district nursing, visibility, accessibility, cooperation





# Inhoud

<b>Begrippenlijst</b>	<b>11</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>13</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>17</b>
1.1 Achtergrond	17
1.2 Leidraad Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging	17
1.3 Onderzoek naar de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	18
1.4 Methoden	18
1.5 Leeswijzer	18
<b>2 Ervaringen van cliënten en mantelzorgers</b>	<b>21</b>
2.1 Bijna helft cliënten en mantelzorgers vraagt zelf wijkverpleging aan	21
2.2 Kwart van de cliënten en mantelzorgers heeft moeite met het regelen van wijkverpleging	22
2.3 Merendeel van de cliënten en mantelzorgers kent lokaal aanbod door eigen ervaring en contacten	23
2.4 Helft van cliënten en mantelzorgers had geen keuze tussen aanbieders wijkverpleging	25
2.5 Helft van cliënten en mantelzorgers vindt keuzevrijheid heel belangrijk	25
2.6 Bij merendeel van cliënten en mantelzorgers is wijkverpleging binnen paar dagen na aanvraag opgestart	26
<b>3 Ontwikkeling regionale projecten Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging</b>	<b>29</b>
3.1 Regionale initiatieven	29
3.2 Samenwerkingsverbanden weer een stap verder	30
3.3 Aankomend jaar	36
3.4 Opbrengsten van H&A-ontwikkelingen	36
3.5 Werkzame elementen bij de ontwikkeling van H&A	38
3.6 Wat is er nodig?	40
<b>4 Beschouwing</b>	<b>43</b>
4.1 Perspectief van cliënten en mantelzorgers	43
4.2 Leerervaringen uit de regio	44
4.3 Vervolg	45
<b>Bronnen</b>	<b>46</b>



# Begrippenlijst

**Aanbieders:** Organisaties die wijkverpleging aanbieden.

**Gecontracteerde aanbieder:** Organisatie voor wijkverpleging die een contract heeft met een zorgverzekeraar.

**H&A:** Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

**Huishoudelijke hulp:** Hulp bij het schoonmaken, opruimen of de afwas doen. Kan soms vanuit de Wmo of Wlz worden vergoed.

**Indicatiestelling:** De wijkverpleegkundige bekijkt samen met de cliënt welke zorg nodig is en wie de zorg moet leveren.

**Niet-gecontracteerde aanbieder:** Organisatie voor wijkverpleging die geen contract heeft met een zorgverzekeraar.

**Persoonlijke begeleiding:** Ook wel individuele begeleiding, hulp bij praktische zaken, wordt bekostigd vanuit de Wmo.

**Persoonlijke verzorging:** Het ondersteunen of overnemen van zelfzorg (onder meer douchen, aankleden, naar het toilet gaan, tandenpoetsen), wordt bekostigd vanuit de Zvw en Wlz.

**Thuiszorg:** Hulp en zorg thuis. Van hulp bij het huishouden tot verpleging. Dit kan vanuit verschillende zorgwetten worden geregeld.

**Wijkverpleegkundigen:** Verpleegkundigen die in de wijk werken, vaak in dienst bij een organisatie voor wijkverpleging.

**Wijkverpleging:** Verpleging en verzorging thuis bij een kwetsbare gezondheid (vanwege een medische aandoening). Dit valt onder de zorgverzekering. Verpleging is bijvoorbeeld wondverzorging, het klaarzetten en/of toedienen van medicijnen, stomazorg en de zorg bij een katheter. Verzorging is bijvoorbeeld hulp bij het aan- en uitkleden, het wassen en douchen en de verzorging van de huid.

## Afkortingen

<b>ActiZ</b>	Branchevereniging van zorgorganisaties
<b>ANW zorg</b>	Avond-, Nacht- en Weekendzorg
<b>AVG</b>	Algemene Verordening Gegevensbescherming
<b>PFN</b>	Patiënten Federatie Nederland
<b>PGB</b>	Persoonsgebonden budget
<b>RVO</b>	Rijksdienst Voor Ondernemend Nederland
<b>Taakgroep JSH</b>	Juiste Zorg op de Juiste Plek, Sociaal Domein en Herkenbaar & Aanspreekbaar team
<b>V&amp;VN</b>	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>Wlz</b>	Wet Langdurige Zorg
<b>Wmo</b>	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland
<b>ZorgthuisNL</b>	Branchevereniging voor zorg thuis
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet



# Samenvatting

## Achtergrond

De vraag naar wijkverpleging groeit en blijft de aankomende jaren groeien. Niet alleen door de vergrijzing, maar ook omdat ouderen langer thuis blijven wonen. De afgelopen jaren is de wijkverpleging sterk versnipperd geraakt en zijn er in een regio vaak veel verschillende aanbieders. Voor mensen die voor zichzelf of een naaste wijkverpleging willen aanvragen en voor verwijzers naar wijkverpleging, zoals huisartsen en ziekenhuizen, is het niet altijd duidelijk welke aanbieders er in een bepaalde wijk precies zijn. Ook is het niet duidelijk welke zorg ze leveren en of ze plek hebben voor een nieuwe cliënt. Hierdoor kost het mensen veel tijd en moeite om de juiste zorg te vinden.

Om aan deze uitdagingen tegemoet te komen, hebben zeven landelijke partijen, die betrokken zijn bij het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging, de Leidraad Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging opgesteld. Deze leidraad beschrijft wat aanbieders samen met zorgverzekeraars in gang moeten zetten om te komen tot meer herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Met *herkenbaarheid* wordt bedoeld dat het voor cliënten en professionals duidelijk moet zijn waar ze in hun wijk met zorgvragen terecht kunnen. Met *aanspreekbaarheid* wordt bedoeld dat aanbieders van wijkverpleging samen met andere zorgpartijen, zoals de huisarts, het ziekenhuis en het sociaal domein, verantwoordelijk zijn voor het vinden van passende zorg en ondersteuning voor elke cliënt (Leidraad H&A, 2020).

Het RIVM doet in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoek naar de ontwikkeling van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid (H&A) van de wijkverpleging van 2021 tot en met 2023 en naar wat er nodig is om deze ontwikkeling verder te brengen. De eerste rapportage (Asmoredjo et al., 2022) richtte zich op de vraag wat er op de werkvloer al ervaren wordt aan samenwerking, herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging en het belang daarvan. Daarnaast werden lessen getrokken uit ervaringen van betrokkenen van samenwerkingsverbanden binnen en met de wijkverpleging, die (onder andere) gericht waren op de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Deze rapportage bespreekt de bevindingen van medio 2022 tot begin 2023. De onderzoeksvragen zijn:

1. Hoe ervaren cliënten en hun naasten de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging?
2. Welke ontwikkelingen zijn er in de regio op het gebied van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging?
3. Wat zijn de opbrengsten en lessen van regionale projecten voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging?

De rapportage bestaat uit twee delen. In het eerste onderdeel staat het perspectief van de cliënt en mantelzorger centraal (onderzoeksvraag 1). Om een beeld te krijgen van hoe cliënten en hun naasten in Nederland de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van wijkverpleging ervaren is er een vragenlijst uitgezet bij het Zorgpanel van de Patiëntenfederatie Nederland, onder (naasten van) cliënten waarbij in het afgelopen jaar wijkverpleging werd opgestart. Dit leverde een respons van 183 respondenten op. Met een deel van deze respondenten werden diepte-interviews gehouden (N=17). In het tweede deel van de rapportage staan de (leer)ervaringen van betrokkenen van regionale projecten gericht op de ontwikkeling van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid centraal (onderzoeksvragen 2 en 3). Deze (leer)ervaringen dienen als voorbeeld en inspiratie voor andere regio's. Leerervaringen werden opgehaald binnen 5 werk- en uitwisselingssessies met regionale projectleiders en kartrekkers van H&A ontwikkelingsprojecten uit in totaal 14 verschillende regio's in Nederland. Daarnaast werden ervaringen met de ontwikkelingen van H&A van bestuurders en managers van zorgorganisaties opgehaald via een eenmalige vragenlijst (N=13) en diepte-interviews (N=8).

## Onderzoeksvraag 1: Hoe ervaren cliënten en hun naasten de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging?

Uit het vragenlijstonderzoek onder cliënten en naasten bleek dat de meeste van hen door eigen ervaring en contacten wisten welke organisaties er in hun wijk wijkverpleging aanboden. Bijna de helft van de respondenten deed de aanvraag voor wijkverpleging zelf. Bij een meerderheid van deze groep ging dit proces goed, omdat zij of hun naaste bijvoorbeeld al eerder wijkverpleging of bij de aanvraag hulp van de gemeente of huisarts kregen. Een kwart van de cliënten en mantelzorgers dat zelf wijkverpleging regelden had echter wel moeite hiermee. Voor deze groep was het niet duidelijk hoe dit proces in zijn werk ging, en/of was er bij de door deze groep benaderde aanbieder(s) geen ruimte.

De helft van alle respondenten vindt het belangrijk dat zij kan kiezen van welke aanbieder zij of hun naasten zorg krijgt. Deze groep wil vooral voor een kwalitatief goede organisatie kunnen kiezen, maar soms ook voor een bepaalde identiteit, culturele, geloofs- of taalachtergrond. In de helft van de aanvragen bleek echter dat er geen keuzemogelijkheid was. De meeste respondenten gaven aan dat de zorg binnen een paar dagen na de aanvraag opstartte.

Uit de verdiepende interviews met cliënten en mantelzorgers blijkt dat zij soms wel langere tijd op zoek zijn geweest naar een aanbieder waar zij terecht konden. Door het tekort aan personeel en een hoog ziekteverzuim kregen zij van aanbieders te horen dat er op dat moment geen ruimte voor hen was. Zij ervoeren dan ook weinig keuze wat betreft aanbieders en werden naar hun gevoel van het kastje naar de muur gestuurd. Zij hadden behoefte aan één aanspreekpunt dat hen kon begeleiden bij het vinden van passende zorg. Bijvoorbeeld in de vorm van een huisarts, wijkteam of een organisatie voor wijkverpleging die daarvoor verantwoordelijk is.

### **Onderzoeksvraag 2: Welke ontwikkelingen zijn er in de regio op het gebied van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging?**

In tenminste 29 regio's verspreid over het land werkt men actief aan verbetering van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid. Dit gebeurt binnen samenwerkingsverbanden tussen lokale aanbieders van wijkverpleging. Meestal gaat het om gecontracteerde aanbieders die ook al op andere thema's met elkaar samenwerk(t)en, zoals planbare en onplanbare nachtzorg, coronazorg of specialistische zorg. In een aantal samenwerkingsverbanden zijn huisartsen en/of ziekenhuizen betrokken en soms is een zorgverzekeraar betrokken.

De activiteiten binnen de samenwerkingsverbanden richten zich voornamelijk op het lokaal gezamenlijk oppakken van zorgvragen door wijkverpleegkundigen vanuit de verschillende samenwerkende organisaties. Hiervoor zetten zij verschillende digitale hulpmiddelen in, zoals communicatie-applicaties of applicaties waarmee de beschikbare capaciteit van de aanbieders kan worden aangegeven. Bij sommige projecten komen de nieuwe aanmeldingen op een centraal punt binnen. Dit levert winst op voor degenen die de zorg aanvragen (voor zichzelf of een naaste of cliënt). Een ander voordeel van een centraal aanmeldpunt is dat dit het mogelijk maakt om inzicht te krijgen in waar de grootste knelpunten zitten wat betreft de aansluiting van zorgvraag en -aanbod. In een aantal projecten wordt ook gewerkt aan het krijgen van inzicht

in de wijk via een wijkscan, of het gezamenlijk leveren van zorg als dit niet door één aanbieder kan worden gedaan. In twee regio's zijn speciale websites gemaakt waar zowel verwijzers als zorgvragers en hun naasten zelf kunnen zien welke organisaties (binnen het samenwerkingsverband) er in hun wijk actief zijn en waarop ze ook een aanmelding kunnen doen. De belangrijkste ervaren knelpunten zijn onveranderd ten opzichte van het vorige jaar: namelijk de niet op elkaar aansluitende ICT en gebrek aan structurele financiering van samenwerkingsactiviteiten.

### **Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de opbrengsten en lessen van regionale projecten voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging?**

Veel van de door professionals verwachte opbrengsten van samenwerking op H&A-gebied waren inderdaad merkbaar bij de bestaande H&A initiatieven. Zo merken alle betrokkenen van H&A initiatieven dat zorgprofessionals elkaar beter kennen en weten te vinden en dat zorgprofessionals van elkaar leren. Andere opbrengsten van H&A projecten zijn onder meer het beter en sneller oppakken van zorgvragen en een betere toeleiding naar passend aanbod (vanuit zorg en/of ondersteuning), meer overeenstemming in werkwijzen, een gezamenlijk visiedocument, inzicht in knelpunten, meer duidelijkheid voor de cliënt en meer efficiëntie voor wijkverpleegkundigen.

De belangrijkste werkzame elementen voor de ontwikkeling van H&A bleken het bottom-up proces vanuit de wijkverpleegkundigen, inbedding in een samenwerkingsverband op bestuurlijk niveau en het hebben van een projectleider. Daarnaast vinden veel betrokkenen het ook belangrijk dat de H&A projecten een goede regionale inbedding hebben en daarmee samenhangen met andere projecten en ontwikkelingen in de regio.

Om de samenwerking verder te ontwikkelen hebben betrokkenen vooral behoefte aan op elkaar aansluitende ICT en structurele financiering van samenwerkingsactiviteiten. Daarnaast hebben ze meer inzet van de zorgverzekeraar nodig. Niet alleen voor de financiering van samenwerking, maar ook voor het scheppen van belangrijke randvoorwaarden door middel van contractering, zoals een minimale kwaliteit en bereidheid tot samenwerking. Daarnaast vinden betrokkenen dat zorgverzekeraars meer de regierol moeten pakken in de regio om zodoende samenwerking te faciliteren en het regionale netwerk beter te ondersteunen. De belangrijkste opgave voor de (nabije) toekomst vinden ze het krijgen van een gedeelde visie op passende wijkverpleegkundige zorg, samen met huisartsen, ziekenhuizen en het sociaal domein.

## Conclusie

In dit onderzoek hebben we geconstateerd dat cliënten en mantelzorgers behoefte hebben aan hulp bij het aanvragen van wijkverpleging, maar dat zij deze hulp niet altijd krijgen of weten te vinden. Het is daarom belangrijk dat partijen zoals gemeenten en huisartsen ervoor zorgdragen dat mensen deze hulp weten te vinden. Zo zou er meer bekendheid moeten komen voor bestaande mogelijkheden voor ondersteuning bij dit soort aanvraagprocessen, zoals de onafhankelijk cliëntondersteuner. Daarnaast liet dit onderzoek zien dat er op de plekken waar er actief aan H&A wordt samengewerkt vooruitgang wordt geboekt ten opzichte van vorig jaar. Er zijn vooral stappen gemaakt in het gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het oppakken van elke zorgvraag (aanspreekbaarheid). Op die plekken waarop hier wordt samengewerkt merken betrokkenen dat dit leidt tot een betere toeleiding naar passende zorg. In mindere mate zijn er bij de H&A projecten stappen gemaakt in de ontwikkeling van herkenbaarheid voor cliënten en naasten. Dit is wel het geval in de regio's waar websites zijn gemaakt waarop cliënten en hun naasten zelf kunnen zien welke organisaties er in hun wijk actief zijn en waar zij centraal een aanvraag kunnen doen. Tenslotte viel op dat betrokkenen verwachten dat samenwerking op het thema H&A alleen niet genoeg zal zijn om de groeiende zorgvraag in de toekomst aan te kunnen. Hiervoor is allereerst nodig dat al aan de voorkant domeinoverstijgend met zowel huisartsen, ziekenhuizen als het sociaal domein wordt samengewerkt aan preventie. Ten tweede is er overeenstemming nodig over welk deel van de zorgvraag de wijkverpleging zou moeten oppakken en welk deel andere partijen zouden moeten invullen.

### **Mensen kunnen op de volgende websites informatie vinden over het regelen van wijkverpleging**

Heeft u momenteel zelf wijkverpleging nodig? Voor uzelf of uw naaste? En weet u niet waar u moet beginnen met zoeken? Patiëntenfederatie Nederland, de Rijksoverheid en het Zorginstituut hebben websites met handige informatie.

*Wat is wijkverpleging? En ben ik ervoor verzekerd?*  
[Wijkverpleging \(18 jaar en ouder\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

*Hoe krijg ik wijkverpleging (verpleging en verzorging thuis)?*  
[Wijkverpleging aanvragen \(verpleging en verzorging thuis\) \(patientenfederatie.nl\)](#)

*Website van de Rijksoverheid:*  
[Hoe krijg ik verpleging en verzorging thuis \(wijkverpleging\)? | Rijksoverheid.nl](#)

*Regelhulp, wegwijzer naar zorg en ondersteuning:*  
[Wijkverpleging | Verpleging en verzorging thuis | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)





# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Volgens prognoses van het CBS (2021) is een kwart van de bevolking in 2040 65-plusser. Het aantal 80-plussers zal naar verwachting de komende twintig jaar verdubbelen, van 0,9 miljoen eind 2021 naar 1,7 miljoen in 2043. Omdat ouderen tegelijkertijd worden gestimuleerd om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en er gestuurd wordt op steeds kortere ziekenhuisopnames, wordt een grote groei verwacht in de vraag naar wijkverpleging. Het aandeel mensen in de potentiële beroepsbevolking zal de komende jaren echter lang niet in dezelfde mate mee stijgen (Woittiez, 2021). Onderzoeksbureau Panteia verwachtte bij ongewijzigd beleid een personeelstekort van 10.400-10.600 werknemers in de wijkverpleging in 2027 (Panteia, 2020). Nu al zijn er steeds meer signalen dat de wijkverpleging de zorgvraag niet altijd aan kan. Begin 2023 concludeerde adviesbureau SiRM (2023) dat de hoeveelheid geleverde wijkverpleegkundige zorg lager is dan de verwachte zorgvraag. Volgens SiRM is een afname in de beschikbare wijkverpleging hiervoor een steeds belangrijkere oorzaak. Hoewel de vraag toeneemt neemt de geleverde zorg niet toe, omdat aanbieders cliënten weigeren, of minder uur per cliënt leveren. Volgens SiRM is een betere regionale afstemming van vraag en aanbod één van de manieren om het probleem te kunnen verminderen. In de afgelopen jaren is de wijkverpleging namelijk sterk versnipperd geraakt en zijn er in een regio vaak veel verschillende aanbieders. Voor mensen die voor zichzelf of een naaste wijkverpleging willen aanvragen en voor verwijzers naar wijkverpleging, zoals huisartsen en ziekenhuizen, is het niet altijd duidelijk welke aanbieders er in een bepaalde wijk precies zijn, welke zorg ze leveren en wie er plek heeft voor een nieuwe cliënt. Hierdoor kost het ze veel tijd en moeite om de juiste zorg te vinden.

## 1.2 Leidraad Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging

In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging maakten zeven HLA-partijen<sup>1</sup> afspraken over uitgangspunten in de wijkverpleging tussen 2019 en 2022. Het betrof onder meer afspraken over het voorkomen van (duurdere) zorg en afspraken om de zorg dichterbij mensen thuis brengen. In aanvulling op het Hoofdlijnenakkoord is de Leidraad Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging (Leidraad H&A) opgesteld. Deze leidraad beschrijft wat aanbieders samen met zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2021 in gang moeten zetten om tot meer herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging te komen. De leidraad schetst kaders waarbij lokaal invulling kan worden gegeven. Aanbieders van wijkverpleging weten namelijk wat daar wel en niet werkt, en kunnen voortbouwen op succesvolle ervaringen. Met *herkenbaarheid* wordt bedoeld dat het voor cliënten en professionals duidelijk moet zijn waar ze in hun wijk terecht kunnen met zorgvragen. Met *aanspreekbaarheid* wordt bedoeld dat aanbieders van wijkverpleging samen met andere zorgpartijen, zoals de huisarts, het ziekenhuis en het sociaal domein, verantwoordelijk zijn voor het vinden van passende zorg en ondersteuning voor elke cliënt.

<sup>1</sup> ActiZ organisatie van zorgondernemers (ActiZ), Branchevereniging BTN (BTN), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), ministerie van VWS

### 1.3 Onderzoek naar de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Het RIVM doet in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) meerjarig onderzoek naar de ontwikkeling van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging van 2021 tot en met 2023. Ook onderzoekt het RIVM wat er nodig is om deze verder te brengen. De onderzoeksactiviteiten in het eerste jaar ([zie rapportage 2022](#)) richtten zich op de vraag wat er op de werkvloer al werd ervaren aan samenwerking, herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging en het belang daarvan. Daaruit bleek dat het merendeel van de transferverpleegkundigen dat in het ziekenhuis werkt met meer dan één organisatie contact moest opnemen voor ze een cliënt succesvol naar wijkverpleging toe konden leiden. Bij de professionals die binnen de wijkverpleging werken, werd de urgentie voor samenwerking sterk gevoeld. Zij verwachtten dat samenwerking vooral opbrengsten voor de cliënt zou opleveren, zoals vaker passende, sneller opstartende en een betere kwaliteit van zorg. Daarnaast zagen ze voor zichzelf opbrengsten als ‘het leren van elkaar’ en ‘het makkelijker naar elkaar kunnen doorverwijzen’. In het onderzoek werden ook lessen getrokken uit voorbeelden van bestaande samenwerkingsverbanden binnen de wijkverpleging.

In deze rapportage bespreken we de bevindingen uit het tweede onderzoeksjaar (van medio 2022 tot begin 2023). Daarbij staan de volgende onderzoeksvragen centraal<sup>2</sup>:

1. Hoe ervaren cliënten en hun naasten de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging?
2. Welke ontwikkelingen zijn er in regionale projecten gericht op de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging?
3. Wat zijn de opbrengsten en lessen van regionale projecten voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging?

De eerste onderzoeksvraag richt zich op de ervaring van cliënten en mantelzorgers met H&A in het algemeen. Onderzoeksvragen 2 en 3 richten zich op (leer)ervaringen uit regio's waar al wordt samengewerkt aan de ontwikkeling van H&A. Andere regio's die (willen) werken aan H&A kunnen deze (leer)ervaringen gebruiken bij hun eigen ontwikkeling. In 2024 volgt de derde en laatste rapportage, waarin de focus op de ervaringen van zorgprofessionals zal liggen.

### 1.4 Methoden

Om deze vragen te beantwoorden zette het RIVM in 2022 een vragenlijst uit onder cliënten en mantelzorgers van het Zorgpanel van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN). Mensen die recente ervaring (< 1 jaar) hadden met de toeleiding naar wijkverpleging werden uitgenodigd om mee te doen. In totaal vulden 183 mensen de vragenlijst in. Het RIVM hield diepte-interviews met een deel van deze cliënten en mantelzorgers. Ervaringen van bestuurders en managers van zorgorganisaties werden opgehaald met een vragenlijst en diepte-interviews. Daarnaast werden werk- en uitwisselingsessies gehouden met regionale projectleiders en andere kartrekkers die werken aan de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden gericht op het vergroten van de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van wijkverpleging. Een uitgebreide beschrijving van de gebruikte methoden staat in Tekstbox 1: Methoden.

### 1.5 Leeswijzer

In deze publicatie staan de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, bestuurders, managers en regionale projectleiders en kartrekkers centraal. Hoofdstuk 2 beschrijft hoe cliënten en mantelzorgers de huidige herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging ervaren en wat zij hierbij belangrijk vinden. In hoofdstuk 3 worden lessen getrokken uit regionale projecten gericht op de ontwikkeling van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging. Tot slot worden in hoofdstuk 4 de belangrijkste bevindingen in perspectief geplaatst.

<sup>2</sup> De onderzoeksopzet is in afstemming met de Taakgroep Juiste Zorg Op de Juiste Plek, Sociaal Domein en Herkenbaar & Aanspreekbaar team (JSH) opgesteld. De onderzoeksfocus wordt gedurende de looptijd van het onderzoek met de Taakgroep JSH waar nodig en wenselijk aangepast om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wensen uit en mogelijkheden in het veld.

## Tekstbox 1: Methodes

### Vragenlijsten

In december 2022 werd een online vragenlijst uitgezet onder het Zorgpanel van PFN, voor diegenen die aangaven dat wijkverpleging bij henzelf of een naaste in het afgelopen jaar werd opgestart (N=304). In de vragenlijst werd gevraagd naar ervaringen met de toeleiding hiernaar (Onderzoeksvraag 1). 247 mensen begonnen aan de vragenlijst. Na opschoning bleven 183 respondenten over (55 procent was cliënt en 45 procent mantelzorger).

In samenwerking met de Taakgroep JSH stelden we een vragenlijst op voor bestuurders en managers. Enerzijds om de ontwikkeling van H&A in kaart te brengen. Anderzijds om de meningen en ervaringen hierover van aanbieders van wijkverpleging in beeld te krijgen. Via de websites en in de nieuwsbrieven van ZorgthuisNL en ActiZ, en met een gepersonaliseerde advertentie op LinkedIn voor bestuurders en managers van zorgorganisaties, werd een oproep gedaan om de online vragenlijst in te vullen. In de vragenlijst werd gevraagd naar welke ontwikkelingen er in hun regio waren op het gebied van H&A, hoe belangrijk zij deze ontwikkeling vonden en wat men nog nodig had om de ontwikkeling verder te brengen. Wegens de zeer lage respons (N=13) konden de gegevens niet worden gebruikt om een betrouwbaar landelijk beeld te krijgen van de stand van zaken rond de ontwikkeling van H&A. Wel werden de antwoorden gebruikt als aanvullende informatie op de kwalitatieve data vanuit de diepte-interviews met bestuurders/managers. De respondenten kwamen uit verschillende regio's in het land. Ze waren bestuurder van of manager binnen een grote organisatie (meer dan 100 teams wijkverpleging), middelgrote organisatie (tussen de 25 en 100 teams), of een kleine organisatie (minder dan 15 teams).

### Diepte-interviews

We hielden semigestructureerde diepte-interviews met 17 respondenten (8 cliënten en 9 mantelzorgers/naasten). Deze 17 respondenten werden geselecteerd uit een groep van 88 respondenten die bij de vragenlijst voor cliënten hun contactgegevens hadden ingevuld en hadden aangegeven aan een interview te willen meewerken. Daarbij maakten we een selectie die gebaseerd was op diversiteit in antwoorden op de vragenlijst (zoals of men goede of slechte ervaringen had met de toeleiding, of men keuze had en hoe belangrijk men dit vond en regionale spreiding), om zo kleur te geven aan de diverse ervaringen en perspectieven. In de interviews vroegen we hen dieper in te gaan op hun ervaringen rond de toeleiding naar

wijkverpleging (Onderzoeksvraag 1). Van de geïnterviewde cliënten en mantelzorgers heeft ongeveer de helft zelf wijkverpleging aangevraagd. De respondenten kwamen uit verschillende delen van het land, zowel de zeer weinig stedelijke als de zeer stedelijke gebieden. De zorgvragen van de geïnterviewden liepen uiteen van hulp bij de dagelijkse verzorging, het toedienen van medicatie, palliatieve zorg, kortdurende zorg in het kader van revalidatie, verpleegtechnische handelingen, tot volledige verzorging en verpleging vanwege dementie. Daarnaast hielden we 5 semigestructureerde diepte-interviews met 8 bestuurders en/of managers van zorgorganisaties van regionale H&A initiatieven uit verschillende regio's in Nederland. In de interviews vroegen we naar hun visie op en ervaringen met de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in de regio's waar hun organisatie wijkverpleging biedt. Interviews werden opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Transcripties werden met behulp van het programma MAXQDA door twee onderzoekers afzonderlijk gecodeerd en geanalyseerd.

### Werk- en uitwisselingsessies voor projectleiders en kartrekkers van regionale H&A projecten

Tussen november 2022 en maart 2023 zijn 1 fysieke werksessie en 4 online uitwisselingsbijeenkomsten met deelnemers uit in totaal 14 regio's gehouden. In de sessies werd zo goed mogelijk aangesloten bij de (leer)behoeften van de betrokken deelnemers. In de fysieke werksessie werd met betrokkenen van H&A initiatieven uit één regio besproken welke ervaringen men had, wat er wel en niet werkte, mogelijkheden voor het verbeteren van H&A, doelen en volgende stappen, en welke behoeften men had aan aanvullende ondersteuning om H&A verder te ontwikkelen. In de 4 online uitwisselingsbijeenkomsten wisselden projectleiders en kartrekkers van H&A initiatieven ervaringen uit. Zij kwamen uit 14 verschillende regio's: Achterhoek, Midden-IJssel/Oost-Veluwe, Amsterdam, Arnhem en omstreken, Drenthe Noord en Midden Drenthe, Eemdelta, Eindhoven-Noord, Enschede, Midden-Holland, Midden- en West-Brabant, Nijmegen, Noord-Holland-Noord, Oostelijke Mijnstreek, Scheveningen en Zoetermeer. Het ging hierbij om kennismaking, leren van elkaars aanpak en ervaringen. De laatste uitwisselingsessie ging specifiek over het gebruik van hulpmiddelen voor samenwerking, zoals digitale applicaties. Per sessie participeerden 7 tot 11 deelnemers uit 5 tot 6 regio's (totaal N=21). Een sessie duurde twee uur. Sommige deelnemers namen aan meerdere sessies deel.



## 2 Ervaringen van cliënten en mantelzorgers

### Kernboodschap

- Bijna de helft van de cliënten en mantelzorgers vraagt zelf wijkverpleging aan.
- Een kwart van de cliënten en mantelzorgers dat zelf wijkverpleging aanvraagt heeft moeite met het regelen van wijkverpleging.
- Het merendeel van de cliënten en mantelzorgers kent lokaal aanbod door eigen ervaring en contacten.
- De helft van de cliënten en mantelzorgers had geen keuze tussen aanbieders wijkverpleging.
- De helft van de cliënten en mantelzorgers vindt keuzevrijheid belangrijk.
- Bij het merendeel van de cliënten en mantelzorgers start wijkverpleging na aanvraag binnen paar dagen op.

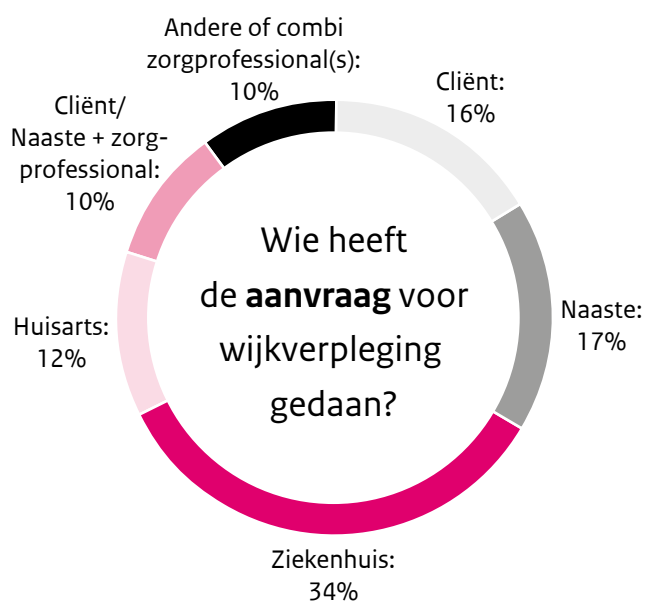
Dit hoofdstuk beschrijft aan de hand van de resultaten van vragenlijstonderzoek en diepte-interviews hoe cliënten en mantelzorgers tegen de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van wijkverpleging aankijken. Wat zijn hun ervaringen met de toeleiding naar wijkverpleging? Hoelang duurde het voordat wijkverpleging was opgestart? En hoe zijn zij te weten gekomen waar ze terecht konden? De resultaten uit het vragenlijstonderzoek leggen we naast de resultaten uit de interviews.

### 2.1 Bijna helft cliënten en mantelzorgers vraagt zelf wijkverpleging aan

Figuur 1 laat zien dat bijna de helft van de cliënten en mantelzorgers zelf wijkverpleging aanvraagt: bij 16 procent van de respondenten van de vragenlijst heeft de cliënt de aanvraag voor wijkverpleging zelf gedaan. Bij 17 procent was dit de naaste of mantelzorger. En bij 10 procent deed de cliënt en/of mantelzorger de aanvraag samen met een zorgprofessional. In de meeste gevallen was dit samen met een huisarts. Ongeveer een derde (34%) van de aanvragen werd door een ziekenhuismedewerker of transferverpleegkundige gedaan. In 12 procent van de gevallen heeft de huisarts de aanvraag gedaan.

Het resterende percentage (10%) aanvragen is gedaan door een combinatie van zorgprofessionals (4%) of een andere zorgprofessional (6%), zoals een casemanager (dementie), coördinator, het revalidatiecentrum of de thuiszorg.

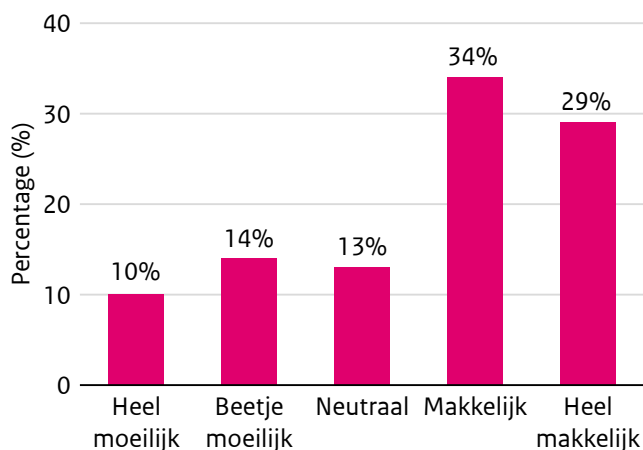
**Figuur 1:** Percentage antwoorden op de vraag: Wie heeft de aanvraag voor wijkverpleging gedaan? (N=183)



## 2.2 Kwart van de cliënten en mantelzorgers heeft moeite met het regelen van wijkverpleging

In Figuur 2 is te lezen hoe moeilijk of makkelijk respondenten die voor zichzelf of hun naaste wijkverpleging hadden geregeld dit vonden. Een meerderheid van de respondenten vond dit makkelijk (34%) of heel makkelijk (29%). Diegenen die heel makkelijk invulden lichtten hierop bijvoorbeeld toe dat ze al bekend waren met wijkverpleging of hulp via gemeente of huisarts kregen bij het regelen van wijkverpleging. Een kwart van de respondenten had wel moeite met het aanvragen van wijkverpleging. Ongeveer 14 procent gaf aan het een beetje moeilijk te vinden, zo'n 10 procent heel moeilijk. Deze respondenten lichtten bijvoorbeeld toe dat het niet duidelijk was hoe het aanvragen werkt en dat de wijkverpleging geen capaciteit had. Als laatste gaf 13 procent aan het noch moeilijk, noch makkelijk te hebben gevonden (neutraal).

**Figuur 2:** Percentage antwoorden op de vraag: Hoe vond u het om wijkverpleging voor uzelf of uw naaste aan te vragen / te regelen? (N=79)



### Goede ervaringen

Uit de verdiepende interviews blijkt dat cliënten en mantelzorgers die een goede ervaring hadden met het regelen van wijkverpleging vaak al voorkennis hadden. Zij hadden bijvoorbeeld vroeger zelf in de zorg gewerkt en wisten waar ze moesten zoeken. Het leek in sommige gevallen ook te helpen dat cliënten of mantelzorgers in een vroeg stadium al op zoek gingen naar wijkverpleging. Op het moment van zoeken was er nog geen zorg nodig, maar hierdoor hadden zij wel al contact met organisaties en was het soms al mogelijk om een intake te plannen. Wanneer er een casemanager (dementie) bij de cliënt betrokken was, werd dit als een grote steun ervaren. Deze persoon

nam vaak veel regelwerk uit handen. Een aantal cliënten en mantelzorgers was erg tevreden over het contact met de organisatie voor wijkverpleging, specifiek de coördinerend wijkverpleegkundige.

*'Ik moet er wel bij zeggen dat mijn dochter verpleegkundige is, heeft ook wel geholpen natuurlijk, hè. Misschien hadden we er zelf niet zo gauw aan gedacht. Vast contact opnemen met thuiszorg, dat was haar idee.'* – Cliënt

Een andere positieve ervaring gaat over het meedenken van de organisaties voor wijkverpleging. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat ondanks dat een organisatie zelf geen plek had, zij de cliënt of mantelzorger wel naar een andere organisatie verwees. Drie geïnterviewden gaven aan dat hun zorgverzekeraar hen goed informeerde, bijvoorbeeld over indicaties en vergoedingen van kosten.

### Slechte ervaringen

De geïnterviewden die slechte ervaringen hadden met het regelen van wijkverpleging ervoeren dat ze in hun zoektocht naar wijkverpleging van 'het kastje naar de muur' werden gestuurd. Zij moesten zelf bepaalde zaken uitzoeken en regelen, zoals de telefoonnummers van de organisaties voor wijkverpleging en urgentieverklaringen. Daarbij werden ze soms niet (goed) geholpen door de huisarts, de organisaties voor wijkverpleging zelf en de gemeente. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat ze niet goed kon overzien wat er allemaal moest worden geregeld. Zeker wanneer het een acute zorgvraag betrof en respondenten emotioneler waren en veel stress ervoeren.

*'En ik heb zelf in de zorg gewerkt daarvoor. Mijn broer heeft in de zorg gewerkt en die werkt nu in het speciaal onderwijs. Dus wij dachten: dit kunnen wij wel. En het was niet zo. En daar ben ik heel erg van geschrokken.'* – Mantelzorger

Cliënten en mantelzorgers die vanuit een revalidatie-zorginstelling hulp kregen met het regelen van wijkverpleging hadden het vaak makkelijker. Maar ook die groep gaf in de interviews aan dat het zoeken naar wijkverpleging niet eenvoudig ging. Zo kregen zij bijvoorbeeld te horen dat zij hun verwachtingen

moesten bijstellen omdat de zorginstelling anders geen aanbieder zou vinden die plek had. Sommige revalidatiezorginstellingen stuurde aan op het nemen van een Persoonsgebonden budget (PGB), zodat de cliënt zelf verantwoordelijk zou worden voor het regelen van wijkverpleging.

Ongeveer de helft van de geïnterviewden moest meerdere organisaties voor wijkverpleging bellen op zoek naar zorg voor zichzelf of naaste. Vaak kregen zij te horen dat er een wachtlijst was. Voor meerdere geïnterviewden bood een wachtlijst echter geen uitkomst omdat zij op korte termijn zorg nodig hadden. Sommige cliënten en mantelzorgers moesten zelfs meer dan vijf organisaties bellen voordat zij ergens plek vonden. Geïnterviewden gaven aan dat dit erg vervelend en belastend voor hen was, zeker wanneer er acuut hulp nodig was.

*‘Nou als je me gaat vragen over wie er allemaal thuiszorg verlenen dan zeg ik nee, want dat zijn [er veel].. Ik bedoel, dan rijdt er weer een autootje met die naam erop die thuiszorg verleent, dan weer een autootje met die naam erop die thuiszorg. Als je dat ziet dat is dat zo'n onoverzichtelijk landschap.’*  
– Mantelzorger

## Verbeterpunten regelen van wijkverpleging

In de verdiepende interviews werd respondenten gevraagd of en welke verbeterpunten zij hadden voor het proces van het regelen van wijkverpleging.

Bij een aantal geïnterviewden ging dit proces zo goed dat zij geen verbeterpunten konden aangeven. Sommigen hadden zich van tevoren wel zorgen hierom gemaakt vanwege de ervaringen van mensen in hun omgeving. Anderen gaven als verbeterpunt aan dat er bij het regelen van wijkverpleging meer hulp zou moeten zijn voor cliënten en mantelzorgers. Deze respondenten gaven aan dat ze behoefte hadden aan één aanspreekpunt die weet wat er wel en niet mogelijk is. Bijvoorbeeld in de vorm van een huisarts, wijkteam of organisatie voor wijkverpleging die daarvoor verantwoordelijk is. Dit zou mensen veel zorgen en tijd schelen. Cliënten en mantelzorgers gaven ook aan dat zij beter geïnformeerd hadden willen worden over het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, en wat de mogelijke gevolgen zijn van het krijgen van zorg van niet-gecontracteerde aanbieders.

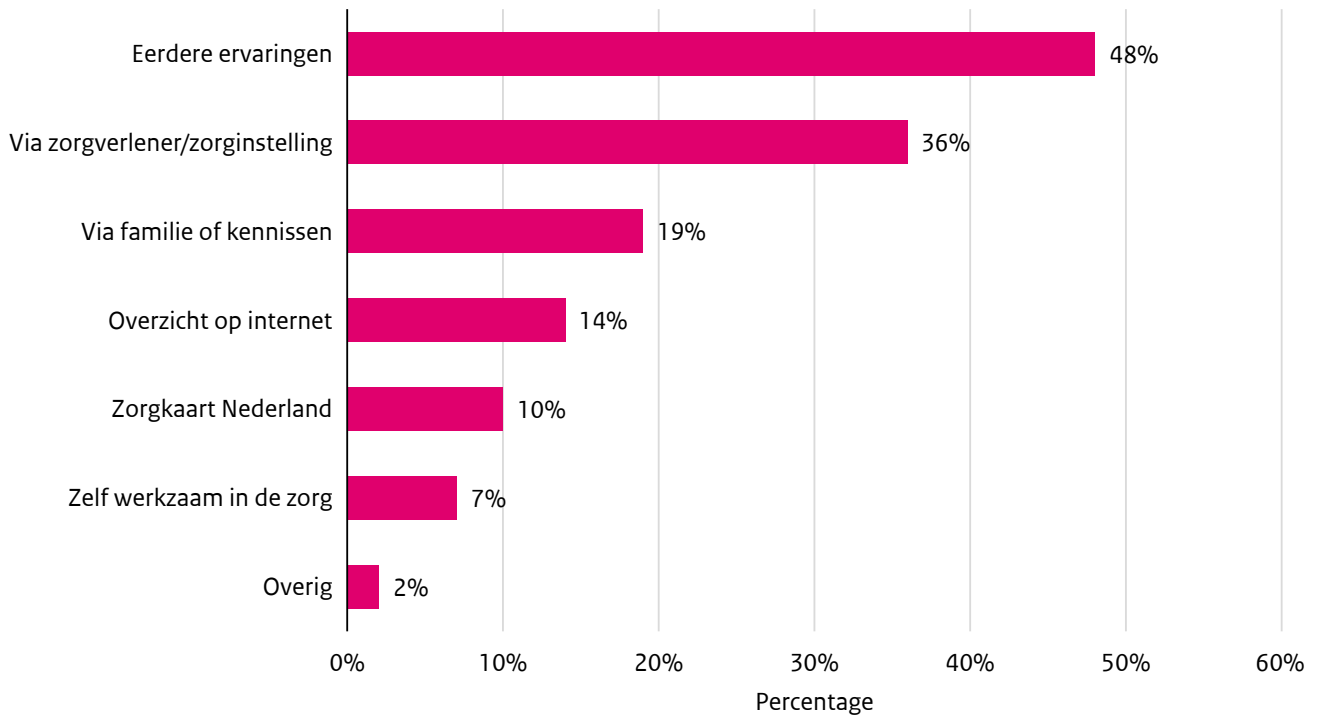
## 2.3 Merendeel van de cliënten en mantelzorgers kent lokaal aanbod door eigen ervaring en contacten

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat 73 procent van de respondenten al wist welke organisaties in de wijk wijkverpleging aanbieden, 27 procent wist dit niet.

De respondenten die al wisten welke organisaties in hun regio wijkverpleging aanbieden, werd gevraagd hoe zij aan deze kennis kwamen (zie Figuur 3). Van deze groep had 48 procent eerdere ervaringen met wijkverpleging. Daarnaast kwam 36 procent aan deze informatie via de zorgverlener/zorginstelling, en 19 procent via familie of kennissen. Zo'n 14 procent noemde een overzicht op internet. Zorgkaart Nederland werd door 10 procent van de respondenten genoemd als bron waardoor zij wisten welke organisaties er waren. Tenslotte gaf zo'n 7 procent aan zelf in de zorgsector werkzaam te zijn (geweest) waardoor ze al kennis hadden van wijkverpleging. 16 procent van de respondenten gaf twee of meer antwoorden op deze vraag. Zo werd het antwoord 'Eerdere ervaringen' vaak met 'Via zorgverlener/ zorginstelling' of 'Via familie of kennissen' gecombineerd.

De kennis over welke aanbieders er in een regio zijn, varieerde van 'geen' tot 'enige kennis' bij de geïnterviewde cliënten en mantelzorgers. Zij zijn dan vooral bekend met de grotere organisaties in de regio. Geen van de geïnterviewden gaf aan een volledig overzicht te hebben van de organisaties. Op verschillende manieren was meer kennis verkregen van het aanbod van organisaties. Meer dan de helft van de geïnterviewden had zelf via internet (bijvoorbeeld Google) gezocht naar aanbieders in de regio. Een klein deel van de geïnterviewden ervoerde dat als prettig en eenvoudig. Maar de meeste geïnterviewden ervoerden dat als ingewikkeld, omdat er geen volledig overzicht is van wat er lokaal aanwezig en beschikbaar is, het niet duidelijk is welke organisaties gecontracteerd zijn en in sommige gevallen contactgegevens van organisaties verouderd zijn. Daarbij kost het veel tijd en moeite om de verschillende organisaties op te bellen. Verder was er ook kennis opgedaan via de gemeente of gaven geïnterviewden aan dat de gemeente een logische startplek zou zijn.

**Figuur 3:** Percentage antwoorden op de vraag: Hoe wist u welke organisaties in uw regio wijkverpleging aanbieden? (N=134)



Ook hoorden geïnterviewden via vrienden, buren of andere connecties goede verhalen en wisten zij door deze mond-tot-mond reclame welke organisaties ze konden benaderen. Deze strategie verliep eigenlijk het makkelijkste al was er in een enkel geval geen plek. Ook is kennis verkregen via de huisarts en casemanager. Eén geïnterviewde gaf aan achteraf op de website van de zorgverzekeraar te hebben gekeken. Hoewel dit in eerste instantie geen logisch startpunt leek, bleek daarop toch allerlei informatie te staan.

*‘Het is meer de mond-tot-mondreclame zou ik haast zeggen en ervaringen waar ik op ben afgegaan dan... Ja, en de reviews, dat toch wel. De reviews op internet.’*  
– Cliënt

### Verbeterpunten herkenbaarheid en vindbaarheid

Uit de interviews blijkt dat de herkenbaarheid en vindbaarheid van organisaties voor wijkverpleging volgens veel respondenten nog te wensen over laat. Geïnterviewden zouden graag een actueel overzicht zien met aanbieders per wijk, inclusief de contactgegevens, op bijvoorbeeld de website van de gemeente of in folders om de herkenbaarheid en vindbaarheid te vergroten. Daarnaast zijn de verschillen tussen wijkverpleging, thuiszorg en persoonlijke verzorging- en begeleiding niet altijd duidelijk voor cliënten en mantelzorgers. Hierdoor weten zij niet precies bij welke organisatie zij moeten zijn.

*‘En bij een paar organisaties vond ik dat ze het beter hadden geregeld. Dan werd je wel doorgeschakeld en was het naar een 06-nummer, en vaak was dat degene die dan de leiding had op een bepaald team in een bepaalde regio en die belde dan later terug. Dan kon je je telefoonnummer inspreken en die belde terug. En dat werkt eigenlijk beter. Maar ik vind wel dat de vindbaarheid en de uitleg van diverse organisaties, mag best wel beter hoor.’* – Mantelzorger



## 2.4 Helft van cliënten en mantelzorgers had geen keuze tussen aanbieders wijkverpleging

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de respondenten kon kiezen van welke organisatie diegene, of diens naaste, wijkverpleging kon krijgen. De andere helft kon dit niet kiezen. Van het deel dat niet kon kiezen, vond de helft het thema 'keuzevrijheid' wel belangrijk.

Bij de diepte-interviews viel op dat er bij hen geen of beperkt sprake was van keuzevrijheid voor de wijkverplegingsorganisatie waarvan zij of hun naaste zorg zou krijgen. In hun zoektocht naar wijkverpleging bleken veel organisaties vol te zitten, waardoor de keuze beperkt was. Leidend was welke organisatie plek had voor een zorgvraag. De geïnterviewden die wel keuzevrijheid ervaren voelden dat zij de mogelijkheid hadden om over te stappen als de zorg niet goed zou bevallen.

### Noodgedwongen/afhankelijk van niet-gecontracteerde zorg

Bij enkele interviews viel ook op dat de geïnterviewden problemen kregen met niet-gecontracteerde zorg. Zij kwamen in de situatie dat de enige wijkverplegingsorganisatie met plek een niet-gecontracteerde aanbieder was. Zij voelden zich gedwongen tot deze keus, terwijl zij zelf liever een gecontracteerde aanbieder zouden willen. Hierdoor kregen zij te maken met nog meer administratie en hogere kosten. Daarnaast ervaren zij de constructies met onderaannemers als onduidelijk en niet transparant.

*'En dan kom je dus nooit meer aan de beurt, als je eenmaal hulp hebt van een niet-gecontracteerde, kom je nooit meer bij een gecontracteerd bureau terecht.'*  
– Mantelzorger

*'Want dat is vaak hè, mantelzorgen begint klein, maar het wordt steeds meer en het stapelt op. En dan moet je eigenlijk die ongein met niet-kloppende facturen of allemaal dingetjes in moeten dienen, dat moet je er eigenlijk helemaal niet bij moeten hebben.'*  
– Mantelzorger

*'En ik vind ook dat je er op mag rekenen dat toch degene die jou ergens naartoe verwijzen op zijn minst dan zeggen van; ik weet niet of uw verzekering hier op van toepassing is.'* – Mantelzorger

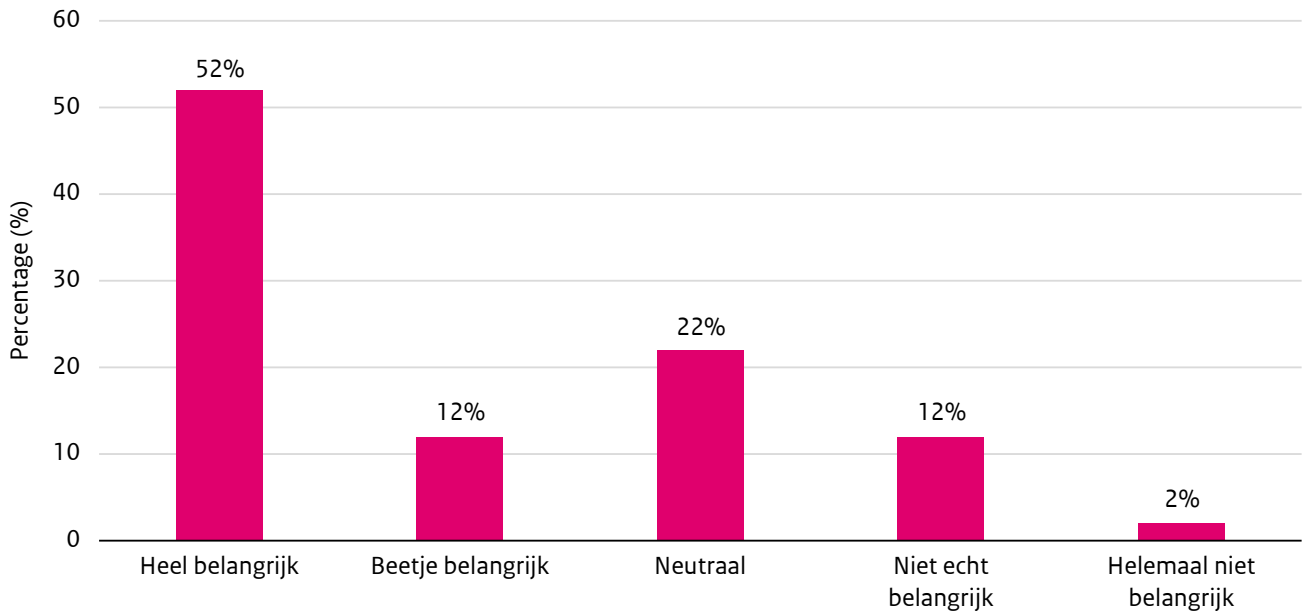
## 2.5 Helft van cliënten en mantelzorgers vindt keuzevrijheid heel belangrijk

In de vragenlijst vroegen we mensen hoe belangrijk zij keuzevrijheid bij wijkverpleging vinden (zie Figuur 4). Hieruit blijkt dat de helft van de respondenten (52%) keuzevrijheid heel belangrijk vindt, 12 procent vindt het een beetje belangrijk en 22 procent geeft aan dat zij hier neutraal in staan. Een kleiner deel (12%) geeft aan het niet echt belangrijk te vinden en maar 2 procent vindt keuzevrijheid helemaal niet belangrijk.

Uit de diepte-interviews bleek dat de meningen van respondenten over keuzevrijheid genuanceerder lagen dan de antwoorden op de vragenlijst. Iedereen vond het vooral belangrijk om geplaatst te worden en de juiste zorg te ontvangen. Daarbij wil men wel ervan uit kunnen gaan dat organisaties dezelfde kwaliteit zorg leveren. Een aantal geïnterviewden vond het dan ook niet belangrijk om keuzevrijheid te hebben, zolang de kwaliteit geborgd was. Anderen hadden geen duidelijke mening hierover. Zij waren tevreden met de organisatie waarbij ze terecht waren gekomen en zouden van tevoren ook niet goed hebben geweten op basis waarvan zij een keuze hadden moeten maken. Daarbij geven enkele geïnterviewden aan dat ze de keuze in personeel (wie er langskomt) belangrijker vinden dan de keuze in organisatie (waar zij werken).

*'Ze waren de enige en de eerste... Ja, als na een halve (stad) afbellen dit de enige is die überhaupt het wilde doen... Sowieso was ik niet heel kritisch, ik was allang blij dat ze konden helpen. Dus het kwam ook niet eens in me op om nog verder door te bellen daarna.'*  
– Cliënt

**Figuur 4:** Percentage antwoorden op de vraag: Hoe belangrijk vindt u keuzevrijheid bij wijkverpleging? (N=179)



*‘Er werd wel gevraagd of ik wensen had, maar al heel snel kwam eruit dat ik die wensen maar opzij moest schuiven, want dat we blij mochten zijn als er iemand beschikbaar was om mij 's morgens uit bed te helpen.’*  
– Cliënt

*‘Er is geen keuze. Je bent blij als een van de organisaties zegt “Wij kunnen u helpen.” En je hebt echt geen keuze hoor. Je kan niet eventjes zeggen “Nou, wilt u mij eventjes uw filosofie uitleggen, hoe gaat u met patiënten om, hè, hoe verzorgt u dit.”’*  
– Cliënt

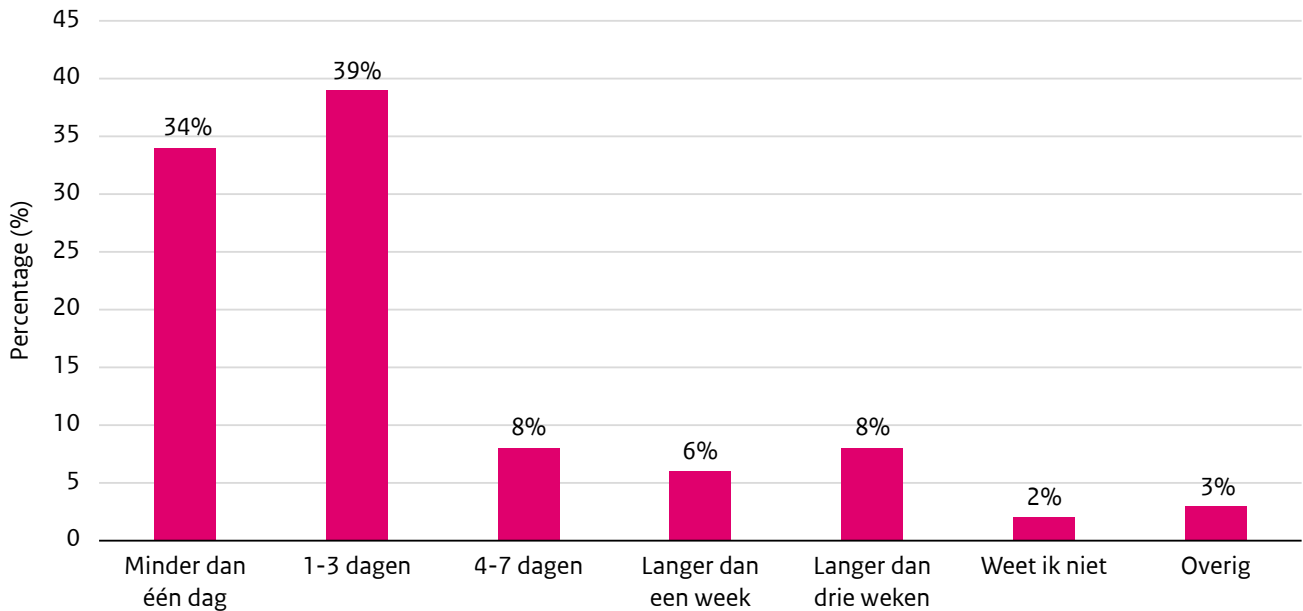
Sommige geïnterviewden gaven aan keuzevrijheid wel heel belangrijk te vinden. In een ideale situatie zouden ze organisaties met elkaar kunnen vergelijken op basis van ervaringen en zouden ze informatie willen over de filosofie van een organisatie. Ook gaven sommige geïnterviewden aan dat het belangrijk is om bij een gecontracteerde organisatie zorg te krijgen. Andere redenen waarom geïnterviewden het belangrijk vonden dat er keuzevrijheid is waren; de taal die gesproken wordt, de geloofsovertuiging van een organisatie, de kwaliteit van de zorg en het werken in kleine teams met niet te veel wisselende gezichten.

## 2.6 Bij merendeel van cliënten en mantelzorgers is wijkverpleging binnen paar dagen na aanvraag opgestart

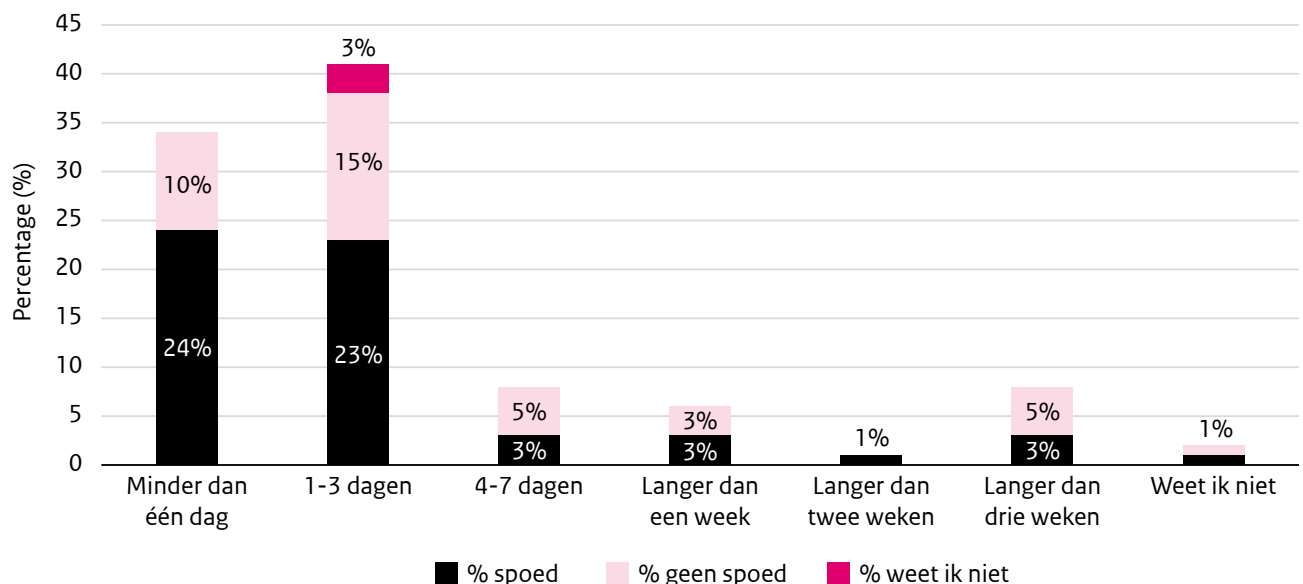
In Figuur 5 valt te lezen hoelang het volgens de respondenten van het vragenlijstonderzoek duurde voordat bij hen de wijkverpleging opstartte. In 39 procent van de gevallen duurde dit 1 tot 3 dagen. Bij 34 procent was dit in minder dan één dag geregeld. Bij ongeveer 8 procent duurde het 4 tot 7 dagen. 2 procent wist het niet (meer). Bij 14 procent duurde de opstarttijd langer: bij 6 procent duurde het langer dan een week, en bij 8 procent langer dan drie weken.

In figuur 6 zijn respondenten per wachttijd opgedeeld in de groep die met spoed wijkverpleging nodig had (binnen 48 uur) en een groep waarbij er geen spoedsituatie was. In de gehele groep was er bij 57 procent van de gevallen sprake van een spoedsituatie volgens de respondent. Opvallend is dat bij de groep die langer dan een week moest wachten er bij de helft (48%) volgens de respondent sprake was van een spoedsituatie. Meerdere respondenten gaven in de toelichting aan het wachten een probleem te vinden. Sommigen moesten hierdoor bijvoorbeeld langer in het ziekenhuis blijven.

**Figuur 5:** Percentage antwoorden op de vraag: Hoelang duurde het voordat de wijkverpleging was opgestart? (N=178)



**Figuur 6:** Percentage antwoorden op de vraag: Hoelang duurde het voordat de wijkverpleging was opgestart? Opgedeeld in categorieën al dan geen spoedsituatie (N=172)



Uit de diepte-interviews blijkt dat als cliënten of mantelzorgers eenmaal een organisatie voor wijkverpleging hebben gevonden, het opstarten van de zorg vaak niet lang meer duurt. In de interviews geven respondenten aan dat de zorg meestal binnen een paar dagen kon worden gestart. Sommige organisaties konden zelfs de volgende dag al starten. In een enkel geval ging hier wel een week

over heen. De geïnterviewden ervaren dat wanneer zij eenmaal ‘in zorg’ zijn bij een organisatie, en de intake hebben gehad, dat alles daarna goed geregeld wordt. Ook wanneer zij opnieuw in zorg komen, bijvoorbeeld na een tijdelijke ziekenhuisopname. De intake door een wijkverpleegkundige ervaren zij vaak als een prettig gesprek.

## **Gevolgen**

Meerdere geïnterviewden gaven aan dat zij nadelige gevolgen hebben ervaren, doordat zij moesten wachten totdat de wijkverpleging rond was. Een paar cliënten gaven aan dat zij in die tijd lichamelijk en/of geestelijk achteruit gingen. Ook moesten zij daardoor soms langer in het ziekenhuis blijven. Een aantal mantelzorgers gaf aan dat zij de tijd die zij moesten wachten, opvingen door zelf voor hun naaste te zorgen. Voor deze mantelzorgers was dit een zware belasting.

*‘Als jij naast je moeder zit, die de kluts kwijt is, alles laat lopen, die niet meer zelf kan lopen, het huis een puinhoop is, en je hebt zoiets van hé, ik zit in de shit, iemand moet me helpen, ja, dan is een dag al te lang.’*  
– Mantelzorger

## **Ervaren kwaliteit van opgestarte zorg en verbeterpunten**

In de interviews viel op dat veel cliënten en mantelzorgers tevreden zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg. Vaak hadden zij geen verbeterpunten te benoemen en zijn zij zeer tevreden over de zorgverleners. Wel benadrukten zij dat er vaak wisselingen in zorgtijden en personeel zijn, maar dat hiervoor in relatie tot de bekende personeelskrapte begrip is. De geïnterviewden ervoeren dat grotere organisaties over het algemeen meer flexibel zijn om personeel te vervangen door ander kwalitatief personeel als er bijvoorbeeld sprake is van ziekte. Verder werd als verbeterpunt genoemd dat cliënten graag aan het einde van de zorgperiode een reflectiemoment hebben.

# 3 Ontwikkeling regionale projecten Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging

## Kernboodschap

- In tenminste 29 regio's wordt binnen samenwerkingsverbanden tussen lokale aanbieders van wijkverpleging gewerkt aan de ontwikkeling van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid.
- De samenwerkingsverbanden zetten vooral in op het gezamenlijke verantwoordelijkheid nemen voor het oppakken van zorgvragen.
- Ziekenhuis en/of huisarts(praktijk)en zijn soms betrokken.
- Het sociaal domein is meestal (nog) niet betrokken.
- Samenwerkingsverbanden leveren belangrijke opbrengsten op: zorgprofessionals weten elkaar beter te vinden en leren van elkaar, zorgvragen worden beter en sneller opgepakt.
- Belangrijkste werkzame elementen zijn het bottom-up proces, het aanstellen van een projectleider en de inbedding op bestuurlijk niveau en in een bredere regionale structuur.
- Betrokkenen hebben behoefte aan (beter) op elkaar aansluitende ICT, structurele financiering van samenwerking en meer inzet van de zorgverzekeraar voor het scheppen van randvoorwaarden voor samenwerking.
- Belangrijkste opgave voor de ( nabije) toekomst vinden betrokkenen het krijgen van een gedeelde visie op passende wijkverpleegkundige zorg, samen met huisartsen, ziekenhuizen en het sociaal domein.

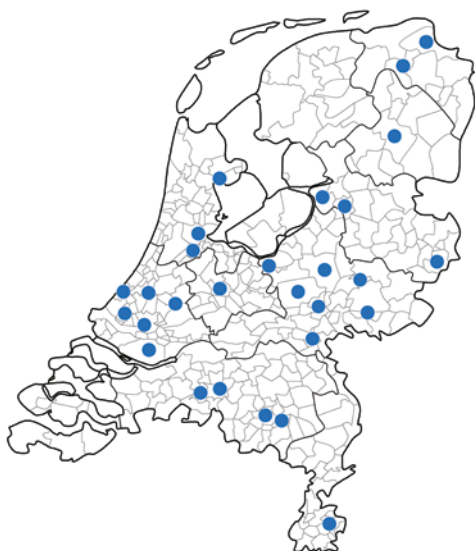
Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen en opbrengsten van regionale projecten gericht op Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging, op basis van werk- en uitwisselingssessies met projectleiders en andere katrekkers en diepte-interviews met managers en bestuurders van zorgorganisaties die betrokken zijn bij H&A projecten. Op basis van de ervaringen van deze betrokkenen wordt beschreven wat werkzame elementen zijn en wat er nodig is om de ontwikkeling verder te brengen. Deze leerervaringen kunnen anderen gebruiken bij de ontwikkeling van H&A in hun regio.

## 3.1 Regionale initiatieven

In verschillende regio's in Nederland wordt actief samengewerkt om (onder meer) de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid te verbeteren. Veel van deze initiatieven worden ondersteund door een [Subsidieregeling Ondersteuning Wijkverpleging](#) (SOW) van de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO). In Figuur 7 staan voorbeelden die uit ons onderzoek<sup>3</sup> naar voren kwamen. Het betreft hier geen uitputtend overzicht. Mogelijk zijn er andere regionale of lokale initiatieven waar op dit moment nog geen zicht op is.

<sup>3</sup> Dit overzicht is gebaseerd op informatie verzameld sinds de start van het onderzoek in 2021, over verleende SOW Wijkverpleging subsidies, een rondvraag onder de HLA-partijen en gegevens ingevuld in voor dit onderzoek gebruikte vragenlijsten.

**Figuur 7:** Regio's met projecten die gericht zijn op de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging 2023. Locaties: Achterhoek, Amstelveen, Amsterdam, Apeldoorn e.o., Arnhem e.o., Ede en Wageningen, Eindhoven-Noord, Enschede, Geldrop, Gilze-Rijen, Groningen e.o., Kampen, Midden-Holland, Nijkerk, Nijmegen e.o., Noord-Holland-Noord, Noord- en Midden-Drenthe, Oostelijke Mijnstreek, Rotterdam, Scheveningen, Utrecht, West-Brabant, West en Midden Brabant, Westland-Schieland-Delfland, Zoetermeer, Zuid-Hollandse Eilanden, Zutphen en Zwolle e.o.



## 3.2 Samenwerkingsverbanden weer een stap verder

### Veel contact tussen wijkverpleegkundigen

In de vorige rapportage (Asmoredjo et al., 2022) werden lessen getrokken uit leerervaringen binnen 6 projecten gericht op de ontwikkeling van Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging (H&A). Van november 2022 tot en met februari 2023) voerden we vervolgonderzoek uit onder projectleiders, kartrekkers, bestuurders en managers uit 14 verschillende regio's<sup>4</sup> waar projecten lopen, gericht op de ontwikkeling van (onder meer) H&A. Bij de meeste projecten zagen we dat lokale ontmoetingen en samenwerkingen tussen wijkverpleegkundigen werkzaam bij verschillende organisaties worden gefaciliteerd. Dit met als doel:

1. elkaar te leren kennen zodat men elkaar makkelijker kan vinden.
2. het met elkaar eens te worden over de grootste knelpunten en de urgentie daarvan. Voor de wijkverpleegkundigen is dit meestal het niet kunnen aannemen van alle zorgvragen die bij hun organisatie binnen komen en de wetenschap dat dit probleem in de toekomst alleen groter wordt.
3. om met elkaar een oplossing voor de knelpunten te bedenken.

Bij het merendeel waren dit wijkverpleegkundigen van organisaties die op bestuurlijk niveau een samenwerkingsverband hadden. In sommige gevallen waren deze samenwerkingsverbanden breder dan alleen aanbieders van wijkverpleging en zaten bijvoorbeeld ook huisartsorganisaties, ziekenhuis, gemeente en/of zorgverzekeraar aan tafel.

Meerdere betrokkenen gaven aan dat er grote verschillen zijn in hoever men met de ontwikkeling van H&A is. Ze merken dat een aantal regio's nog in de opstartfase zijn, terwijl andere regio's al een (paar) jaar bezig zijn. Binnen de regio's merken betrokkenen dat er ook grote verschillen kunnen zijn in de mate van voortgang. In veel gevallen wordt bewust gekozen voor specifieke wijken binnen de regio om als pilot te fungeren, met als doel om daarvan te leren en later ook naar andere wijken op te schalen. Logischerwijs zijn de bij de pilot betrokken wijken verder in hun ontwikkeling dan de wijken die niet daarbij betrokken waren. Ook zijn er volgens betrokkenen verschillen in mate van ontwikkeling tussen (sub)regio's omdat zij te maken hebben met verschillende contexten, zoals het aantal organisaties dat er actief is, commitment van die organisaties, of veel wisselingen van betrokken individuen. Uit een van de projectleiders- en kartrekkersbijeenkomsten bleek dat de verschillen soms ook verklaard kunnen worden door verschillen in gevoelde urgentie:

*'[Het] komt denk ik ook omdat de nood [in onze regio] heel hoog is. (...) Daar is de krapte zo groot, dat ze wel moeten samenwerken. (...) En je zag ook in de coronatijd, zodra het echt nodig was, konden we opeens met z'n allen heel goed samenwerken. (...) In mijn [ene] gebied is het lastiger dan [in het andere], omdat de nood [daar] minder hoog is. Dat is denk ik wel een belangrijke.'* – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

<sup>4</sup> Achterhoek, Midden-IJssel/Oost-Veluwe, Amsterdam, Arnhem en omstreken, Drenthe Noord en Midden Drenthe, Eemsdelta, Eindhoven-Noord, Enschede, Midden-Holland, Midden en West Brabant, Nijmegen, Noord-Holland-Noord, Oostelijke Mijnstreek, Scheveningen, Zoetermeer

## Vooral ontwikkeling van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor oppakken zorgvraag

Er is vooral veel gewerkt aan het ontwikkelen van de aanspreekbaarheid: dat wil zeggen de gedeelde verantwoordelijkheid nemen voor het oppakken van alle zorgvragen. Bij de meeste H&A-projecten werken de wijkverpleegkundigen van de samenwerkende aanbieders op een structurele manier met elkaar samen om ofwel alle binnengekomen zorgvragen, of alleen de zorgvragen die niet door de voorkeursaanbieder konden worden opgepakt, binnen een bepaalde wijk of subregio op een efficiënte manier naar de best passende aanbieder toe te leiden. Dit gebeurt bijvoorbeeld door wijkverpleegkundigen van een

wijk of subregio binnen een besloten app groep of digitaal kanaal met elkaar te laten overleggen. Een andere methode die binnen projecten wordt gebruikt is het inzetten van gespecialiseerde transfer- of schakelteams die inzicht hebben in de capaciteit van de samenwerkende aanbieders. Soms hebben die dat inzicht door het gebruik van een daarvoor ontwikkeld digitaal hulpmiddel zoals een Stoplichtapp waarop te zien is welke aanbieders nog ruimte hebben (zie Tekstbox 2: Voorbeelden van hulpmiddelen voor H&A wijkverpleging). In sommige regio's wordt er als een zorgvraag niet door één aanbieder kan worden opgepakt besloten om (tijdelijk) zorg vanuit twee aanbieders te leveren. In een aantal regio's wordt de aanbeveling uit de Leidraad gevolgd door het uitvoeren van een wijkscan om inzicht te krijgen in de situatie in de wijk.

## Tekstbox 2: Voorbeelden van hulpmiddelen voor H&A wijkverpleging

Betrokkenen van bestaande H&A-initiatieven bleken veel behoefte te hebben aan het met elkaar delen van ervaringen met het gebruik van methoden en hulpmiddelen voor samenwerking. In de uitwisselings-sessies deelden betrokkenen met elkaar welke methoden en hulpmiddelen er binnen hun projecten worden gebruikt. Deze tekstbox geeft een aantal voorbeelden van hulpmiddelen/instrumenten die gebruikt worden binnen de H&A projecten.

### Centraal aanmeldpunt

In sommige regio's wordt er gebruik gemaakt van een digitaal platform waar zorgvragen vanuit huisartsen en/of ziekenhuizen centraal binnen komen. Hiervoor wordt bijvoorbeeld het systeem POINT of Zorgdomein gebruikt. Uit de uitwisselingssessies tussen regio's blijkt dat de keuze voor een systeem voor centrale aanmelding afhankelijk moet zijn van welke systemen bekend en compatibel zijn met andere zorgpartijen als huisarts en ziekenhuis. Als het doel is om ook de aanmeldingen van toekomstige cliënten en mantelzorgers op een centraal punt te organiseren, kan dat via een website. In Arnhem en omstreken wordt daarom gebruik gemaakt van de website [www.samenindewijkzorg.nl](http://www.samenindewijkzorg.nl) en in drie wijken in Nijmegen van de website [www.zorginmijnwijk.nl](http://www.zorginmijnwijk.nl).

### Digitaal kanaal of App-groep voor wijkverpleegkundigen

Verschillende projecten gebruiken besloten en beveiligde digitale kanalen voor communicatie tussen wijkverpleegkundigen. Hierin worden meestal de (niet opgepakte) zorgvragen besproken om te bepalen welke

aanbieder(s) die het beste kan aannemen. Hiervoor maken zij gebruik van de Siilo App, VIPLive of besloten groepen in MS-Teams.

### Stoplichtapp

Een aantal projecten maakt gebruik van een Stoplichtapp om de capaciteit van de verschillende samenwerkende partijen inzichtelijker te maken, ofwel alleen voor de wijkverpleegkundigen zelf of ook voor verwijzers. In een Stoplichtapp kan per team en dagdeel de capaciteit worden aangegeven. Daarbij betekent groen dat er voldoende ruimte is, oranje dat er in overleg eventueel nog ruimte is, en rood dat er in principe geen ruimte is. Betrokkenen van deze projecten geven aan dat dit instrument tijdswinst oplevert voor de wijkverpleegkundigen, omdat zij als er echt geen capaciteit is geen (onverwachte) telefoontjes meer binnen krijgen met nieuwe aanvragen die zij toch niet kunnen aannemen.

### Koppeling tussen elektronische patiëntendossiers (EPD)

Hoewel een gezamenlijk EPD voor alle zorg- en ondersteuningspartijen bij alle betrokkenen verreweg de voorkeur heeft, blijkt dit op korte termijn onhaalbaar. Zelfs als verschillende zorgpartijen eenzelfde systeem gebruiken, moeten er apart koppelingen ontwikkeld worden, met alle kosten van dien, om aan gezamenlijke dossiervoering te kunnen doen. Wel bestaan er mogelijkheden om vanuit verschillende dossiers over dezelfde cliënt te kunnen communiceren. Voorbeelden van hiervoor ontwikkelde instrumenten die in de H&A-projecten werden genoemd zijn C-Boards, OZO-Verbindzorg en Care-Sharing.

## Website voor herkenbaarheid en centrale aanmelding

In sommige regio's zijn er ook duidelijke ontwikkelingen op het gebied van herkenbaarheid. De bekendste voorbeelden zijn die in de regio Arnhem en omstreken en in drie wijken in Nijmegen, waar zowel verwijzers als zorgvragers of hun naasten via een centrale website een aanmelding kunnen doen voor wijkverpleging. Op die website kunnen ze ook zien welke organisaties er in hun wijk actief zijn. De grote voordelen van een centraal aanmeldpunt zijn ten eerste helderheid voor de aanvrager. Ten tweede geeft centrale registratie inzicht in de geografische verdeling van zorgvragen en waar welke soort zorgvragen moeilijk of niet opgepakt kunnen worden. Tekstbox 3 licht de ervaringen uit Arnhem en omstreken uit.





## Tekstbox 3: Aanpak H&A in Arnhem; Samen in de Wijkzorg

In Arnhem en omstreken hebben 26 thuiszorgorganisaties, ziekenhuis Rijnstate, huisartsen en andere samenwerkingspartijen in elf gemeenten de handen ineen geslagen om een nieuwe werkwijze in te voeren. Dit samenwerkingsverband heet Samen in de Wijkzorg ([www.samenindewijkzorg.nl](http://www.samenindewijkzorg.nl)). Het doel is de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te bewaken: iedereen heeft recht op goede zorg thuis. Samen in de Wijkzorg is een samenwerkingsverband om de wijkverpleging herkenbaar en toegankelijk te maken voor cliënten en verwijzers. Betrokken partijen ontvingen (financiële) ondersteuning voor de samenwerking vanuit de Subsidieregeling Ondersteuning Wijkverpleging en Menzis, de preferente zorgverzekeraar in het werkgebied.

### Eén digitaal aanvraagproces

In de nieuwe werkwijze is er één digitaal aanvraagproces voor verwijzers, cliënten en mantelzorgers die wijkverpleging willen aanvragen. Coördinerende wijkteams bespreken de ontvangen zorgvragen dagelijks tijdens een online overleg. In deze teams zitten wijkverpleegkundigen van de meeste thuiszorgorganisaties. De zorgvraag wordt aangenomen door een organisatie die tijd en expertise heeft. Vanaf september 2021 is de werkwijze ontwikkeld via een 'bottom up' leerproces, beginnend bij de professionals op de werkvloer. In mei 2022 werd de nieuwe werkwijze officieel ingevoerd.

Tijdens periodieke evaluaties op alle samenwerkingsniveaus (uitvoering, management en bestuur) worden voortgang, knelpunten, uitdagingen en oplossingen van de nieuwe werkwijze besproken. Zo ontstaat onderling vertrouwen tussen organisaties en bewustzijn van het gezamenlijke belang om goede zorg te kunnen bieden. Kansen en knelpunten die om een bredere aanpak vragen worden opgenomen in een ontwikkelagenda.

### Aangenomen zorgvragen

In totaal zijn er al 7030 zorgvragen aangenomen (september 2021 t/m oktober 2022) via het nieuwe proces door thuiszorgorganisaties. Het grootste deel van de zorgvragen is afkomstig van het transferbureau van ziekenhuis Rijnstate (60%), gevolgd door huisartsen (23%). Andere verwijzers zijn revalidatiecentra, thuiszorgorganisaties, casemanagers dementie, cliënten en mantelzorgers.

Van de zorgvragen zijn er 6132 zorgvragen ontvangen en bediend door twaalf coördinerende teams van wijkverpleegkundige werkzaam in het gehele werkgebied. Verder zijn er 898 zorgvragen opgepakt door vier verschillende coördinerende teams van gespecialiseerde wond-, palliatieve, technische en longverpleegkundigen.

### Resultaten verbeterde samenwerking

Een ruime meerderheid van de deelnemende partijen is positief over de nieuwe werkwijze. Zij ervaren een verbeterde samenwerking, de mogelijkheid om zorg samen gecoördineerd op te pakken en inzicht in gezamenlijke beschikbaarheid en capaciteit. Een andere meerwaarde is dat je bij problemen voor elkaar klaar staat. Verder kan er sneller en meer zorg aangenomen worden en besparen verwijzers (veel) tijd bij het regelen van thuiszorg. Er is een verschuiving van de coördinatietaken van verwijzers naar thuiszorgmedewerkers, waarmee de wijkverpleegkundigen weer regie hebben over de zorg thuis. Ook cliënten en mantelzorgers ervaren dat ze worden ontlast en geven aan snel de juiste zorg op de juiste plek te kunnen regelen.

### Toekomstige ontwikkelingen

Voor de maatschappij als geheel lijkt er sprake te zijn van een positieve kosten/baten-verhouding door meer efficiëntie in de zorgketen, versnelde innovatie en kwaliteitsimpuls. Een samenwerkingsconvenant is ondertekend en een verzoek voor financiële ondersteuning wordt aangevraagd door de zorgverzekeraar met ondersteuning van een tweede zorgverzekeraar bij het Integraal Zorgakkoord (IZA).

*De inhoud van deze tekstbox is gebaseerd op onderzoek van Ecorys (Rijntjes et al., 2022).*

## Samenwerkingsverbanden bestaan vaak (vooral nog) uit een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders

Bij de uitwisselingsessies bleken de samenwerkingsverbanden die door de deelnemers als voorlopers werden gezien, op zoek te zijn naar of en op basis waarvan je zou moeten bepalen welke aanbieders in een regio met elkaar aan H&A samenwerken. Bij de meeste van deze voorlopers viel op dat er duidelijke keuzes waren gemaakt om met een kleiner aantal aanbieders te starten om echt iets van de grond te kunnen krijgen.

*‘[De selectie van een beperkt aantal partijen] heeft ook wel geholpen in de samenwerking want er zijn hier wel tachtig tot negentig thuiszorgorganisaties, klein, groot, goeie kwaliteit, slechte kwaliteit, alles door elkaar heen. Dus dat onderscheid is gemaakt.’ – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst*

Bij de voorlopers is vaak ervoor gekozen om alleen met gecontracteerde aanbieders samen te werken. Dit vooral omdat partijen daarmee meer vertrouwen hebben in de kwaliteit van hun samenwerkingspartners, maar soms stuurde de zorgverzekeraar ook nadrukkelijk hierop aan. Vaak ontstonden samenwerkingen op H&A-gebied ook bij aanbieders die elkaar al kenden via andere netwerken gericht op samenwerking en vernieuwing. Bij meerdere samenwerkingsverbanden was er wel de intentie om in een later stadium andere partijen aan te (laten) haken.

*‘Wij hebben de keuze gemaakt om met de grote aanbieders die ook al langer samenwerken op te starten. (...) Wij hebben met de zorgverzekeraar ook gezegd dat wij niet de niet-gecontracteerde aanbieders laten aansluiten want de zorgverzekeraar wil eigenlijk ook liever dat ze daar geen zaken mee doen. (...) Want wij hebben ook al zoveel partijen. Maar daar gaan wij niet allemaal [mee samenwerken]. Dat is onbegonnen werk.’ – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst*

*‘[De samenwerkende partijen zijn] heel divers eigenlijk in omvang. (...) Maar wat je ziet, is dat dat wel de spelers in de regio zijn, die gewoon altijd met elkaar bereid zijn tot samenwerking en vernieuwing. (...) We hebben wel gezegd, herkenbare wijkverpleging is gewoon wijkverpleging breed, dus daar zijn ook andere partijen, die nu nog niet zijn aangesloten, kunnen daar zeker ook bij aansluiten, want dat is juist wat je wilt.’ – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst*

## Minder onderlinge concurrentie

Binnen de samenwerkingsverbanden merken betrokkenen dat zij elkaar steeds meer als samenwerkingspartner zien, in plaats van als concurrent. Dit komt door het vertrouwen dat is opgebouwd, de merkbare voordelen die samenwerking oplevert en de (verwachte) toegenomen zorgvraag.

*‘Ik denk met name dat in de loop van die jaren dat gevoel van concurrentie eraf is gegaan. Ik vind dat zelf heel prettig. Ik zie [andere aanbieder wijkverpleging] niet meer als een concurrent maar eerder een samenwerkingspartner en dat komt omdat je gewoon met veel mensen aan tafel zit, omdat je veel aan elkaar vraagt.’ – Bestuurder zorgorganisatie*

## Samenwerking met andere partijen

De mate waarin ziekenhuis en huisarts(praktijk)en werden betrokken bij de initiatieven voor de ontwikkeling van H&A liep sterk uiteen. Zo hebben sommige projecten al vanaf het begin het perspectief van de verwijzers meegenomen. Bij andere projecten is gekozen om eerst iets op te zetten en daarna de verwijzers te informeren. Opvallend is dat het sociaal domein vaak nog niet betrokken wordt in de H&A-initiatieven. In tekstbox 4 staat een voorbeeld beschreven van het H&A project in West-Brabant, waarbij het sociaal domein wel nauw is betrokken.

## Tekstbox 4: West-Brabant: Slimmer samenwerken in de wijk

In de regio West-Brabant is Surplus een zorgaanbieder die zich richt op welzijn, zorg en wonen. Uniek is dat Surplus zich ook in de wijk actief richt op welzijn en zorg. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat de organisatie Surplus zowel Zorg als Welzijn letterlijk en figuurlijk onder één dak heeft. Ze zijn de laatste 5 jaar heel actief hiermee bezig. Het is begonnen doordat leidinggevenden van welzijn en van de thuiszorg bij elkaar op kantoor gingen zitten. Daar kwamen ook ideeën van medewerkers samen, die tot een combinatie van activiteiten welzijn en thuiszorg hebben geleid. Er zijn buurtkamers gevormd waar zowel dagbesteding vanuit de Wmo plaats vindt als welzijnsactiviteiten van ontmoetingscentra. Ook qua financiering heeft dit geleid vanuit de gemeente tot één financiering van zowel dagbesteding als welzijnsactiviteiten waar voorheen een aparte financiering was voor deze activiteiten. Het is zelfs zo dat er geen indicatie nodig is, maar mensen naar binnen lopen omdat het fijn is te verblijven en een zinvolle daginvulling geeft.

### **De eerste signalen van de voorloper van Werken vanuit Wijken**

Een jaar of tien geleden ontstond er een beweging vanuit de regionale Kruisvereniging om de zogeheten wijkzuster weer te introduceren als verbindende schakel voor coördinatie en afstemming tussen het sociale en het medische domein. Dit is geboren uit de behoefte dat er veel verschillende organisaties bij de mensen over de vloer kwamen die naar elkaar doorverwezen. De medewerkers zijn gevraagd om het gesprek aan te gaan met de bewoners en cliënten over wat ze nodig hadden. In deze gesprekken gaven bewoners en cliënten aan vanuit beide disciplines hulp nodig te hebben en zo kwam de samenwerking in de wijk en in praktijk steeds beter op gang.

### **Schakelteams**

Het project Slimmer Samenwerken in de Wijk is anderhalf jaar geleden gestart op basis van de leidraad en het gedachtengoed 'Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging' en vanuit een verlangen om meer regionale samenwerking in de wijk op te pakken.

Er bestond ook al een zorgnetwerk in de regio West-Brabant (TMZ Breda) waarin werd samengewerkt in verschillende projecten. Suprplus en Thebe hebben dit voor de beweging naar het slimmer samenwerken in de wijk met een SOW-subsidie verder ontwikkeld en daarna zijn zogenoemde schakelteams gevormd. In deze schakelteams werken wijkverpleegkundigen van verschillende organisaties samen. Zij wijzen zorgvragen toe aan de best passende aanbieder(s) wanneer de voorkeuraanbieder niet de zorg kan leveren. In de praktijk ontstaat in de schakelteams de dynamiek dat het vanzelfsprekender wordt om ook andere partijen die in de wijk actief zijn te betrekken. En in combinatie met welzijn hebben ze meer tools in handen om het proces naar welzijn en zorg te stroomlijnen. Dit betekent dat medewerkers van welzijn en de wijkverpleegkundigen de laatste jaren veel meer met elkaar optrekken. Zo pakken ze bijvoorbeeld de informatie-uitwisseling via het zorgdossier met elkaar op, zodat ze daadwerkelijk rondom een cliënt een dossier kunnen voeren. De afstemming met andere disciplines vindt als vanzelfsprekend plaats. Ook gaan ze soms gezamenlijk naar een cliënt toe om afspraken te maken. Vaak is een zorgvraag eigenlijk een welzijnsvraag. Er wordt samen gekeken hoe mensen een andere invulling aan de dag kunnen geven. De medewerkers merken dat de mensen een vitaler gevoel krijgen. Daardoor neemt de vraag naar huisartsenzorg en wijkverpleging af.

### **Samenwerking met zorgverzekeraar**

Het slimmer samenwerken in de wijk hielp ook in de samenwerking met de verzekeraar. De verzekeraar merkte dat de thuiszorgorganisaties in de regio met personeelstekorten kampen. Dit betekende dat zij ingewikkelde vragen kregen van verzekerden, vooral over welzijn. Dat leidde ertoe dat onder meer Surplus is gevraagd om te helpen met de inzet van wijkverpleegkundigen bij deze vragen. Zij gingen naar de mensen toe voor een verpleegkundig adviesgesprek. Het probleem kon niet altijd meteen worden opgelost, maar de mensen kregen wel een advies hoe ze de tijd konden overbruggen of hoe ze een andere beweging konden maken.

### Omgaan met wet- en regelgeving

Binnen de uitwisselingsessies waren deelnemers geïnteresseerd naar hoe er op verschillende plekken wordt omgegaan met wet- en regelgeving rond samenwerking. Vooral wat betreft de AVG en mededinging werd uitgewisseld hoe hiermee in de praktijk wordt omgegaan. Om te voldoen aan de privacywetgeving gaven de deelnemers aan dat ze alleen die informatie opvragen die nodig is om de zorg op te pakken en maken ze zoveel mogelijk gebruik van een beveiligde omgeving. Om te voldoen aan de regels van de mededinging wordt voor het verdelen van de klantvragen in het werkgebied gekeken naar een aantal criteria, zoals in welk werkgebied wordt zorg geleverd en wat de voorkeur van de cliënt is. Op deze wijze worden de klantvragen op basis van ruimte bij de aanbieders verdeeld.

### 3.3 Aankomend jaar

De meeste projecten waren nog volop in de uitvoerende fase, hoewel in veel gevallen het einde van de financieringsperiode vanuit de SOW-subsidie ten einde liep. Uit de uitwisselingsessies en de interviews met managers/ bestuurders bleek dat de borging van de nieuwe H&A-werkwijze via het bestaande regionale netwerk vorm krijgt. Dit geldt vooral voor regio's waar men verder met de ontwikkeling van H&A is. Eén regio heeft een transitie-ontwikkelagenda opgesteld, door de verschillende niveaus van de organisatie, voor borging van de samenwerkingsactiviteiten.

Deelnemers gaven als aandachtspunten aan dat het nodig is om de nieuwe werkwijze levend te houden (elkaar ontmoeten, contactgegevens hebben van elkaar) en te zorgen voor continuïteit wanneer kartrekkers wegvallen. Dit wordt vooral bemoeilijkt door de hoge doorstroom van zorgpersoneel.

Een aantal samenwerkingsverbanden gaf aan dat zij zelf zorgdragen voor de structurele financiering van de samenwerkingsactiviteiten. De samenwerkingsverbanden betrekken de zorgverzekeraar door de ontwikkelingen met hen te delen, maar ontvangen geen financiering hiervoor van de zorgverzekeraar. Een enkel samenwerkingsverband ziet het IZA (Integraal Zorg Akkoord) als mogelijkheid om samenwerkingsactiviteiten te financieren.

### 3.4 Opbrengsten van H&A-ontwikkelingen

In het onderzoek van vorig jaar zagen we dat professionals die binnen de wijkverpleging werken vooral opbrengsten van onderlinge samenwerking zien of verwachten als passende, sneller opstartende en een betere kwaliteit van zorg voor de cliënt (Asmoredjo, 2022). Daarnaast zien ze voor zichzelf opbrengsten als 'het leren van elkaar' en 'het makkelijker naar elkaar kunnen doorverwijzen' (zie Figuur 8).

Veel van de door professionals verwachte opbrengsten blijken inderdaad merkbaar bij de huidige H&A-initiatieven. Zorgprofessionals leren elkaar beter kennen, weten elkaar beter te vinden en verwijzen vaker naar elkaar door.

*'Wat levert het de wijkverpleegkundigen zelf op in de thuiszorgorganisaties? Is dat je wat vloeiender kunt samenwerken en dat je ook weet wat je aan elkaar hebt. We werken eenduidiger, maar ieder behoudt wel z'n eigen identiteit en dat maakt dat je soms voor bepaalde levensovertuigingen iemand beter kunt doorverwijzen naar je concullega.'* – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

Daarnaast merken alle betrokkenen van H&A-initiatieven dat zorgprofessionals van elkaar leren. Er wordt in verschillende regio's ook actief ingezet op het delen van kennis tussen organisaties. Zo worden kennisplatforms opgezet en worden documenten met elkaar gedeeld, bijvoorbeeld over het maken van een wijkplan en technologische ontwikkelingen. In één van de uitwisselingsessies werd de zeer positieve tip gedeeld om intervisie tussen wijkverpleegkundigen van verschillende organisaties te organiseren.

*'We doen ontzettend veel met elkaar aan intercollegiale toetsing en intervisie, met die zes wijkverpleegkundigen. En daarmee stemmen zij dus heel erg hun werkprocessen af en gaan ze heel erg insteken op dat er geen praktijkvariatie moet zijn op het moment dat die ongewenst is in die wijken.'* – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

**Figuur 8.** Opbrengsten ontwikkeling herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging Bron: Infographic ‘opbrengsten ontwikkeling herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging’ (RIVM, 2022b)

## Opbrengsten

### Zorgprofessional in de wijk

- Kennis delen en van elkaar leren
- Minder werkdruk en reistijd door gezamenlijk oppakken van zorgvragen
- Meer werkplezier door tijdwinst en tevreden cliënt
- Met elkaar overleggen en snel de juiste professional vinden



### Ziekenhuis en huisarts

- Makkelijker doorverwijzen
- Verlichting werkdruk door soepelere overdracht

### Cliënt

- Sneller passende zorg
- Kwalitatieve zorg

*“Ik denk uiteindelijk met efficiënter werken, minder kilometers, maar ook meer werkplezier dat je minder in je eigen hokje en stramien zit maar gewoon het echt met elkaar als zorgverleners doet.”*  
(Wijkverpleegkundige)

*“De cliënten hoeven niet meer op een wachtlijst te staan. En wat het belangrijkste is: ze krijgen de zorg die ze ook echt nodig hebben.”*  
(Verzorgende)

Door de veranderingen die door de projecten zijn doorgevoerd, merken betrokkenen dat zorgvragen inderdaad sneller worden opgepakt.

*‘Het heeft hele mooie dingen opgeleverd. Ook dat we echt sneller mensen in zorg kunnen nemen, meer mensen in zorg kunnen nemen.’* – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

*‘Doordat we zo optimaal van de capaciteit gebruik maken lukt het eigenlijk dat we even gemiddeld genomen over de hele periode bijna 98 procent van alle zorgvragen kunnen oppakken. Dus er wordt door deze werkwijze echt heel optimaal gebruik gemaakt van de totale capaciteit en de samenhang, dus dat we echt nog steeds heel veel vragen kwijt kunnen.’* – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

Een aantal initiatieven noemt daarnaast als opbrengst meer efficiëntie voor wijkverpleegkundigen bij gebruik van een Stoplichtapp, omdat zij minder onnodige telefoontjes krijgen terwijl zij toch al vol zitten. Projecten die van een centraal aanmeldpunt gebruikmaken, kregen meer inzicht in routes, verdeling van zorgvragen en capaciteit. Hierdoor kunnen zij zien waar de grootste knelpunten zitten.

*‘Dus daar hebben we dan mooi inzicht op, om te kijken of dat het echt een capaciteitsvraag is van komen we echt nu te kort of gaat het puur om de juiste verdeling maken?’* – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

Andere opbrengsten die genoemd werden zijn een betere toeleiding naar passend aanbod. Uit het voorbeeld in West Brabant (zie Tekstbox 4) blijkt bijvoorbeeld dat door het optimaal inzetten van welzijn er een minder grote wijkverpleegkundige zorgvraag ontstaat. In een andere regio werd een betere afstemming tussen ziekenhuis en wijkverpleging genoemd.

## 3.5 Werkzame elementen bij de ontwikkeling van H&A

### Tekstbox 5: Eerder gevonden werkzame elementen bij ontwikkelen H&A wijkverpleging

In de publicatie van september 2022 werden eerste lessen getrokken uit voorbeelden van samenwerkingsverbanden binnen de wijkverpleging, die zich (onder meer) richtten op de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (zie Figuur 9) (Asmoredjo, 2022). Betrokkenen zagen het elkaar kennen en weten te vinden als essentiële voorwaarde voor een goede samenwerking, zowel op uitvoerend niveau (tussen professionals) als op bestuurlijk niveau (tussen aanbieders). Naast onderlinge samenwerking tussen aanbieders van wijkverpleging vond men dat er vooral ook een goede samenwerking en een gedeelde verantwoordelijkheid over de verschillende domeinen heen moet zijn. Beide

vormen van samenwerking kunnen alleen gerealiseerd worden als die binnen een ondersteunende context plaatsvinden. Zorgverzekeraars bleken een belangrijke initiërende, faciliterende en/of ondersteunende rol te kunnen spelen, bijvoorbeeld in het bij elkaar brengen van relevante partijen, het aanpassen van het inkoopbeleid om samenwerking te bevorderen, in het vinger aan de pols houden, en het met datamonitoring identificeren van knelpunten. Betrokkenen gaven aan nog behoefte te hebben aan financiering voor samenwerkingsactiviteiten, ondersteunende wet- en regelgeving en aan het leren van goede voorbeelden uit andere regio's.

**Figuur 9:** Werkzame elementen bij de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (RIVM, 2022b)



#### Elkaar kennen

- Werken met korte lijnen en **vaste contactpersonen**
- Op zoek gaan naar **gemeenschappelijkheid**
- Gebruik maken van elkaars **krachten**



#### Doelgericht proces

- Een **procesbegeleider** helpt bij het ontwikkelen van samenwerking
- Samen werken aan **concrete doelen** op basis van de gevoelde urgentie (evt. ondersteund met monitoringsdata) en de mogelijkheden in de praktijk
- Gebruik maken van **kartrekkers vanuit betrokken organisaties**



#### Ondersteunende context

- **Verbinden van uitvoerend en bestuurlijk niveau** van organisaties vanaf het begin
- **Zorgverzekeraar** kan een faciliterende en/of ondersteunende rol spelen

Net als het voorgaande jaar (zie Tekstbox 5) bleek dit jaar uit ons onderzoek het belang van het hebben van een projectleider om het proces van ontwikkeling vorm te geven en te faciliteren. Ook zagen we bij vrijwel alle projecten dat de betrokkenen het belangrijk vinden dat hun proces bottom-up plaatsvindt, vanuit de wijkverpleegkundigen. Meestal gebeurt dit in de vorm van incidentele bijeenkomsten, structurele overleggen of andere werkvormen, waarin structureel wordt

samengewerkt rond het oppakken van de zorgvragen. Maar er werden ook andere voorbeelden gegeven van gebruikte methoden voor een bottom-up-ontwikkeling zoals participatief actiegericht onderzoek.

Nieuwe werkzame elementen bij de ontwikkeling van H&A die betrokkenen dit jaar noemden zijn weergegeven in Figuur 10.

**Figuur 10:** Werkzame elementen bij de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging 2023



### Kennisdeling en leren

- **Nieuwsbrief** bij domeinoverstijgende samenwerking
- Intercollegiale **toetsing** over organisaties heen
- Participatief actiegericht **onderzoek** voor faciliteren van bottom-up ontwikkeling



### Proces

- **Vrijblijvendheid eraf halen** (door het stellen van doelen/maken van duidelijke afspraken)
- Uitgaan van **positieve droom** voor de toekomst
- Blijven **motiveren, herhalen, volharden**



### Domeinoverstijgende samenwerking

- **Regionale inbedding en aansluiting** bij andere netwerken en projecten
- **Verschillende disciplines** aan tafel
- **Aanspreekpunt** Wmo aanstellen
- **Welzijn en wijkverpleging** binnen één organisatie



### Bestuurlijk niveau organisaties

- **Afstemming** in de keten (tussen verschillende niveaus binnen betrokken organisaties)
- **Commitment** op bestuurlijk niveau
- **Minder concurrentie** tussen organisaties



### Randvoorwaarden

- **Opstartfinanciering** vanuit de SOW-subsidie

## Regionale inbedding en aansluiting

Een belangrijk werkzaam element dat veel werd genoemd is de regionale inbedding en aansluiting. Veel van de initiatieven voor de ontwikkeling van H&A staan niet op zichzelf, maar vinden plaats binnen al bestaande netwerken en/of hangen samen met andere projecten en ontwikkelingen in de regio. Veel samenwerkingsverbanden richtten zich voordat ze aan H&A gingen werken al op thema's zoals nachtzorg, of bestonden om in de laatste jaren met de uitdagingen rond COVID-19 om te kunnen gaan. Tegelijkertijd zagen we dat samenwerkingsverbanden die zich nu vooral op H&A richt(t)en plannen hebben om in dat zelfde verband ook andere thema's op te pakken, zoals preventie, of reablement.

*'In het project focussen wij ook nog op preventie, om te kijken, hoe kunnen wij nou voorkomen dat we al die zorgvragen krijgen. En daar gaan we het tweede deel op richten. Dat past natuurlijk niet zo heel erg in het H&A-verhaal, maar dat gaan we ook gezamenlijk aanpakken, waardoor we op steeds meer punten de verschillende wijkzorgaanbieders met elkaar laten samenwerken.'* – Projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

Een goede regionale inbedding en aansluiting heeft verschillende voordelen. Door samenwerking aan verschillende thema's op verschillende momenten wordt steeds meer vertrouwen opgebouwd. Ook kunnen zaken die ergens anders binnen het netwerk zijn ontwikkeld op andere plekken worden ingezet. Tenslotte zijn samenwerkingsverbanden ook voor de toekomst geborgd doordat zij binnen bestaande netwerken zijn opgenomen.

*'Wij hebben dit [traject voor de ontwikkeling van H&A] al gebruikt om met een nieuw transitieplan te komen. Met een ontwikkelagenda om deze samenwerking in de wijkverpleging te verbinden in het geheel voor de verdere borging van het integraal zorgakkoord, waar we nog veel meer verbindingen hebben en waar de wijkverpleging steeds meer als een naar buiten kan komen in plaats van 25 organisaties apart.'* – Projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

## 3.6 Wat is er nodig?

### Samenwerking wijkverpleging noodzakelijk

De maatschappelijke uitdagingen die we in de inleiding schetsten kwamen overeen met de ervaringen van de bestuurders, managers, projectleiders en andere kartrekkers uit veertien verschillende regio's die bij het onderzoek betrokken waren. Verschillende regio's hadden te maken met een groeiend personeelstekort. Zij merkten dat organisaties veel tijd kwijt zijn aan het plaatsen van nieuwe cliënten en dat zorgvragen vanwege capaciteitsgebrek soms moeten worden afgewezen. Het is voor hen een grote uitdaging om de zorg toegankelijk te houden. Grote aantallen aanbieders per regio (versnippering) maken het houden van overzicht extra lastig. Daarnaast lijkt de werkdruk bij de wijkverpleging ook afhankelijk van de wachtlijsten in andere domeinen, zoals huishoudelijke hulp of individuele begeleiding vanuit de Wmo. Deze problemen vergroten de urgentie om samen te werken.

*'De huidige problematiek is groter dan onze organisatie alleen, ik heb er groot belang bij dat mijn collega organisatie overeind blijven want als die omvallen kunnen wij dit echt niet meer opvangen. (...) We kunnen dit tij alleen samen keren.'* – Manager wijkverpleging

### Niet op elkaar aansluitende ICT en financiering grootste knelpunten van samenwerking

In de gesprekken en sessies met betrokkenen van samenwerkingsverbanden gericht op de ontwikkeling van H&A werden vaak dezelfde knelpunten benoemd als in de vorige rapportage. Nog steeds zijn de belangrijkste knelpunten voor samenwerking systemen/ ICT/elektronische dossiers die niet op elkaar aansluiten en onvoldoende mogelijkheden voor financiering van samenwerkingsactiviteiten. Een aantal van de geïnterviewden zegt dat het faciliteren van kennisdeling voor informatie-uitwisseling nodig is voor verdere ontwikkeling van H&A. Verder vinden zij het van belang dat meerdere organisaties in hetzelfde zorgdossier kunnen werken.



*‘De vraag is bijna nooit, hoe gaan we dit gezamenlijk doen, maar altijd wie gaat het doen en wie heeft er op dat moment ruimte. En dat is natuurlijk ook precies waar we soms vastlopen. Dan hebben wij een klein stukje capaciteit, die we niet kunnen benutten, en een andere partij heeft dat ook, maar ja, we kunnen dat niet bij elkaar brengen, omdat je allerlei systeemproblemen [hebt]. Dan moet je allebei in een dossier werken, of je moet goed met elkaar afstemmen, of je werkt allebei in een ander registratiesysteem. En hoe werkt dat dan met een declaratie naar een zorgverzekeraar, want eigenlijk mag er maar één partij declareren voor één cliënt.’ – Manager zorgorganisatie*

Tenslotte geven betrokkenen aan dat schotten in financieringsstromen (Wmo, Zvw en Wlz) domeinoverstijgende samenwerking in de weg staan.

### **Inzet van zorgverzekeraar nodig**

Andere zaken die samenwerking bemoeilijken, ook binnen de regio's waar al wordt samengewerkt, zijn de versnippering van aanbieders -in combinatie met slecht zicht op de kwaliteit- en het gebrek aan het gevoel van urgentie of commitment voor de ontwikkeling. Een aantal betrokkenen ondervond ook knelpunten bij de samenwerking met belangrijke partijen als zorgverzekeraars en gemeenten, bijvoorbeeld in regio's waar verschillende spelers zaten.

*‘Wij hebben hier ontzettend veel zorgverzekeraars waar we mee te maken hebben. We hebben te maken met achttien gemeentes waar we zaken mee moeten doen, die allemaal hun eigen mening hebben. (...) En we hebben in het werkgebied waar wij zitten (...) allemaal systeemaanbieders, die krijgen allemaal aparte afspraken met zorgverzekeraars, gaan daardoor ook hun eigen projecten doen. En dat maakt het wel heel complex in dat hele kleine stukje van Nederland.’ – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst*

Uit de interviews met bestuurders en managers blijkt dat zij behoefte hebben aan een grotere inzet van de zorgverzekeraar, zowel voor de financiering van samenwerking, als het scheppen van belangrijke randvoorwaarden via contractering, zoals een minimale kwaliteit en bereidheid tot samenwerking.

*‘Ik vind het belangrijk dat het mogelijk is om afspraken te maken met partijen over preferente aanbieders per wijk.’ – Manager wijkverpleging*

Daarnaast vinden geïnterviewden het van belang dat zorgverzekeraars de regierol pakken in de regio om zodoende samenwerking meer te faciliteren en het regionale netwerk beter ondersteunen.

### **Gedeelde visie krijgen op passende wijkverpleegkundige zorg**

Binnen de samenwerkingsverbanden zagen we dat zorgvragen nu vaak nog goed kunnen worden opgepakt, mede door de samenwerking rond het oppakken van zorgvragen. Wel vrezden betrokkenen voor de toekomst. Gezien de verwachte groei in de vraag naar zorg, verwacht men dat samenwerking op H&A-gebied alleen niet voldoende zal zijn. Bij veel samenwerkingsverbanden die zich richten op H&A leeft dan ook steeds meer de vraag wat nu, maar vooral ook in de (nabije) toekomst, nog haalbaar is qua zorgverlening, gegeven de personeelskrapte.

*‘Het realiseren van passende zorg thuis in de eerste lijn is verreweg de grootste opgave voor de komende jaren in de gezondheidszorg. Met daarnaast voldoende middelen om arbeidsmarkt voor de zorg thuis aantrekkelijk te houden.’ – Bestuurder zorgorganisatie*

Betrokkenen van H&A-projecten in meerdere regio's zijn daarom al actief bezig met de vraag wat van wijkverpleegkundige zorg verwacht kan worden en wat ook, of zelfs beter, door andere partijen kan worden uitgevoerd.

*'Wij komen nu echt op de inhoudelijke discussie uit, wat vinden wij van zorg? Wat is noodzakelijke zorg? Kunnen we bestaande zorgvragen afschalen? Kunnen we nog meer efficiëntie in de routes krijgen? (...) Hoe kunnen we meer zorgtechnologie inzetten? Kan de POH dingen doen in dit verhaal?' – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst*

Uit de ervaringen van betrokkenen blijkt dat wijkverpleegkundigen het onderling vaak wel met elkaar eens kunnen worden over wat passende zorg inhoudt. Een goed voorbeeld daarvan is de [Leidraad Passende zorg](#) voor wijkverpleging die wijkverpleegkundigen van verschillende samenwerkende organisaties binnen het samenwerkingsverband in Amsterdam hebben opgesteld (Wergroep Passende Zorg, Zorg in de Wijk Amsterdam, 2022). Een belangrijke uitdaging is om overeenstemming en een gedeelde en uitgedragen visie te krijgen met huisartsen en ziekenhuizen over wat noodzakelijke en passende (wijkverpleegkundige) zorg is.

*'Transferpunten [van het ziekenhuis] die zeggen tegen een patiënt van "U krijgt vier keer per dag zorg", terwijl ik denk: nee, dat bepaal jij niet. Dat bepaalt die wijkverpleegkundige. (...) Daar worden echt stevige verwachtingen gecreëerd bij verwijzers, daar hebben we echt wel last van. We proberen het ook op te pakken met brieven naar verwijzers toe, ook samen met [de zorgverzekeraar]. Maar ja, het blijft een heel lastig gegeven. Het is al beloofd en probeer het dan maar eens terug te managen wat wel of niet kan.'*  
– Bestuurder zorgorganisatie

Er zal gezamenlijk met andere partijen meer begrip bij (toekomstige) cliënten en naasten gecreëerd moeten worden voor een bijstelling van de verwachtingen van wijkverpleging, om de vraag ook in de toekomst aan te kunnen. Bijvoorbeeld dat er in de buitengebieden meer flexibiliteit komt in de planning om routes te optimaliseren, hetgeen ten koste gaat van de voorkeurstijden van de cliënt. Aanbieders van wijkverpleging vinden het belangrijk dat er binnen de H&A samenwerkingsverbanden overeenstemming is over passende zorg, ook als het gaat om de publieke communicatie hierover, om "shoppen" van cliënten te voorkomen.

*'Dat niet een cliënt zegt van: O ja, maar als ik bij organisatie A kom, dan komt er niemand meer langs om me te helpen [vanwege de inzet van een hulpmiddel voor oogdruppelen], maar dan ga ik bij B, en die komt dan wel. Dat we dat eigenlijk niet doen. Dat we allemaal zeggen, we gebruiken in deze situaties deze hulpmiddelen en dat klanten niet kunnen gaan shoppen.'* – Deelnemer projectleiders- en kartrekkersbijeenkomst

# 4 Beschouwing

## 4.1 Perspectief van cliënten en mantelzorgers

### Deel van cliënten en mantelzorgers vindt regelen van zorg ingewikkeld

Uit eerder onderzoek naar de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van wijkverpleging bleek dat huisartsen en ziekenhuizen vaak veel tijd kwijt zijn aan het regelen van wijkverpleging voor hun cliënten (Asmoredjo et al., 2022; De Veer & De Groot, 2022). In dit onderzoek keken we naar hoe cliënten en naasten het toeleidingsproces naar wijkverpleging ervaarden. Hieruit bleek dat bijna de helft van hen zelf wijkverpleging aanvroeg: 33 procent deed dit alleen en 10 procent deed dit samen met een zorgprofessional. Bij een meerderheid van degenen die zelf wijkverpleging aanvroegen ging dit proces goed, omdat ze bijvoorbeeld al eerder wijkverpleging kregen, of omdat zij hulp van de gemeente of huisarts kregen. Een kwart van de cliënten en mantelzorgers die zelf wijkverpleging regelden had echter wel moeite hiermee. Voor deze groep was het niet duidelijk hoe dit proces in zijn werk ging, en/of was er bij de door hen benaderde aanbieder(s) geen ruimte. De door ons geïnterviewde cliënten en mantelzorgers kregen vaak te horen dat er door het personeelstekort en een hoog ziekteverzuim op dat moment geen ruimte voor hen was. Zij ervaarden dan ook weinig keuze wat betreft aanbieders en werden voor hun gevoel van het kastje naar de muur gestuurd. Ook viel op dat zij niet goed op de hoogte waren van hoe het huidige zorgstelsel werkt en voor welke vorm van zorg en ondersteuning ze waar terecht konden. Deze groep was veel tijd kwijt aan het aanvraagproces en ervaarde veel zorgen. Zij hadden behoefte aan één aanspreekpunt dat hen kon begeleiden bij het vinden van passende zorg. Bijvoorbeeld in de vorm van een huisarts, wijkteam of organisatie voor wijkverpleging die daarvoor verantwoordelijk is. Uit een eerder onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN, 2020) bleek al dat 29 procent van de thuiswonende respondenten ouder dan 75 jaar het ingewikkeld vond om zorg en ondersteuning te regelen. Voor een derde van hen was het niet duidelijk wat het juiste loket was voor hun vraag. Een kleiner deel van hen vond het ingewikkeld dat er veel administratieve processen nodig waren, dat de aanvraag traag verliep, of dat goede informatie om een zorgaanbieder te kiezen ontbrak.

Recent onderzoek van MantelzorgNL (2022) liet ook zien dat mantelzorgers bijna in de helft van de gevallen de professionele zorg thuis zelf regelen. Bij een iets kleiner deel dan in ons onderzoek (een achtste in plaats van een kwart) liep dit proces niet soepel en kon de naaste niet bij de zorgaanbieder van de eerste keus terecht. Opvallend is dat van degenen van wie de naaste wel verpleging en/of verzorging ontving, een vijfde aangeeft dat zij minder zorg ontvangt dan geïndiceerd. Een kwart van de mantelzorgers is mede hierdoor niet tevreden met de hoeveelheid geleverde zorg. Zij ervaren dat het beroep op hen hierdoor toeneemt en dat zij het tekort aan de benodigde zorg niet volledig kunnen opvangen.

### Meer bekendheid nodig van mogelijkheden voor hulp bij regelen van zorg

In dit onderzoek lieten we zien dat cliënten en mantelzorgers behoefte hebben aan hulp bij het aanvragen van wijkverpleging. Velen van hen kregen inderdaad hulp van hun huisarts of de gemeente, maar een deel van hen had deze hulp niet. Deze groep zou gebaat zijn bij een betere informatievoorziening over de bestaande mogelijkheden van ondersteuning, bijvoorbeeld door een onafhankelijke cliëntondersteuner. Hoewel iedereen in Nederland recht heeft op onafhankelijke en kosteloze cliëntondersteuning voor hulp bij dit soort aanvraagprocessen, blijkt dit bij veel potentiële cliënten en hun naasten en zelfs bij veel zorgprofessionals onbekend te zijn (Hulshof et al., 2021). Het is dan ook belangrijk dat hieraan meer bekendheid wordt gegeven. Recent is er vanuit het ministerie van VWS ook geld voor gemeenten beschikbaar om 'zorgarrangeurs' aan te stellen (Rijksoverheid, 2023). Deze kunnen beslissen wanneer welke zorg nodig is en zijn aanspreekpunt voor de cliënt. De zorgarrangeur zoekt passende zorg en heeft de bevoegdheid die toe te zeggen vanuit zowel de Wmo als de wijkverpleging. Daarmee vormt deze een link tussen de twee zorgdomeinen. Ook een wijkverpleegkundige of casemanager dementie kan de functie van zorgarrangeur uitvoeren. Net als bij cliëntondersteuners, is het belangrijk dat cliënten die deze hulp nodig hebben, ook daadwerkelijk daarmee in aanraking kunnen komen.

## Aandachtspunten bij de interpretatie van de resultaten

Met onze uitvraag onder het Zorgpanel van PFN gaven we een eerste inzicht in hoe cliënten en naasten zelf de toeleiding naar wijkverpleging ervaren. Het Zorgpanel is echter niet representatief voor de Nederlandse bevolking, omdat het een panel is onder een specifieke groep. Jonge mensen zijn ondervertegenwoordigd en deelnemers zijn iets vaker hoogopgeleid. Daarnaast hebben relatief veel mensen een chronische aandoening. Deze 'selectie bias' kan verschillende gevolgen hebben. Er kan in werkelijkheid een hoger percentage mensen zijn dat hulp krijgt bij het aanvragen van wijkverpleging. Door de mogelijk relatief hoge zelfredzaamheid van mensen in dit panel vragen zij wellicht vaker zelf wijkverpleging aan. Uit het onderzoek van Ecorys (2022) in Arnhem blijkt bijvoorbeeld dat cliënten en mantelzorgers veel minder vaak zelf wijkverpleging aanvragen dan in ons onderzoek. Wellicht heeft dat ook te maken met de bekendheid bij verwijzers van (het gemak van) de centrale aanmelding via de website in Arnhem.

In het algemeen kunnen cliënten en mantelzorgers ook méér moeite hebben met het regelen van wijkverpleging dan in ons onderzoek naar voren kwam. Doordat veel panelleden een chronische aandoening hebben (of medische aandoening hebben gehad), hebben zij vaak in het verleden al eens ervaring gehad met wijkverpleging. Daardoor hebben ze meer kennis over aanbieders in de regio. Tenslotte hebben we met het panel mogelijk maar beperkt zicht gekregen op de werkelijke wachttijden. Het kan zijn dat er mensen zijn afgevallen die wel hebben geprobeerd wijkverpleging aan te vragen, maar waarbij dat helemaal niet gelukt is. Uit de interviews blijkt dat men wel degelijk tegen beperkte beschikbaarheid aanliep. Dit had vooral invloed op de keuzevrijheid. Daarnaast waren wachttijden wellicht relatief kort, omdat men niet de volledig geïndiceerde zorg heeft gekregen, zoals vaak werd aangegeven binnen het onderzoek onder mantelzorgers van MantelzorgNL (2022).

## 4.2 Leerervaringen uit de regio

### Zorgvraag oppakken gaat beter in gezamenlijkheid

In het eerste jaar sinds de invoering van de Leidraad H&A zagen we dat professionals behoefte hadden aan meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders (Asmoredjo et al., 2022). Professionals verwachtten dat cliënten daarmee sneller en beter passende zorg kunnen krijgen. Daarnaast verwachtten ze als professionals van elkaars expertise te kunnen leren en makkelijker naar

elkaar te kunnen doorverwijzen. Deze rapportage laat zien dat er in het afgelopen jaar op verschillende plekken in Nederland binnen samenwerkingsverbanden aan meer herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging wordt gewerkt. De ervaringen binnen deze projecten laten zien dat samenwerking veel opbrengt; zorgprofessionals kennen elkaar beter, weten elkaar beter te vinden en leren van elkaar. Zorgvragen worden beter en sneller opgepakt en cliënten worden naar beter passend aanbod toegeleid. Als er een centraal aanmeldpunt in een regio wordt gebruikt kan er ook inzicht worden verkregen in waar het in de toeleiding (het meest) knelt.

### Niet op elkaar aansluitende ICT en financiering van samenwerking nog steeds knelpunten

Net als het voorgaande jaar zijn de belangrijkste ervaren knelpunten voor samenwerking de niet op elkaar aansluitende ICT en het gebrek aan structurele financiering van samenwerkingsactiviteiten. Met name het door twee aanbieders oppakken van één zorgvraag wordt nu nog zeer bemoeilijkt doordat elektronische dossiers niet op elkaar aansluiten en er vaak niet vanuit twee verschillende aanbieders voor één cliënt bij de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden. De uitwisselingsessies tussen projectleiders en kartrekkers uit verschillende regio's bleken waardevol, omdat men elkaar tips kon geven om hiermee om te gaan. Dat de bekostiging van samenwerkingsactiviteiten een tweede belangrijk knelpunt is werd ook bevestigd in een onderzoek van Berenschot (Braam et al, 2022). Daar in concluderen de onderzoekers dat de huidige bekostiging voor H&A wijkverpleging volgens zorgaanbieders onvoldoende adequaat is. In relatie tot de bekostiging adviseren zij een vergoeding voor opstartkosten en een structurele vergoeding voor het organiseren van de samenwerking in de wijkverpleging (breder dan H&A) en de benodigde infrastructuur. Ook de NZa adviseerde begin 2023 dat er bekostiging moest komen voor zowel het niveau van het samenwerkingsverband als op uitvoerend niveau (NZa, 2023).

### Meer samenwerking met sociaal domein en inzet op preventie nodig

Uit ons onderzoek blijkt dat betrokkenen van samenwerkingsverbanden zich zorgen maken over de toekomst. Zij verwachten dat de zorgvraag, ook met maximale samenwerking, groter wordt dan het wijkverpleegkundig aanbod. Om de beschikbare capaciteit zo goed mogelijk in te zetten is inzicht in waar de (grootste) knelpunten precies zitten dan ook uiterst belangrijk. Daarnaast realiseren betrokkenen zich dat de wijkverpleegkundige zorgvraag zoveel mogelijk aan de voorkant moet worden getemperd. Ten eerste door op

regionaal niveau meer in te zetten op preventie. Maar ook door binnen de wijkverpleging, maar zeker ook bij verwijzers en de zorgvragers zelf, een zelfde visie te krijgen op wat wijkverpleegkundige zorg moet inhouden en wat beter door andere partijen of op een andere manier kan worden opgepakt. Hiervoor is onder meer een veel betere afstemming nodig met het sociaal domein. Op dit moment ervaren betrokkenen echter dat wijkverpleegkundigen nog vaak ver weg staan van professionals van het sociaal domein. Ook op bestuurlijk niveau ervaart men dat samenwerking met het sociaal domein lastig is, vooral vanwege alle verschillende gemeenten waarmee verschillende afspraken moeten worden gemaakt. Meer onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de werkzame elementen van lokale en regionale samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein.

### **Stimulering van samenwerking door de overheid en zorgverzekeraars**

Uit de nieuwe kabinetsplannen blijkt dat de hiervoor genoemde uitdagingen worden erkend. In het kader van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA, 2023) worden substantieel extra middelen beschikbaar gesteld voor lokale preventieactiviteiten, gezondheidsbevordering, sociale basis en sport en bewegen. Het inzetten op domeinoverstijgende samenwerking is een belangrijk uitgangspunt van het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022). In het IZA zijn onder meer afspraken gemaakt om te investeren in goede wijkverpleging. Onderdeel van deze afspraken is de oprichting van het IZA-fonds Wijkverpleging (IZA fonds, 2023), door de

brancheorganisaties Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorgthuis.nl en ActiZ. Zorgverzekeraars stellen hierbij 75 miljoen euro beschikbaar om impact te maken op de maatschappelijke opgave zoals beschreven in het IZA: namelijk meer ouderen en andere cliënten thuis zorg aanbieden met steeds minder mensen en middelen. De thema's waarvoor geld beschikbaar komt sluiten goed aan bij de behoeften die uit ons onderzoek naar voren kwamen, waaronder het meer inzetten op passende zorg, vergroten van werkplezier in de wijkverpleging, stimuleren van efficiënter werken en samenwerking en coördinatie in de wijk, meer aandacht voor preventie, ziekenhuis verplaatste zorg, positieve gezondheid en het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten. Uit ons onderzoek blijkt wel dat aanbieders van wijkverpleging behoefte hebben aan een grotere rol voor zorgverzekeraars dan alleen het financieren van samenwerkingsactiviteiten. Bestuurders en managers geven aan dat zorgverzekeraars door middel van contractering een minimale kwaliteit en bereidheid tot samenwerking kunnen afdwingen. Daarnaast kunnen ze door in de regio meer een regierol te nemen betere regionale samenwerking faciliteren en ondersteunen.

## **4.3 Vervolg**

Dit onderzoek maakt deel uit van een meerjarig onderzoek naar de ontwikkeling van herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging. In 2024 volgt de derde en laatste rapportage, waarin de focus op de ervaringen van zorgprofessionals zal liggen.

# Bronnen

Asmoredjo J., et al. (2022). Ervaringen en lessen bij de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. September 2022. RIVM, Bilthoven. <https://www.rivm.nl/documenten/ervaringen-en-lessen-bij-ontwikkeling-van-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging>

Braam G., Peeters B., Frederiks M. (2022) Invulling en bekostiging herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Eindrapportage. Nummer 68748. Berenschot. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/11/29/invulling-en-bekostiging-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging>

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek (2023). Nieuws. 2021. Verkregen op 20-03-2023, via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/50/prognose-bevolkingsgroei-trekt-weer-aan>

De Veer A., De Groot K. (2022). Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: ervaringen en wensen van professionals in de wijkverpleging en van verwijzers. Utrecht: Nivel.

GALA (2023). Gezond en Actief Leven Akkoord: Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>

Hulshof T, et al. (2021) Monitor clientondersteuning 2020: cijfers en ervaringen. 2021-0017. RIVM, Bilthoven. <https://www.rivm.nl/publicaties/monitor-clientondersteuning-2020-cijfers-en-ervaringen>

IZA (2022). Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

IZA fonds, Integraal Zorgakkoord fonds Wijkverpleging (2023). Verkregen op 20-03-2023, via <https://www.izafondswijkverpleging.nl/>

Leidraad H&A (2020), Leidraad Herkenbare en Aanspreekbare wijkverpleging. ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuis.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/02/28/leidraad-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging>

MantelzorgNL (2022). Rapportage NMP: Ervaringen met verpleging en verzorging in thuissituatie. November 2022. <https://www.mantelzorg.nl/pro/onderzoeken/ervaringen-met-verpleging-en-verzorging-in-thuissituatie/>

NZa, Nederlandse Zorgautoriteit (2022). Monitor contractering wijkverpleging 2022. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_708229\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_708229_22/1/)

NZa, Nederlandse Zorgautoriteit (2023). Advies: Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_730971\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_730971_22/1/)

Panteia (2020). De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging. Eindrapport. Zoetermeer. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-10f97c7d-e371-4cdo-a3f3-97f71e7e11c9/PDF>

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2022b). Infographic Ontwikkeling herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. <https://www.rivm.nl/documenten/infographic-ontwikkeling-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging>

Rijksoverheid (2023). VWS trekt 8,9 miljoen uit voor 'arrangeur' tussen zorgdomeinen. Verkregen op 20-03-2023 via <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2023/02/20/vws-trekt-89-miljoen-uit-voor-arrangeur-tussen-zorgdomeinen>

Rijntjes, R. et al. (2022). Samen in de Wijkzorg: Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in de regio Arnhem en omstreken. Ecorys, Rotterdam.

RVO, Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (2022). Subsidieregeling Ondersteuning Wijkverpleging (SOW). Verkregen op 02-04-2022 via <https://www.rvo.nl/subsidies-financiering/sow>

SiRM, Strategies in Regulated Markets (2023). Wachten op wijkverpleging. Onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging.

Werkgroep Passende zorg, Zorg in de Wijk Amsterdam (2022). Leidraad Passende zorg voor Wijkverpleging. [https://www.elaa.nl/images/kennisbank/2022-11-21\\_leidraad\\_passende\\_zorg\\_wijkverpleging.pdf](https://www.elaa.nl/images/kennisbank/2022-11-21_leidraad_passende_zorg_wijkverpleging.pdf)

Woittiez I., et al (2021). Vraag naar publieke zorg zal extra stijgen door achterblijven aanbod informele hulp. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 99, 47-53. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00295-x>



J. Asmoredjo | P. Reckman | A. de Bekker | J. van der Heide

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
Nederland  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

Juni 2023

De zorg voor morgen  
begint vandaag