

Kwaliteitskader Wijkverpleging

Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging

19 april 2018

Inhoud

1.	Voorwoord	4
2.	Samenvatting.....	6
3.	Over dit kwaliteitskader	7
3.1	De totstandkoming van dit kwaliteitskader	7
3.2	Perspectief en doel	7
3.3	Reikwijdte van het kwaliteitskader	8
4.	Trends en ontwikkelingen	9
4.1	Groeiende vraag naar wijkverpleging	9
4.2	De maatschappelijke opgave	9
4.3	De opgave voor de wijkverpleging.....	10
5.	De essentie van wijkverpleging	11
5.1	Positionering van wijkverpleging	11
5.2	Preventie is een belangrijke taak van wijkverpleging	11
5.3	Kernwaarden van wijkverpleging.....	12
5.4	De rollen van de zorgverleners binnen het team wijkverpleging	12
	Schema: Conceptueel model wijkverpleging	14
6.	Kwaliteitskader wijkverpleging.....	15
6.1	Wat heeft de cliënt te verwachten van wijkverpleging?	15
6.1.1	De cliënt krijgt zorg die aansluit bij wat hij/zij en haar naasten zelf kunnen.	15
6.1.2	De cliënt krijgt zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven.	15
6.1.3	De cliënt krijgt zorg van zorgverleners die ze begrijpt en vertrouwt.	15
6.1.4	De cliënt krijgt zorg van zorgverleners die gekwalificeerd zijn.	15
6.1.5	De cliënt krijgt zorg van een vast en overzichtelijk team.	16
6.1.6	De cliënt krijgt zorg die veilig is.	16
6.1.7	Met de cliënt worden duidelijke, passende afspraken gemaakt en nagekomen.....	16
6.1.8	De cliënt krijgt inzage in het zorgplan en zorgdossier.....	16
6.2	Aan welke professionele kwaliteitseisen moet wijkverpleging voldoen?	16
6.2.1	Wijkverpleging maakt deel uit van het lokale (zorg)netwerk.	16

6.2.2	De zorgverleners maken deel uit van een team.....	17
6.2.3	De zorgverleners zijn vakbekwaam.....	17
6.2.4	Wijkverpleging werkt volgens het cyclisch verpleegkundig proces.....	17
6.3	Aan welke organisatorische randvoorwaarden moet wijkverpleging voldoen?	18
6.3.1	Er moet ruimte zijn voor leren en verbeteren.....	18
6.3.2	Wijkverpleging vergt professionele kwaliteit.....	18
6.3.4	Er is goede informatievoorziening nodig.....	18
6.3.5	Wijkverpleging heeft verbinding met kennisontwikkeling en opleiding.....	19
6.3.6	Wijkverpleging heeft ondersteuning van en participatie in het beleid.....	19
7.	Randvoorwaarden	20
7.1	Een veranderend perspectief op de verantwoording en bekostiging van wijkverpleging	21
8.	Ontwikkelagenda en implementatie	23
9.	Bijlagen	26
9.1	Bijlage 1. Stuurgroep.....	27
9.2	Bijlage 2: deelnemers werkgroepen	28
9.3	Bijlage 3: Documenten.....	29

1. Voorwoord

Het voor u liggende kwaliteitskader wijkverpleging werd door de ‘Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging’ met vertegenwoordigende organisaties van de patiënten, beroepsgroep, brancheorganisaties en zorgverzekeraars¹, opgesteld en in april 2018 aan het Zorginstituut aangeboden. Het kwaliteitskader is in nauwe samenspraak met verpleegkundigen, verzorgenden en genoemde partijen tot stand gekomen.

De ambitie

Dit is in verschillende opzichten een bijzonder kwaliteitskader. Wijkverpleging wordt beschreven als een team dat zich met partners in de buurt inzet voor de gezondheid en zelfredzaamheid. Verpleegkundigen en verzorgenden helpen dus niet alleen thuis, maar zijn ook preventief in de wijk actief. De zorg zal zich meer moeten richten op resultaat in termen van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid.

Er wordt in dit kwaliteitskader veel van wijkverpleging verwacht en de uitvoering zal veel vragen van de beroepsgroep, de zorgorganisaties en de financiers (verzekeraars, gemeenten, NZA). Niet in de laatste plaats zal veel gevraagd worden van (toekomstige) cliënten. Wijkverpleging zal goede zorg en ondersteuning bieden, maar zal ook een toenemend beroep doen op de zelfredzaamheid van de cliënt en de naasten.

De richting die in dit kader beschreven staat heeft veel steun in het veld, van de uitvoering tot de financiers en beleidsmakers. Het kader biedt een kans om met vereende krachten aan een toekomst te werken waarin wijkverpleging meer heeft te bieden, doelmatiger wordt en over de randvoorwaarden beschikt om dit mogelijk te maken. Werken in de wijkverpleging zal daardoor aantrekkelijker worden waardoor de positie in de arbeidsmarkt zal verbeteren.

Wijkverpleging

Als titel voor dit kwaliteitskader is de term wijkverpleging aangehouden. De term is bekend bij veel burgers, vergelijkbaar met de term huisarts/huisartsenzorg. De term wijkverpleging is echter niet gelijk aan het werk van de wijkverpleegkundige zorgprofessional of aan het werk van een wijkteam. Dit kader richt zich op de verzorging en verpleging die mensen thuis ontvangen en op de preventieve en gezondheid bevorderende taken van wijkverpleging. Het wil antwoord geven op de vraag wat goede wijkverpleging is en wat de samenleving te verwachten heeft indien men is aangewezen op formele zorg vanuit de wijkverpleging.

De cliënt vetrekpunt

In dit kwaliteitskader wordt consequent gesproken over ‘de cliënt’ en niet over de patiënt. De term ‘patiënt’ past niet omdat wijkverpleging geen behandelaar van patiënten is, maar diensten verleent in de vorm van preventie en zorg die de cliënt helpt om zo goed mogelijk om te gaan en zelfredzaam te blijven met de gezondheidsbeperkingen die deze heeft. De term ‘cliënt’ heeft echter ook zijn bezwaar. Wijkverpleging werkt niet simpelweg in een klantrelatie maar heeft een vertrouwelijke, gelijkwaardige, ondersteunende positie.

De cliënt in brede zin staat in dit kader centraal. De cliënt die ondersteuning nodig heeft vanwege gezondheidsproblemen, maar ook mensen zonder zorgvraag die gesteund worden in het vinden van een leefstijl die gezondheidsproblemen kan voorkomen. In alle gevallen probeert wijkverpleging mensen zoveel mogelijk in staat te stellen hun eigen leven voort te zetten, ondanks beperkingen door gezondheid of leeftijd.

¹ Patiëntenvereniging Nederland, V&VN Vereniging verpleegkundigen en verzorgenden, Actiz, branchevereniging, BTN, branchevereniging en Zorgverzekeraars Nederland.

Leren en verbeteren

Kwaliteit kan niet worden opgelegd, maar zich alleen onder de goede voorwaarden ontwikkelen. De sleutel voor kwaliteit is leren en verbeteren. Dit begint in de praktijk van de zorgverlening met openheid en bereidheid om vragen te stellen over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Bereidheid om zichzelf vragen te stellen, maar ook om deze met collega's in en buiten het team te bespreken.

De beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie is hierbij van groot belang: informatie over de doelmatigheid van de verleende zorg en informatie over de waardering van de zorg door cliënten.

Het kwaliteitskader is dynamisch

Het kwaliteitskader beoogt richting te geven aan de ontwikkeling van wijkverpleging in Nederland. Het wil antwoord geven op de vraag wat goede wijkverpleging is en wat de samenleving ervan te verwachten heeft. Aan de betrokken zorgverleners en organisaties voorziet het in richting bij de opdracht om wijkverpleging te versterken. Het is niet alleen een beschrijving maar ook een ambitie, een richting waarin wijkverpleging zich wil bewegen. Het kwaliteitskader is dynamisch: het is een perspectief dat zich zal door ontwikkelen.

2. Samenvatting

Van wijkverpleging wordt veel verwacht in deze tijd van een sterk stijgende zorgvraag en het toenemend besef dat meer aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie nodig is. Er wordt steeds meer onderkend dat verpleging en verzorging, thuis en in de buurt, een belangrijke rol kan vervullen in de preventie en de-escalatie van de zorgvraag.

In dit kwaliteitskader wordt wijkverpleging beschreven als een *team van verpleegkundigen en verzorgenden* dat zich richt op individuele verpleging en verzorging maar ook op gezondheidsbevordering in brede zin in het werkgebied waar het team actief is. Wijkverpleging werkt samen met zorg en hulpverleners in en rond het werkgebied zoals huisartsen, specialisten, apothekers, gespecialiseerde verpleegkundigen, paramedische zorgverleners, wijkteams en netwerken van vrijwilligers en mantelzorgers. Wijkverpleging benut dit netwerk om tot een passend zorgaanbod voor cliënten te komen en om gezamenlijk te werken aan gezondheidsbevordering en preventie.

De essentie van wijkverpleging wordt beschreven in hoofdstuk 5 waarin aandacht wordt besteed aan de *kernwaarden*: generalistisch, persoonsgericht, continu en in de nabijheid van de cliënt. Bij wijkverpleging staat een vertrouwde, gelijkwaardige relatie met de cliënt centraal. Wijkverpleging richt zich op 'positieve gezondheid', dat wil zeggen dat de aandacht zich richt op de kwaliteit van leven en het versterken van de zelfredzaamheid. Wijkverpleging werkt 'cyclisch' dat wil zeggen dat ze cliënten volgt, op veranderingen anticipeert en signaleert, zodat de zorgverlening tijdig kan worden aangepast.

Het kwaliteitskader wordt opgebouwd vanuit het perspectief van de cliënten. In hoofdstuk 6.1 "Wat heeft de cliënt te verwachten van wijkverpleging?" worden de bouwstenen van kwaliteit beschreven die zijn ontleend aan een behoeftenonderzoek dat werd uitgevoerd in opdracht van de Patiëntenfederatie Nederland.

In hoofdstuk 6.2 worden de kwaliteitselementen die aan de beroepsgroep zijn ontleend, beschreven. Hierbij gaat het om eisen van vakbekwaamheid in de verzorging en de verpleging en om kwaliteit waar het gaat om de samenwerking in het team en met de partners in het werkgebied.

In hoofdstuk 6.3 worden de organisatorische randvoorwaarden voor wijkverpleging samengevat. Dit kwaliteitskader legt een sterk accent op leren en verbeteren dat de basis is van de ontwikkeling van kwaliteit van zorg. Leren van resultaten en doelmatigheid van zorg is een belangrijke bron van verbeterinformatie. Verbeterinformatie is niet alleen van belang voor de zorgverleners zelf, maar kan ook veralgemeniseerd aanknopingspunten bieden voor keuze informatie voor cliënten en voor verzekeraars bij de inkoop en de verantwoording van de zorg.

In hoofdstuk 7 zijn randvoorwaarden voor de toepassing van dit kwaliteitskader beschreven. De opstellers zijn zich bewust dat de beschikbaarheid van personeel met de juiste competenties, essentieel is. Daarnaast is een bekostiging die leren en verbeteren en resultaatgerichtheid ondersteunt, van groot belang. Partijen spreken in dit kwaliteitskader af om samen hard te werken aan de noodzakelijke aanpassingen van de bekostiging. Onder leiding van NZA wordt aan dit onderwerp gewerkt.

In de ontwikkelagenda Hoofdstuk 8 tonen de opstellers van dit kader zich bewust dat het realiseren van dit kader een transitie betekent die alleen maar met gezamenlijke inzet kan worden gerealiseerd. Partijen maken in de ontwikkelagenda dan ook de afspraken om de in dit kwaliteitskader wijkverpleging beschreven richting in te slaan en te verwerkelijken.

3. Over dit kwaliteitskader

3.1 De totstandkoming van dit kwaliteitskader

Vanaf de zomer 2017 hebben de vijf direct betrokken organisaties² gewerkt aan de totstandkoming van dit kwaliteitskader. Vertegenwoordigers van de organisaties³ namen deel aan een stuurgroep onder leiding van een onafhankelijk voorzitter. In een projectgroep is begonnen met een brede oriëntatie door het verzamelen van een groot aantal documenten⁴. Op basis hiervan heeft de werkgroep voorstellen opgesteld en besproken met de eigen achterban. De door de besprekingen met de achterbannen bijgestelde voorstellen werden gerapporteerd aan de stuurgroep en leidde in december 2017 tot de presentatie van een raamwerk aan de Inspectie (IGJ), Zorginstituut (ZINL) en Zorgautoriteit (NZA).

Met het raamwerk gaven partijen aan een basis van overeenstemming te hebben bereikt over de doelstelling en de kernelementen van de kwaliteit van wijkverpleging. Men kondigde een vervolgfase aan waarin nog veel werk moest worden verzet om het kwaliteitskader in de praktijk de functie te kunnen laten vervullen waarvoor het bedoeld is. Daarbij werd aangegeven dat verdieping van visie, waarden en operationalisering nodig zijn en voorkomen moet worden dat het kader een primair instrumentele lading krijgt.

Voor de uitvoering van de vervolgfase heeft de stuurgroep zich laten ondersteunen door onafhankelijke programmaleiding⁵. Er heeft verdieping plaatsgevonden door een aantal belangrijke uitgangspunten te benoemen, te bespreken en te vertalen naar het kwaliteitskader. Hierbij is het cliënten perspectief leidend geweest. In de vorm van een conceptueel model wijkverpleging werden de uitgangspunten breed met de beroepsgroep besproken. Er werd een breed samengestelde werkgroep gevormd die viermaal bijeenkwam⁶. Daarnaast vonden drie regionale werkbijeenkomsten plaats waaraan meer dan 200 professionals uit de wijkverpleging deelnamen. Deze bijeenkomsten gaven een rijk beeld over de stand van zaken van wijkverpleging in Nederland waar het gaat om kwaliteit en het perspectief op kwaliteitsverbetering.

Het conceptuele model wijkverpleging werd met de in de stuurgroep vertegenwoordigde organisaties besproken en uitgewerkt. Het voorliggende kwaliteitskader wijkverpleging mag daarom als een adequate en in de beroepsgroep breed gedragen weergave worden genoemd van de kwaliteit van wijkverpleging.

3.2 Perspectief en doel

Als burgers onverhoopt aangewezen zijn op formele zorg vanuit de wijkverpleging, willen zij erop vertrouwen dat de kwaliteit van de zorg goed is en dat er veilig gewerkt wordt. De zorgprofessionals zorgen voor de kwaliteit en veiligheid in het dagelijkse handelen in de cliëntenzorg en verantwoorden zich over de wijze waarop zij de kwaliteit en veiligheid waarborgen. Managers, bestuurders en toezichthouders zijn verantwoordelijk voor de randvoorwaarden, zodat goede kwaliteit geleverd kan worden.

Dit kwaliteitskader is geschreven vanuit het perspectief van de thuiswonende cliënt en zijn of haar naasten. Het kader is richtinggevend voor:

1. Het kader beschrijft wat cliënten en hun naasten van wijkverpleging mogen verwachten.
2. Het kader biedt inspiratie en handvatten voor zorgprofessionals en zorgaanbieders om de zorgverlening continue te verbeteren.

² Actiz, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, ZN.

³ Zie bijlage 1 deelnemerslijst stuurgroep

⁴ Bijlage 3

⁵ Noortje Brouwers, Ad Standaart. Bureau Obelon

⁶ Samenstelling werkgroep zie bijlage 3

3. Het kwaliteitskader biedt het uitgangspunt voor keuze informatie, extern toezicht en voor de inkoop en contractering van zorg.

3.3 Reikwijdte van het kwaliteitskader

De opstellers van dit kwaliteitskader vinden dat ernaar gestreefd moet worden het kwaliteitskader wijkverpleging van toepassing te laten zijn op alle zorgverlening (ongeacht financiering) die gericht is op gezondheidsbevordering of behoud van functioneren aan thuiswonende burgers van 0 tot palliatie. Dit betekent dat het kader ook van toepassing zou moeten zijn op thuiswonende cliënten met een Wlz-indicatie (voor het deel Volledig Pakket Thuis of een Modulair Pakket Thuis). Partijen hebben afgesproken een verkenning te doen naar de consequenties van het toepassen van het Kwaliteitskader Wijkverpleging op thuiswonende cliënten met een Wlz-indicatie.

De reikwijdte van het kader betreft alle verpleging en verzorging aan thuiswonende cliënten gericht op gezondheidsbevordering, alsmede de taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het indiceren, coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde preventie⁷ en zorg gerelateerde preventie⁸, zoals verwoord in de aanspraak verpleging en verzorging⁹.

Ook gespecialiseerde verpleging¹⁰ valt onder de reikwijdte van dit kwaliteitskader. Gespecialiseerde verpleegkundigen en verzorgenden kunnen deel uitmaken van het team wijkverpleging of onderdeel uitmaken van een gespecialiseerd team wijkverpleging. Indien wordt vastgesteld dat de noodzakelijke expertise niet binnen het eigen team aanwezig is, dan wordt opgeschaald naar een vorm van specialistische zorg. Afhankelijk van de aard en complexiteit van de zorgvraag, wordt gezamenlijk overeengekomen of consultatie, gezamenlijke afstemming of overname van de zorgverlening nodig is.

De betreffende kwaliteitsstandaarden zijn richtinggevend voor de te leveren kwaliteit en de eisen die aan de zorgverlening worden gesteld op het vlak van continuïteit, opleiding, werkgeverschap. Tevens zijn ze richtinggevend voor de financiering. Het gaat hier in ieder geval om zorg die samenhangt met de geneeskundige zorg in de eerste lijn (huisartsgeneeskundige zorg), of met de geneeskundige zorg in de tweede lijn (medisch-specialistische zorg). Gespecialiseerde zorg zoals kindzorg, casemanagement dementie en palliatieve zorg vallen met hun specifieke kwaliteitstandaard dus binnen het kwaliteitskader wijkverpleging.

Naast de individuele zorg, geldt dat het toepassingsgebied van het kwaliteitskader ook het wijkgericht werken¹¹ behelst, waarin de wijkverpleging als spin in het web het medische- en sociale domein verbindt en op wijkniveau in samenhang met informele en formele netwerken, preventieve activiteiten ontwikkelt om de gezondheid van een populatie in de wijk te verbeteren.

⁷ De preventie heeft als doel te voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening en is gericht op het vroegtijdig signaleren en opsporen van individuele gezondheidsrisico's in relatie tot de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop.

⁸ De preventie heeft als doel te voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.

⁹ Beleidsregel verpleging en verzorging – BR/REG-18104, NZA, 2018:

“Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. Verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4. of een hoog risico daarop.
- b. Niet gepaard gaat met verblijf, zoals bedoeld in artikel 2.12.
- c. Geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.”

¹⁰ Bijvoorbeeld casemanagement dementie, kindzorg, palliatieve zorg, uitvoeren van voorbehouden handelingen, complexe wondzorg etc.

¹¹ Wijkgericht werken bestaat uit activiteiten die niet direct gekoppeld hoeven te zijn aan een individueel zorgtraject en gekenschetst kunnen worden als het verbinden van het medisch en het sociaal domein.

4. Trends en ontwikkelingen

4.1 Groeiende vraag naar wijkverpleging

Het streven om gezondheidszorg te verzekeren voor alle lagen van de bevolking staat onder druk door de sterk stijgende zorgvraag. Demografisch is er sprake van vergrijzing en een toename van chronisch zieken¹². Ouderen hebben gemiddeld drie of meer chronische medische condities¹³. Ze vragen met hun complexe problemen om zorgverlening die niet gehinderd wordt door financiële¹⁴ of organisatorische schotten¹⁵.

De huidige samenleving wordt ook steeds diverser. Dit betekent minder uniformiteit in levensloop, behoeften en leefwijzen van burgers. Dit vergt meer maatzorg, wat gevolgen heeft voor de invulling van zorgverlening en instituties¹⁶.

Technologische ontwikkelingen¹⁷ bieden steeds meer mogelijkheden voor het behandelen en genezen van ziekten, waardoor de complexiteit van behandelingen en daarmee de kosten, toenemen¹⁸.

Voor zorgorganisaties betekent dit dat zij de toenemende én complexer wordende zorgvragen moeten beantwoorden met gelijke of soms schaarser wordende middelen¹⁹. Hiervoor zijn slimme oplossingen nodig, die zonder samenwerking vrijwel onmogelijk te realiseren zijn. Zorg uit het ziekenhuis die nu thuis wordt geleverd vraagt meer kennis en inzet van technische hulpmiddelen, zoals domotica en zorg op afstand.

De vraag naar wijkverpleging neemt in het bijzonder toe. Het sterk stijgende aantal chronisch zieken en ouderen en het beleid om zorg zoveel mogelijk thuis te verlenen, doet de vraag naar zorg thuis sterk stijgen. Herstel van medische behandelingen vindt steeds vroeger thuis plaats. Dit is een positieve ontwikkeling in het licht van de beoogde verschuiving van dure tweedelijnszorg naar de eerste lijn (extramuralisering), maar stelt wijkverpleging met maatschappelijke partners en andere zorg- en dienstverleners voor een grote uitdaging. Wijkverpleging zal eraan moeten bijdragen dat de zorg en ondersteuning in een veilige omgeving aan de normen van kwaliteit en doelmatigheid, blijven voldoen.

4.2 De maatschappelijke opgave

Er is in Nederland een toenemend besef dat denken in ziekte en zorg een te enge benadering is die tot een onhoudbare ontwikkeling van zorgvraag en zorgverlening leidt. Voor een passende inzet en organisatie van de gezondheidszorg is een bredere, maatschappelijke blik nodig. Internationaal wint de uit de Verenigde Staten afkomstige 'Triple Aim'²⁰ benadering steeds meer terrein. 'Triple Aim' staat voor het gelijktijdig realiseren van de drieledige doelstelling:

1. De gezondheid van de bevolking behouden en versterken
2. Degenen die zorg nodig hebben een goede kwaliteit van zorg garanderen
3. Vermijdbare kosten van gezondheidszorg terugdraaien.

¹² WRR, 2006.

¹³ Guralnik, LaCroix, Everett & Kovar, 1989

¹⁴ Actiz, 2012; VWS, 2011; ZonMW, 2012

¹⁵ Noordegraaf, 2004; Koppenjan & Klijn, 2004; Noordegraaf & De Wit, 2012

¹⁶ Bos et al., 2011; Calnan, 1998; Cleary, 1998

¹⁷ Coebergh, Poll-Franse & Alers, 2010

¹⁸ Jansen-Landheer & Wouters, 2010

¹⁹ De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2007; Koppenjan & Klijn, 2004; Noordegraaf, 2004; Noordegraaf & De Wit, 2012

²⁰ <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>

Nationale en internationale projecten laten zien dat voor het succesvol realiseren van 'Triple Aim': aansluiting en betrokkenheid bij de leefwereld van de doelgroepen, een bredere blik op gezondheid en samenwerking met sectoren buiten de gezondheidszorg, nodig zijn. Deze inzichten leveren een grote uitdaging voor de Nederlandse gezondheidszorg op. De infrastructuur van de zorg ontwikkelde zich de afgelopen decennia vooral met het oog op bedrijfsmatigheid en kostenbeheersing. Registratie en verantwoording vindt op het niveau van de handelingen van de individuele zorgverlener plaats. Aandacht voor de maatschappelijke aspecten van de zorgvraag vergt een bredere blik op de inzet, organisatie en beheersing van de zorgverlening. De zorgverlener zal aandacht moeten hebben voor de maatschappelijke context van de doelgroep en de preventieve mogelijkheden daarvan. Naast het direct beantwoorden van zorgvragen is een populatiegericht perspectief nodig die zorgvragen kan voorkomen en de maatschappelijke context benut voor de bevordering van de gezondheid, de kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid.

Voor zorgorganisaties, financiers, zorgverleners en cliënten betekent dit een ingrijpende verandering. Organisaties moeten meer op het realiseren en faciliteren van maatschappelijke gezondheidsdoelen worden ingericht. Dit geldt eveneens voor de bekostiging en verantwoording van zorg. Niet het aantal handelingen per cliënt, maar de bijdrage aan de gezondheid van de populatie, moet richtinggevend worden voor de organisatie en bekostiging. Zorgverleners zullen zich sterker moeten oriënteren op de kwaliteit van leven en op wat de cliënt zelf nog kan. Zij zullen de zelfredzaamheid en de eigen regie moeten proberen te versterken, door te stimuleren dat gebruik gemaakt wordt van de eigen mogelijkheden en die van het netwerk. Ook van de cliënt wordt meer verwacht. Zonder de veiligheid van goede zorg te verliezen, zal zo lang mogelijk uit worden gegaan van de regie van de cliënt over het eigen leven, waar nodig en mogelijk met steun van het eigen netwerk.

4.3 De opgave voor de wijkverpleging

Voor de wijkverpleging ligt er een grote opgave. De vergrijzing, de toenemende zorgvraag, de kortere ligduur in het ziekenhuis en de tendens om mensen zo lang mogelijk thuis te verzorgen, doen een groot beroep op wijkverpleging. Een beroep op wijkverpleging die niet alleen individuele zorg verleent, maar die ook aandacht heeft voor de leef-, woon- en werksituatie van de doelgroep en samenwerkt om maatschappelijke gezondheidsproblemen gericht aan te pakken. Een wijkverpleging die door zorg en preventie te combineren, multidisciplinair aan een doelmatige aanpak werkt voor het behoud en de versterking van de gezondheid van de doelgroep.

De wijkverpleging heeft hierbij als natuurlijke partner de huisarts, die dagelijks een groot aantal cliënten spreekt en klachten behandelt. Huisartsen zijn vaak overbelast door de grote hoeveelheid individuele zorgvragen in hun spreekkamer en hebben grote behoefte aan de nabijheid van verpleegkundigen en verzorgenden die met aandacht voor de leefsituatie kunnen zorgdragen voor versterking van de zelfredzaamheid thuis. Ook voor de apotheker, de paramedici en de behandelend specialist speelt wijkverpleging een belangrijke rol om een goede uitvoering van de medische behandeling te bevorderen en de cliënt weer op de been te helpen. Wijkverpleging draagt eraan bij dat mensen na een behandeling sneller thuiskomen om te herstellen.

Voor de onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallende voorzieningen in het sociaal domein, is wijkverpleging eveneens een belangrijke partner. Voor sociale wijkteams waar veel hulpvragen op het snijvlak van maatschappij en gezondheid samenkomen, is wijkverpleging een belangrijke partner zowel waar het gaat om preventie als zorg. De toenemende ggz problematiek binnen gemeenten bijvoorbeeld, doet al een groot beroep op een ondersteunende bijdrage van zorgverleners thuis.

Wijkverpleging heeft samengevat een sleutelpositie in een gezondheidszorg die vanuit een maatschappelijk perspectief werkt aan doelmatige preventie en zorg voor gezondheidsvragen van de mensen in hun wijk, dorp of regio.

5. De essentie van wijkverpleging

5.1 Positionering van wijkverpleging

Het doel van wijkverpleging is de kwaliteit van leven thuis te bevorderen, ondanks ziekte, behandeling of beperking. Gezondheid wordt daarbij als een positieve, dynamische conditie gezien die rust op fysieke, functionele, psychische, sociale en spirituele pijlers²¹.

Wijkverpleging is 'lokale zorg': de zorg wordt verleend door professionele zorgverleners die in de nabijheid van de cliënt werken en bekend zijn met de lokale netwerken in zowel het sociale als zorgdomein. Wijkverpleging is dus niet alleen individu-, maar ook groeps- en samenlevingsgericht.

Wijkverpleging werkt samen met huisartsen, paramedici, apothekers en Wmo voorzieningen zoals wijkteams en de huishoudelijke hulp. Wijkverpleging komt bij de cliënt thuis en is in de positie om de mogelijkheden en risico's van de cliënt in de eigen leefomgeving te beoordelen en te voorzien, zodat preventieve maatregelen kunnen worden genomen of passende zorg kan worden verleend en ingezet. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden hebben tevens zicht op de mogelijkheden van de mantelzorg en het netwerk (cliëntsysteem) rond de cliënt zoals familie, burens, leden van al dan niet georganiseerde sociale netwerken en vrijwilligers.

Kenmerkend voor de wijkverpleging is de gelijkwaardige en actieve rol die de cliënt heeft in de totstandkoming van de zorg. De cliënt en de mantelzorger zijn de belangrijkste samenwerkingspartners: de wijkverpleging helpt de cliënt bij het maken van keuzes en de gevolgen daarvan.

Een goede vertrouwensrelatie is essentieel voor wijkverpleging. Goed aansluiten bij de mogelijkheden van de cliënt en het ondersteunen van zelfredzaamheid, kan alleen in een vertrouwde, nabije relatie. De situatie van een cliënt is veranderlijk: goed volgen, anticiperen en signaleren is alleen mogelijk als er openheid en vertrouwen bestaat. Daarom is de uitvoering van wijkverpleging onlosmakelijk verbonden met de cliëntrelatie. In de context van een goede relatie kan wijkverpleging 'cyclisch werken', dat wil zeggen: zorg en ondersteuning bieden die duurzaam aansluit bij de veranderlijke situatie van de cliënt.

5.2 Preventie is een belangrijke taak van wijkverpleging

Preventie richt zich op zowel individuele preventie als op de fysieke en sociale omgeving om positieve gezondheidssuitkomsten in een regio/wijk te bereiken.

Waar het gaat om wijkgerichte preventie heeft de wijkverpleegkundige een centrale positie in het team. Ze zet niet alleen het eigen team met verschillende competenties in, maar opent ook de toegang tot het lokale netwerk door de inzet van andere disciplines en/of ondersteuningsvormen. De wijkverpleegkundige stimuleert zorggebruikers en omwonenden om activiteiten te ontwikkelen die bijdragen aan het bevorderen en in stand houden van goede gezondheid.

De wijkverpleegkundige biedt samen met andere zorg- en ondersteuningspartners een continuüm aan preventieve, curatieve en rehabiliterende zorgverlening. De aanpak is gebaseerd op de overtuiging dat zorg gericht op het individu, het gezin (directe omgeving van het individu) en de groep bijdraagt aan gezondheidssuitkomsten voor de totale bevolking. De wijkverpleegkundige kijkt breed naar de werk- en leefsituatie en werkt multidisciplinair en multi sectoraal, dat wil zeggen dat er ook samengewerkt kan worden met de wijkagent, een leerkracht, de schuldhulpverlening, de sociale dienst of de gemeente.

De wijkverpleegkundige is samen met de andere zorgverleners en ondersteuners in het werkgebied, een partner voor de gemeente en organisaties binnen het sociale domein en kan inzicht bieden in wijk gebonden

²¹ How should we define health? M. Huber in British Medical Journal. 2011

gezondheids- en welzijnsvragen. De wijkverpleegkundige kan tevens bijdragen aan preventieve maatregelen en voorzieningen die nodig blijken te zijn.

5.3 Kernwaarden van wijkverpleging

Het handelen van wijkverpleging is gebaseerd op het besef dat gezondheid voor mensen geen doel op zichzelf is maar een middel om te kunnen blijven doen wat in hun leven belangrijk voor ze is²². Mensen die hun leven kunnen voortzetten en mee kunnen blijven doen, blijven gezonder. Wijkverpleging is dan ook gericht op het versterken van de eigen mogelijkheden van mensen en het zoeken naar passende en duurzame oplossingen in de directe omgeving. Wijkverpleging is niet enkelvoudige, lineaire zorg, maar een cyclisch proces van preventie tot palliatie²³.

Het perspectief van de cliënt is leidend en die heeft behoefte aan een ongebroken traject dat in intensiteit varieert met de mogelijkheden van de cliënt en het cliëntsysteem.

Wijkverpleging werkt vanuit vier kernwaarden: de zorg is generalistisch, persoonsgericht, continu en vindt plaats in de nabijheid van mensen thuis.

Wijkverpleging is in de basis *generalistische zorg* en biedt thuis bij de cliënt zorg op het brede terrein van preventie, curatie tot palliatie. Wijkverpleging biedt de cliënt zelf of uit het netwerk, een breedspectrum van zorg, hulp en ondersteuning aan. Uitgangspunt is: generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet. De wijkverpleegkundige heeft de expertise om te beoordelen wanneer welke gespecialiseerde zorgverlener het beste kan worden ingezet. Uitgangspunt hierbij is: 'generalistisch waar het kan specialistisch waar het moet'.

Bekend met de thuissituatie verleent wijkverpleging *persoonsgerichte zorg* die nauw aansluit bij de mogelijkheden van de cliënt en naasten. Wijkverpleging ziet en benadert de cliënt in de eigen, brede context van naasten, burens, relaties en de eigen thuissituatie en buurt en werkt van daaruit met de cliënt aan passende en duurzame oplossingen.

Wijkverpleging is *continue zorg* in de zin dat niet alleen een enkelvoudig antwoord op een zorgvraag wordt geboden, maar continue duurzame oplossing worden geboden waarmee de cliënt weer verder kan.

Wijkverpleging volgt, monitort en anticipeert vervolgens op veranderingen, zodat de ondersteuning tijdig kan worden aangepast (advance care planning). Continue zorg betekent ook dat deze 7x24 uur bereikbaar is en zowel met collegae binnen de wijkverpleging als met andere disciplines, is afgestemd.

Verpleegkundigen en verzorgenden komen bij mensen thuis en hebben daarmee een unieke positie als zorgverlener in de *directe nabijheid* van de thuissituatie. Vertrouwen, aandacht en respect voor autonomie, privacy en veiligheid zijn dan ook van groot belang.

5.4 De rollen van de zorgverleners binnen het team wijkverpleging

In een team wijkverpleging werken verschillende zorgprofessionals met aanvullende competenties met elkaar samen. Van generalistische professionals tot gespecialiseerde beroepsbeoefenaars (zoals bijvoorbeeld voor kindzorg, dementiezorg en palliatieve zorg²⁴). Zij werken allemaal volgens het vigerende beroepsprofiel²⁵. Daarnaast krijgen verpleegkundig specialisten steeds meer een plek in de wijkverpleging.

²² How should we define health? M. Huber in British Medical Journal. 2011

²³ Zie voor toelichting schema pagina 14.

²⁴ Bijv. expertisegebied kinderverpleegkundige en expertisegebied dementieverpleegkundige

²⁵ Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, stuurgroep beroepsprofielen 2015

Het team wijkverpleging

draagt gezamenlijk zorg voor gezonde burgers in een gezonde regio. In de manier van werken in het team is ruimte om van elkaar te leren in de praktijk. Hierbij wordt gebruik gemaakt van kwaliteitsgegevens als bron voor onderzoek om continu te verbeteren door intercollegiale toetsing, coaching, visitaties, training en opleiding. Inhoudelijke standaarden, richtlijnen en beroepsethiek geven richting aan de wijze waarop het team zorgdraagt voor goede wijkverpleging. Wijkverpleging die zich kenmerkt door het kort cyclisch verpleegkundig proces, waarbij op basis van een continu proces van analyse van de cliëntsituatie de juiste zorg ingezet, geëvalueerd en tijdig bijgesteld wordt. Alle teamleden zijn vakbekwame professionals, ieder met zijn eigen competenties, rollen en verantwoordelijkheden.

De wijkverpleegkundige

is in de eerste plaats net als alle teamgenoten zorgverlener. Zij heeft daarnaast in het team wijkverpleging de regierol en zorgt er in goede afstemming met het team voor dat op basis van een analyse van de cliëntsituatie de professionals met de juiste competenties ingezet of geconsulteerd worden. De inzet van de juiste deskundigheid is een van de bepalende factoren voor de kwaliteit van zorg. Een weloverwogen match tussen de zorgvraag en deskundigheidsniveaus is essentieel. Om de zorg te kunnen organiseren, kent de wijkverpleegkundige de competenties van de teamgenoten en van de (bovenregionale en/of gespecialiseerde) teams in de eigen organisatie. Door kennis van de sociale kaart en haar netwerk kan zij waar nodig ook de zorg buiten de organisatie organiseren.

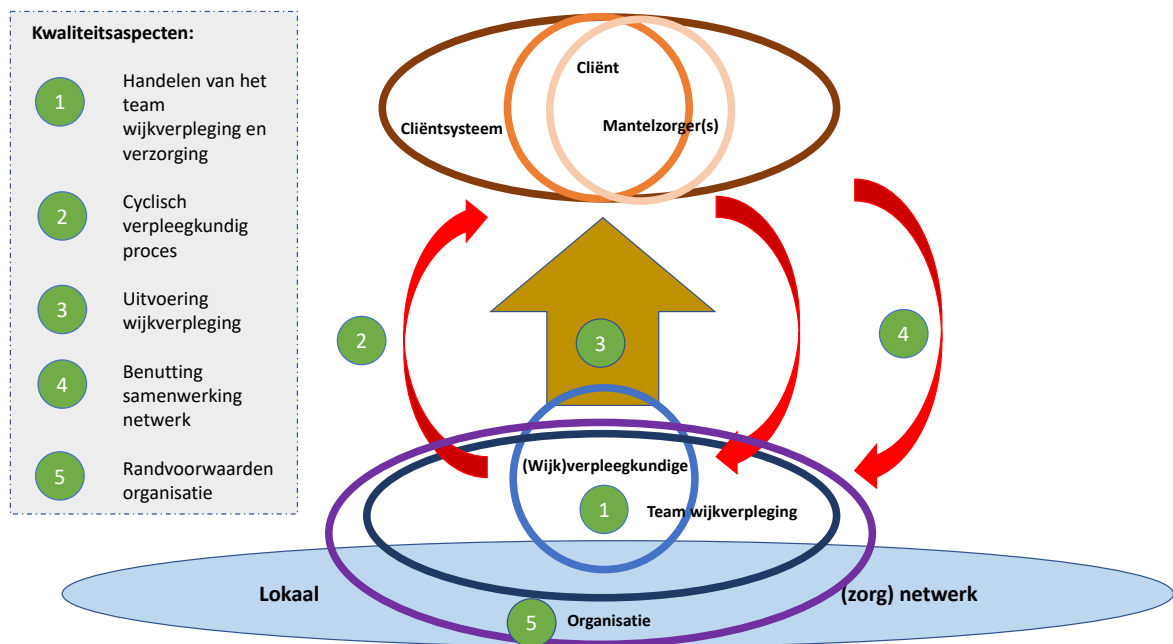
De wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor het indiceren en organiseren van de zorg²⁶. De wijkverpleegkundige voldoet daarbij aan het normenkader²⁷ indiceren en organiseren van zorg. Ook het indiceren, ontwikkelen, organiseren en uitvoeren van preventie valt onder de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige. In voorkomende gevallen kan het wenselijk zijn dat de indicatie door een gespecialiseerd wijkverpleegkundige wordt gesteld, bijvoorbeeld de kinderverpleegkundige of de dementieverpleegkundige.

De wijkverpleegkundige heeft binnen het team wijkverpleging de rol om een lerende cultuur te bevorderen waarin het team zich kan verbeteren en bekwaam en waarin door onderzoek bijgedragen kan worden aan de kennisontwikkeling.

²⁶ Expertisegebied wijkverpleegkundige, V&VN 2012

²⁷ Normenkader organiseren en evalueren van zorg. V&VN 2015

Schema: Conceptueel model wijkverpleging



Toelichting:

In dit schema is het conceptuele model wijkverpleging in beeld gebracht, dat in samenspraak met de beroepsgroep en de partners in de stuurgroep, werd ontwikkeld. In dit model wordt de zorg verlenende aard van wijkverpleging (3) gecombineerd met de dynamiek van de cyclische werkwijze (2, 4). Individuele wijkverpleging is geen product: de cliëntrelatie is onlosmakelijk verbonden met de zorg. Deze relatie gebondenheid en de continue aard van de zorgverlening stelt grenzen aan de mogelijkheden van objectiveerbare normering in een kwaliteitssysteem²⁸.

Rond de cliënt is de mantelzorg en het cliëntensysteem geschetst. De inzet van mantelzorg en de activering van het cliëntensysteem is voor wijkverpleging een belangrijk middel voor de versterking van de zelfredzaamheid.

Rond het team wijkverpleging dat met verschillende competenties op de zorgvraag kan worden ingezet, is het lokale zorgnetwerk getekend dat eveneens beschikt over ondersteuningsmogelijkheden voor de cliënt. Tevens maakt het team deel uit van de zorgorganisatie (5), die voorziet in randvoorwaarden voor de zorgverlening.

De cyclische aard van wijkverpleging is gevisualiseerd in de pijlen (2) en (4) die de procesmatige aard van de cyclus van anamnese en signalering tot de inzet van het daarbij behorende zorgarrangement, in beeld brengt. Die inzet kan bestaan uit bijdragen van het cliëntensysteem, het team wijkverpleging, het lokale netwerk of een combinatie ervan, zo laat het schema zien.

²⁸ NEN-ISO normering in de professionele dienstverlening: verleiding of misleiding? Prof.dr. A.C.J. de Leeuw, drs. H Broekhuis. RUG.

6. Kwaliteitskader wijkverpleging

6.1 Wat heeft de cliënt te verwachten van wijkverpleging?

De Patiëntenfederatie Nederland²⁹ heeft onderzocht wat mensen belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van wijkverpleging. De uitkomsten van dit onderzoek zijn het vertrekpunt voor dit hoofdstuk.

6.1.1 De cliënt krijgt zorg die aansluit bij wat hij/zij en haar naasten zelf kunnen.

Wijkverpleging is gericht op het versterken van de eigen mogelijkheden van mensen om te doen wat ze willen, ondanks hun beperkingen door ziekte of fysieke klachten. Wijkverpleging sluit zo goed mogelijk aan bij wat cliënten en naasten zelf kunnen en willen, is gericht op het versterken van de eigen mogelijkheden en maakt hierbij gebruik van hulpmiddelen die de zelfredzaamheid vergroten.

6.1.2 De cliënt krijgt zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven.

Cliënten worden door de wijkverpleging zoveel mogelijk in staat gesteld om zelfredzaam te blijven en de eigen regie over het leven thuis voort te zetten. De cliënt wordt geholpen om oplossingen te zoeken voor de belemmeringen in het dagelijks leven³⁰. Cliënten maken hierbij eigen keuzes en prioriteiten.

6.1.3 De cliënt krijgt zorg van zorgverleners die ze begrijpt en vertrouwt.

Cliënten hebben behoefte aan vertrouwen, bejegening en goed persoonlijk contact met de zorgverleners die thuis in hun persoonlijke, intieme levenssfeer komen. Uit het onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland³¹ blijken aandacht en omgang dan ook als kwaliteitscriterium het hoogst te scoren. Een goede relatie opbouwen en onderhouden met een cliënt zijn dan ook belangrijke persoonlijke en professionele competenties van wijkverpleging. Ook goede communicatie is erg belangrijk. Verstaanbaarheid vraagt in deze tijd van diversiteit en omgang met cultuur en taalverschillen, veel aandacht. Wijkverpleging is in staat een vertrouwde relatie aan te gaan met cliënten uit alle doelgroepen in het werkgebied.

6.1.4 De cliënt krijgt zorg van zorgverleners die gekwalificeerd zijn.

Een cliënt mag verwachten zorg te krijgen van een gekwalificeerde zorgverlener die voldoet aan geldende normen van de beroepsgroep. Zorgverleners kennen de grenzen van het eigen handelen en weten tijdig hulp in te roepen, een consult te vragen en te verwijzen. Dit houdt in dat zij over de competenties beschikken, zoals beschreven in de diverse beroepsprofielen (verzorgende, verpleegkundige en verpleegkundig specialist). Het gaat dan om zowel kennis, vaardigheden als attitude van de professional. Uitgangspunt is dat alle zorg conform geldende richtlijnen en kwaliteitsstandaarden wordt geleverd. Vanuit de richtlijnen wordt aangegeven wie bevoegd is om de zorg te leveren. Het werken volgens geldende standaarden borgt ook het specialistisch werken. Het kwaliteitskader wijkverpleging kan in dat opzicht gezien worden als de kapstok waar verschillende

²⁹ Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis. Wat vinden mensen belangrijk. Patiëntenfederatie Nederland. Oktober 2015

³⁰ Heroverweeg uw opvatting over het begrip gezondheid. Huber, e.a. in NtvG. 2016

³¹ Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis. Wat vinden mensen belangrijk? Patiëntenfederatie Nederland. Oktober 2015

specialistische kwaliteitsstandaarden in samenkomen.

6.1.5 De cliënt krijgt zorg van een vast en overzichtelijk team.

De cliënt krijgt zorg van een niet te groot team, zodat bekendheid en vertrouwdheid met iedereen die bij de cliënt in huis komt mogelijk is. De cliënt mag continue zorg verwachten: continu vanuit de keten, continu 24/7 georganiseerd, continu van kwaliteit. De cliënt mag afstemming tussen informele en formele hulpverleners verwachten; integrale en multidisciplinaire zorg. De cliënt mag verwachten dat er op een mogelijk verloop van zijn/haar gezondheidstoestand geanticipeerd wordt: de cliënt mag advance care planning verwachten.

6.1.6 De cliënt krijgt zorg die veilig is.

Cliënten kunnen rekenen op kwaliteit en veiligheid in het dagelijkse handelen van de wijkverpleging. Er is zorgvuldigheid in het verpleegkundig handelen en mogelijke risico's worden tijdig onderkend. Er is ook aandacht voor de woon- en leefsituatie van de cliënt en de mogelijke risico's daarvan. De zorgverlener is verantwoordelijk voor de veiligheid in het dagelijks handelen en het toepassen van de geldende richtlijnen. De zorgorganisatie is verantwoordelijk voor de wijze waarop de veiligheid in de organisatie wordt gewaarborgd.

6.1.7 Met de cliënt worden duidelijke, passende afspraken gemaakt en nagekomen.

De cliënt heeft behoefte aan ondersteuning die past bij zijn persoonlijke levenssfeer en dagritme. De zorg wordt verleend op tijdstippen die zo goed mogelijk aansluiten op het leven van de cliënt. De cliënt is goed en tijdig geïnformeerd over de inhoud van de zorg en over de tijdstippen waarop die verleend wordt.

6.1.8 De cliënt krijgt inzage in het zorgplan en zorgdossier.

De cliënt wil duidelijke afspraken met het team wijkverpleging en niet bij herhaling het verhaal te hoeven vertellen. De wijkverpleegkundige stelt in overleg met de cliënt een zorgplan op en zorgt voor de afstemming met het team, de verslaglegging en de evaluatie van de zorg. De cliënt wordt gemonitord en bij signalering van veranderingen wordt het plan aangepast. Om de eigen regie te kunnen voeren krijgt de cliënt toegankelijke informatie over wat er aan de hand is, wat er is afgesproken en waarom dit is afgesproken. De cliënt heeft ten alle tijden en overal waar hij/of zij dat wil, toegang tot het zorgplan en zorgdossier.

6.2 Aan welke professionele kwaliteitseisen moet wijkverpleging voldoen?

6.2.1 Wijkverpleging maakt deel uit van het lokale (zorg)netwerk.

Wijkverpleging is lokale zorg. Dat brengt met zich mee dat bekendheid en afspraken over samenwerking met partners in het lokale (zorg)netwerk van belang is voor de kwaliteit van zorg. Wijkverpleging neemt dan ook in gepaste mate deel aan overlegvormen in het werkgebied en onderhoudt zo goed mogelijke relaties met de informele zorg, lokale, eerste en tweedelijns zorgverleners, ziekenhuizen en netwerken van Wmo organisaties. Met de partners in het netwerk werkt ze aan mogelijkheden om preventief de vraagstukken die lokaal te verwachten zijn, aan te pakken.

6.2.2 De zorgverleners maken deel uit van een team.

Wijkverpleging wordt uitgevoerd door een team van verpleegkundigen en verzorgenden met verschillende competenties die passen bij de vraag van de cliënt. Binnen het team vindt coördinatie van zorg, casuïstiekbespreking, collegiale uitwisseling, reflectie en kwaliteitsontwikkeling plaats. In het team wordt geleerd uit de praktijk en van gespecialiseerde collega's in het netwerk. In het team wordt aandacht besteed aan relationele, professionele en organisatorische kwaliteit. Gebruik wordt gemaakt van casuïstiek, richtlijnen en kwaliteitsinformatie uit informatiesystemen.

6.2.3 De zorgverleners zijn vakbekwaam.

In een team wijkverpleging werken professionals met elkaar en aanvullend op elkaar. Alle professionals uit het team beschikken over de competenties (kennis, attitude en vaardigheden) voor de 7 Canmedsrollen³². Deze staan beschreven in de diverse beroepsprofielen³³ en voldoen aan de in de beroepsstandaard gestelde kwaliteitseisen. Dat houdt in dat iedere zorgprofessional een individuele verantwoordelijkheid draagt om optimale zorg te verlenen aan burgers en cliënten.

Een verpleegkundige staat geregistreerd in het BIG-register op grond van de Wet BIG. Op grond van deze wet is elke verpleegkundige er individueel voor verantwoordelijk dat zij bekwaam is om haar beroep uit te oefenen en zorg gerelateerde (waaronder voorbehouden en risicovolle) handelingen uit te voeren.

De bekwaamheid van andere zorgverleners wordt niet gereguleerd door de wet BIG. Van hen mag worden verwacht dat zij zelf in kunnen schatten of zij voldoende bekwaam zijn om een zorg gerelateerde handeling te verrichten. Maar ook de werkgever/leidinggevende van deze zorgverleners hebben hier een belangrijke rol omdat zij verantwoordelijk zijn voor het verlenen van verantwoorde zorg binnen de organisatie en voor de inzet van deskundige medewerkers.

Voor alle zorgverleners geldt dat zij hun bekwaamheid onderhouden door werkervaring en door deskundigheid bevorderende activiteiten, zoals bij- en nascholing, intercollegiale toetsing, casuïstiekbespreking en praktijkleren.

Een professional is bekwaam als deze beschikt over alle noodzakelijke competenties om het beroep in de volle breedte uit te oefenen of handelingen uit te voeren binnen de kaders van de professionele standaard. Op grond van deze definitie wordt onderscheid gemaakt in handelingsbekwaamheid, en beroepsbekwaamheid. Voor de wet BIG geldt: niet bekwaam is niet bevoegd

Een professional is deskundig als deze scholing heeft gevolgd om kennis op peil te houden en/of aanvullende scholing heeft gevolgd om specifieke kennis of vaardigheden op te doen. Een professional kan aan cliënt, verwijzer, werkgever en collega's aantonen welke deskundigheid bevorderende activiteiten zijn gevolgd, door bijvoorbeeld het bijhouden van een portfolio.

6.2.4 Wijkverpleging werkt volgens het cyclisch verpleegkundig proces.

De wijkverpleegkundige zorgt voor de inzet van onderbouwde en passende zorg, die maatschappelijk zinnig en doelmatig is. De wijkverpleegkundige gaat in gesprek met de cliënt en neemt een brede anamnese af. Zij brengt de persoonlijke situatie van de cliënt en zijn naasten in beeld. Op basis van deze brede anamnese en het klinisch redeneren komt de wijkverpleegkundige tot een verpleegkundige diagnose³⁴. Samen met cliënt en

³² Vakinhoudelijk handelen, Communicatie, Samenwerking, Kennis en wetenschap, Maatschappelijk handelen, Organisatie, Professionaliteit en kwaliteit

³³ Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015

³⁴ Verpleegkundige diagnose met behulp van 'evidence based' instrumenten (Omaha, Nanda, RAi)

naasten worden gezamenlijke doelen en een passende aanpak geformuleerd. Aansluitend beoordeelt de wijkverpleegkundige welke zorg door welke professional wordt geleverd en organiseert zij deze zorg³⁵. Bij het organiseren van de zorg wordt rekening gehouden met de complexiteit van de totale zorgsituatie. De uitkomst wordt vastgelegd in een zorgplan die sturing geeft aan de uitvoering van de zorg.

Alle teamleden zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede en passende zorg. De betrokken teamleden evalueren de geleverde zorg en signaleren mogelijke veranderingen. Indien nodig passen zij het zorgaanbod hierop aan en leggen dit vast in het in het zorgplan. Bij grote veranderingen wordt de wijkverpleegkundige ingeschakeld om een herindicatie te stellen.

6.3 Aan welke organisatorische randvoorwaarden moet wijkverpleging voldoen?

6.3.1 Er moet ruimte zijn voor leren en verbeteren.

Kwaliteit begint in een praktijk waarin geleerd en verbeterd kan worden. Daarvoor is een klimaat nodig die het zorgverleners mogelijk maakt om zorgverlening te toetsen en te verbeteren. Onzekerheden en fouten zijn in zo'n klimaat geen aanleiding voor sancties, maar primair aanknopingspunten voor leren en verbeteren. Een open klimaat, kort-cyclische feedback, continue reflectie en dialoog, worden gestimuleerd.

6.3.2 Wijkverpleging vergt professionele kwaliteit.

Een beroepsgroep met een professie en opdracht zoals beschreven in dit kwaliteitskader, heeft ruimte en ondersteuning nodig om deze verantwoordelijkheden te kunnen uitvoeren. Dit betekent kwaliteitsverbetering en professionele ontwikkeling door leren en verbeteren van de praktijk en van kwaliteitsinformatie. Het betekent aandacht voor zorg en relationele kwaliteit, maar ook voor de competenties om lokaal een positie op te bouwen en in teamverband tot passende zorgarrangementen komen, de uitvoering en resultaten van zorg te monitoren en naar bevind van zake te verbeteren.

6.3.3 De competenties van het team passen op de vraag.

De beschikbaarheid van personeel met competenties die aansluiten op de vraag van de cliënten in het werkgebied, is randvoorwaarde voor de kwaliteit van wijkverpleging. Een juiste mix van deskundigheidsniveaus en competenties is ook van belang uit een oogpunt van efficiënte inzet van middelen. Indien de juiste competenties niet binnen het team beschikbaar zijn wordt hulp ingeroepen, een consult gevraagd of de cliënt verwezen.

6.3.4 Er is goede informatievoorziening nodig.

Kwaliteit van zorg is meer en meer afhankelijk van goede informatievoorziening. Daarvoor is ondersteuning door ICT noodzakelijk. ICT kan bijdragen aan een betere benutting en uitwisseling van gegevens en aan de vermindering van de registratielast.

Voor de cliënt biedt technologie de mogelijkheid om de zelfredzaamheid te versterken en een gelijkwaardiger partner van zorgverleners te worden. De inzage en het beheer van het eigen dossier wordt vergemakkelijkt. In de zorgverlening wordt het gebruik van technische hulpmiddelen zoals eHealth, domotica, apps, steeds belangrijker. Voor zorgverleners is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie die zicht geeft op de

³⁵ Normenkader indicatiestelling V&VN.

uitvoering en resultaten van de zorgverlening op micro en meso niveau, van belang. Ook de toegankelijkheid van professionele richtlijnen, protocollen en informatie over ketenpartners, dient technisch te worden ondersteund.

Mede om de generalistische aard van wijkverpleging en de hiermee samenhangende breedte van de benodigde informatie is goede ICT onontbeerlijk. Goede technologie is niet alleen nodig voor de verwerving van informatie, maar eveneens voor het verwerken van informatie die kan voorzien in de informatiebehoefte die wijkverpleging omgeeft. Zo is ICT gericht op de monitoring van de cliëntsituatie van steeds groter belang. Intelligente, data-analyse technieken kunnen bijdragen aan inzicht in gezondheidsontwikkeling van de doelgroep en kunnen een preventieve en proactieve benadering ondersteunen.

6.3.5 Wijkverpleging heeft verbinding met kennisontwikkeling en opleiding.

Een belangrijke functie van zorgorganisaties is het mogelijk maken van de uitwisseling tussen leren en werken. Enerzijds is de praktijk een belangrijke bron voor de ontwikkeling van het beroep. Anderzijds brengen MBO en HBO opleidingen lessen uit landelijke en internationale ontwikkelingen samen in een lesprogramma. Zorgorganisaties vervullen een belangrijke rol als schakel tussen praktijk en opleidingen, bijvoorbeeld door het bieden van stageplaatsen, het deelnemen aan onderzoek en het leveren van inzicht in de ontwikkeling van de zorgpraktijk.

6.3.6 Wijkverpleging heeft ondersteuning van en participatie in het beleid.

Wijkverpleging moet zich door haar zorgorganisatie gesteund weten in de uitvoering van zorg en de positie en richting die zij in het lokale netwerk inneemt. Voor het opbouwen van een lokale positie zijn competenties nodig die ondersteuning en training vragen.

Wijkverpleging heeft anderzijds participatie nodig in het beleid van de zorgorganisatie. Door de koers mede te bepalen door de inhoudelijke agenda van de wijkverpleging kan de zorgorganisatie betere resultaten in de zorgverlening en meer effectiviteit in de facilitering ervan realiseren.

7. Randvoorwaarden

Een kwaliteitskader is een dynamisch document, dat wil zeggen: het is een perspectief waarmee richting wordt gegeven aan een gewenste ontwikkeling. Het geeft antwoord op de vraag wat goede wijkverpleging is vanuit het gezichtspunt van cliënten, zorgprofessionals, zorgorganisaties en financiers en reikt in die zin voorbij aan de bestaande uitvoering in de praktijk. Het kader is een perspectief op wat wijkverpleging moet zijn om aan de toenemende vraag het hoofd te bieden en de rol te vervullen die cliënten en beleidsmakers van zorg thuis verwachten. Cliënten die kwaliteit van zorg willen en beleidsmakers die van goede wijkverpleging beheersing van de stijgende zorgvraag verwachten.

Wat in de ontmoetingen met de beroepsgroep naar voren komt is een sterke overtuiging in de mogelijkheden van het vak, maar onvoldoende middelen om deze mogelijkheden te effectueren. Er zijn grote belemmeringen op het vlak van de personeelsvoorziening, de kwaliteit van de arbeid, de organisatorische randvoorwaarden en de bekostiging en verantwoording. De ontwikkelagenda van dit kwaliteitskader wordt daarom in belangrijke mate bepaald door de noodzaak deze belemmeringen weg te nemen.

1. *Personeelsvoorziening en kwaliteit van de arbeid*

Het gebrek aan verpleegkundig en verzorgend personeel is een van de grootste knelpunten in het realiseren van goede wijkverpleging. In de huidige praktijk wordt kwaliteit te veel bepaald door de beperkte beschikbaarheid van personeel met de juiste competenties. De schaarste geeft hoge werkdruk en brengt hierdoor schade toe aan de kwaliteit van zorg en aan de kwaliteit van arbeid. Het imago van wijkverpleging wordt hierdoor aangetast, waardoor het nog moeilijker wordt personeel te werven. De beeldvorming over wijkverpleging is de laatste decennia verslechterd door de hoge werkdruk, de zware administratieve belasting en de zwakke positie binnen de schaal vergrote zorgconcerns.

Het met alle partijen bouwen aan een wijkverpleging zoals in dit kwaliteitskader beschreven, zal de kwaliteit van de arbeid sterk doen toenemen en het imago van wijkverpleging verbeteren. Actieve werving van verpleegkundig en verzorgend personeel zal dan weer succesvol kunnen zijn.

2. *Vraagstukken rond de bekostiging*

Wijkverpleging is op dit moment ingebed in een voornamelijk op productie en handelingsverantwoording gebaseerde bekostiging. Wijkverpleging is nog veelal ingesteld op het verantwoorden van geleverde zorg in minuten en te weinig op het resultaatgerichte perspectief dat de cliënt een werkelijk passende en duurzame oplossing kan bieden.

Een zorginhoudelijk richtinggevend perspectief biedt betere mogelijkheden van professionalisering, maar betekent een aanzienlijke omslag in de huidige infrastructuur. Het betekent vooral dat er ruimte gemaakt moet worden voor activiteiten die in de huidige registratievormen niet als 'productie' erkend zijn, zoals het opbouwen en onderhouden van samenwerking met lokale huisartsen, wijkteams en andere ketenpartners en voor professionalisering in teamverband. Niet in de laatste plaats heeft wijkverpleging een duidelijke positie als professional in de zorgorganisatie nodig, zodat de beroepsgroep invloed heeft op de zorginhoudelijke en facilitaire agenda van de organisatie.

Het realiseren van de organisatorische randvoorwaarden voor wijkverpleging zal voor veel zorgorganisaties een grote omslag betekenen. Die omslag is alleen maar mogelijk als zij zich gesteund weten door adequate regelgeving en een verzekeraar die eveneens bereid is die omslag te maken.

3. *Transparantie en verantwoording*

De samenhang tussen de kwaliteit van wijkverpleging, de zorginfrastructuur en de systematiek van verantwoording en bekostiging, betekent voor de betrokken organisaties een grote opgave om te werken aan een systematiek die de benodigde ruimte voor wijkverpleging maakt, keuze informatie voor cliënten biedt en verzekeraars aanknopingspunten biedt voor toetsing van kwaliteit en bekostiging. De besprekingen hierover zijn in deze periode gaande.

Uitgaand van wijkverpleging die vanuit een lokale positie werkt aan preventie en aan de bevordering en ondersteuning van de zelfredzaamheid van cliënten met gezondheidsbeperkingen, tekent zich een systematiek af die voldoet aan de volgende randvoorwaarden:

- a. Kwaliteitscriteria die in sterkere mate gericht zijn op de resultaten van wijkverpleging (outcome) zoals tevredenheid cliënten en diagnose gerelateerde parameters van resultaten van de verleende zorg.
- b. Kwaliteitscriteria en meetinstrumenten die minder op de productie op microniveau gericht zijn zoals minutenregistratie.
- c. Kwaliteitscriteria en meetinstrumenten die op meso niveau verworven worden zoals populatie gerelateerde uitkomsten en procescriteria die gericht zijn op de toetsing van randvoorwaarden voor wijkverpleging, zoals die ontleend kunnen worden aan dit kwaliteitskader.
- d. Kwaliteitscriteria en meetinstrumenten waarvan de uitvoering niet te belastend is.

Een verantwoordings- en bekostigingssystematiek die aan deze uitgangspunten voldoet, kan wijkverpleging in positie brengen voor de toekomst. Een systematiek is nodig waarbij wijkverpleging zorginhoudelijk gewaardeerd wordt in de context van de keten waarin de cliënt zorg en hulp ontvangt. Door lokaal te werken aan beleidsgerichte ontwikkeling van uitkomstmetingen, zouden verzekeraars en wijkverpleging betere partners in de verbetering van zorg kunnen worden.

7.1 Een veranderend perspectief op de verantwoording en bekostiging van wijkverpleging

Dit kwaliteitskader komt tot stand in een periode waarin breed wordt erkend dat een ingrijpende wijziging in de bekostiging en verantwoording van wijkverpleging nodig is. De financiering wordt momenteel gekenmerkt door een betaling op basis van minuten. Onder leiding van NZa vindt onderzoek plaats naar een ander bekostigingsmodel waarin onder meer preventie en 'ontzorgen' worden beloond.

Parallel aan de ontwikkeling van dit kwaliteitskader vinden hier besprekingen over plaats, maar een kwaliteitskader kan er niet los van worden gezien. Om deze reden werd in een aparte werkgroep met de betrokken partijen verkend wat de implicaties van het kwaliteitskader wijkverpleging zouden moeten zijn voor de toetsing, verantwoording en inkoop van wijkverpleging. Als het kwaliteitskader antwoord geeft op de vraag wat goede wijkverpleging is vanuit een 'ontzorgend' perspectief en gezien vanuit de cliënt, de professional en de zorgorganisatie, met welke kenmerken en criteria kunnen cliënten dan kiezen en zorgverzekeraars de kwaliteit van wijkverpleging onderscheiden en toetsen?

Een passende wijze van verantwoording van de in het kwaliteitskader beschreven wijkverpleging, vraagt:

1. **Resultaatgerichtheid**

De registratie moet geënt zijn op resultaten in termen van gezondheidsbevordering, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid en minder op de verantwoording van handelingen en productie. De registratiedruk moet proportioneel zijn en effectief.

2. **Ruimte voor preventie.**

Een nieuwe vorm van bekostiging moet ruimte bieden voor de uitvoering van preventieve werkzaamheden gericht op zowel individuele cliënten als op de doelgroep in het werkgebied.

Preventie biedt een grote kans om zorgvragen te voorkomen en zorgvragen te de-escaleren, zodat verergering en dure behandelopties worden voorkomen. Preventie zou dan ook gezien moeten worden als een kostenbesparende investering en niet als een kostenpost.

3. **Ruimte voor een goede positionering van wijkverpleging in de lokale keten.**

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn generalistische zorgprofessionals die een belangrijke positie naast de huisarts innemen. De kwaliteit van wijkverpleging wordt mede bepaald door een goede positie in de lokale (zorg)keten. Wijkverpleging is breder dan zorgverlening en bij uitstek in positie voor preventie waarbij zwaardere zorgvragen kunnen worden uitgesteld of afgesteld. Het bevindt zich op het kruispunt van zorgverlening en het sociale domein enerzijds; en van de nulde (familie en mantelzorg), eerste, de gespecialiseerde zorg (zoals kindzorg, dementie, palliatieve zorg) en de tweede lijn anderzijds (specialist). Voor ketensamenwerking is wederzijdse bekendheid met elkaars mogelijkheden en verwijspcedures, randvoorwaarde. De verantwoordingswijze moet ruimte bieden voor het realiseren van deze randvoorwaarde

4. **Ruimte voor professionele toetsing en kwaliteitsontwikkeling in teamverband nodig**

Voor goede wijkverpleging is collegiale toetsing onontbeerlijk. Zoals alle professionele dienstverlening komt kwaliteit in belangrijke mate in de praktijk tot stand. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden komen vaak in complexe situaties thuis en moeten individueel omgaan met de cliënt, mantelzorg en andere zorgverleners en zelf beslissingen nemen. Collegiale toetsing bijvoorbeeld in casuïstiekbesprekingen, is onontbeerlijk om te leren en de zorg te verbeteren. Daar is ruimte voor nodig maar ook een verplichting van de zorgverlener om hiervoor open te staan en mee te denken.

8. Ontwikkelagenda en implementatie

1. *Uitvoering van het kwaliteitskader wijkverpleging vraagt een transitie*

De opstellers van dit kwaliteitskader zijn zich ervan bewust dat uitvoering van dit kader een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning zal vragen van zorgverleners, zorgorganisaties, verzekeraars en toezichthouders. Partijen zien het kwaliteitskader als de basis voor het gezamenlijk realiseren van de beoogde verandering en streven ernaar om op zo kort mogelijke termijn met concrete resultaten te komen.

2. *Uitvoering kwaliteitskader*

De uitvoering van het kwaliteitskader vraagt in het bijzonder een doorontwikkeling van wijkverpleging die sterker uitgaat van de eigen mogelijkheden van de cliënt (positieve gezondheid) en de inzet van ondersteuning vanuit het eigen en het lokale netwerk. Er zijn hiervan al vele goede voorbeelden, maar het zal van zorgverleners, zorgorganisaties en opleidingen veel inzet vragen om deze voorbeelden te verbreden tot een algemeen geldende praktijk.

De doorontwikkeling zal vooral gestalte moeten krijgen door de versterking van het leren en verbeteren in de praktijk. Dit is immers de basis van kwaliteitsontwikkeling. Van zorgverleners zal dit commitment en openheid vragen voor uitwisseling, leren en verbeteren. Zorgorganisaties zullen dit moeten faciliteren door ruimte te geven en zorg te dragen voor voorzieningen als coaching, ondersteuning van de teamorganisatie en de facilitering van onder meer goede kwaliteitsinformatie. Partijen willen het kwaliteitskader wijkverpleging eind 2019 hebben ingevoerd zodat het de basis kan zijn voor de contratering in 2020.

3. *Implementatie Kwaliteitskader: verantwoordelijkheden*

Zorgorganisaties en zorgverleners moeten dit kwaliteitskader implementeren in hun eigen organisatie en zijn verantwoordelijk voor de op de gestelde datums in de praktijk brengen ervan. Koepel en brancheorganisaties ondersteunen hun leden hierbij.

4. *Afspraken over kwaliteitsinformatie wijkverpleging*

Kwaliteitsinformatie is een belangrijke bouwsteen voor het verbeteren van kwaliteit van zorg. Kwaliteitsinformatie begint bij feedback van de cliënt en eindigt bij gegevens over uitkomsten van zorg in de eigen praktijk of uit goede voorbeelden elders. Het levert primair verbeterinformatie op voor de zorgverleners en zorgorganisaties die zich door spiegelen en leren, verbeteren. Daarnaast kan kwaliteitsinformatie gebruikt worden als keuze en etalage informatie voor (toekomstige) cliënten of mantelzorgers. Toekomstige cliënten moeten kunnen beschikken over ervaringen van andere cliënten, zorginhoudelijke kwaliteitsinformatie en etalage informatie. Ook voor zorgverzekeraars kan kwaliteitsinformatie gebruikt worden bij zorginkoop gesprekken en bij zorginkoop. Partijen werken als volgt aan meetinstrumenten en informatiestandaarden die aan dit kwaliteitskader verbonden zijn. Gewerkt wordt aan een meetinstrument voor cliënt ervaringen (5), aan nieuwe kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten (6), de implementatie ervan, inclusief de aanlevering, bewerking en terugkoppeling van spiegelinformatie aan zorgprofessionals en derden.

5. *Naar een meetinstrument voor cliënt ervaringen*

Naast kwaliteitsinformatie is informatie over de beleving van de zorg door cliënten belangrijk voor de verbetering van kwaliteit. Om de cliënt ervaringen te meten hebben partijen in 2017 een instrument (PREM) ontwikkeld voor de wijkverpleging.

Er is een inhoudelijke lijst ontwikkeld en er is overeenstemming dat de PREM objectief uitgevraagd zou moeten worden door een onafhankelijke partij. Het is aan zorgaanbieders om hier invulling aan te geven³⁶. Het doel is om inzicht te krijgen in cliëntervaringen op een lager geografisch niveau dan het

³⁶ Over deze zinsnede heeft ZN nog een opmerking gemaakt.

huidige concernniveau, zodat het meer aanknopingspunten biedt voor verbetering. Het wenselijke geografische niveau zal in de pilot nader worden verkend³⁷. Tevens hebben partijen verkend of aansluiting en/of een pilot met Zorgkaart en PREM een mogelijk alternatief zou kunnen zijn. Afgesproken is in 2018 een pilot te gaan doen met de PREM die is ontwikkeld, naast een vrijwillige aanlevering aan Zorgkaart (op basis van dezelfde PREM lijst). Partijen beogen eind 2018 of begin 2019 een landelijke uitvraag te doen met als doel informatie voor zorgaanbieder, zodat in 2020 informatie voor de verzekerde en de inkoop beschikbaar is.

6. *Afspraken over nieuwe kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten*

Voor dit kwaliteitskader zijn nieuwe indicatoren van kwaliteit en van daaraan verbonden meetinstrumenten nodig. Indicatoren en instrumenten moeten ontwikkeld worden die zicht geven op doelmatigheid en resultaten (outcome) en minder op productie. De stuurgroep kwaliteitskader wijkverpleging heeft de werkgroep 'Kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten' de opdracht gegeven voor 1 juli een plan van aanpak voor te leggen waarin voorzien is om voor het einde van 2018 hierover voorstellen te doen.

7. *Afspraken over ontwikkeling informatiestandaarden*

De betrokken partijen werken gezamenlijk aan de ontwikkeling van informatiestandaarden die passen bij dit kwaliteitskader. De eerste fase van dit project (definitiefase) zal voor 1 september 2018 zijn afgerond.

8. *Afspraken over bekostiging en verantwoording*

Afspraken over bekostiging en verantwoording zullen passen bij de ontwikkelingsrichting voor wijkverpleging van dit kwaliteitskader en zullen als zodanig geconcretiseerd worden in de daarvoor ingezette trajecten onder leiding van NZA, zodat deze ook toetsbaar worden en te gebruiken voor zorginkoop.

De uitvoering van deze trajecten is ingezet.

9. *Besluit over toepassing kwaliteitskader op extramurale Wlz gefinancierde zorg*

De opstellers zijn van mening dat het kwaliteitskader van toepassing zou moeten zijn op alle zorg aan thuiswonende cliënten en burgers. Omdat er een voor cliënten en zorgverlening onwenselijke onduidelijkheid in de afbakening bestaat met de extramurale WLZ gefinancierde zorg (VPT en MPT) hebben partijen afgesproken om voor het einde van 2018, in overleg met de stuurgroep kwaliteitsstandaard verpleeghuiszorg, tot een eenduidige afbakening te komen met het toepassingsgebied van de kwaliteitsstandaard verpleeghuiszorg.

10. *Afstemming met toetsingskader van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)*

Partijen zullen voor de zomer 2018 in overleg treden met IGJ over de implicaties van het kwaliteitskader wijkverpleging voor het IGJ-toetsingskader 'Toezicht op de zorg thuis'.

11. *Publieksversie kwaliteitskader wijkverpleging.*

De Patiëntenfederatie Nederland zal voor 1 november 2018 zorgdragen voor een publieksversie van het kwaliteitskader wijkverpleging.

12. *Versie kwaliteitskader voor de beroepsgroep*

V&VN zal voor 1 oktober 2018 een versie van het kwaliteitskader wijkverpleging maken voor hun leden.

³⁷ Over deze zinsnede heeft ZN nog een opmerking gemaakt

13. Kennisontwikkeling en onderzoek

Op meerdere plaatsen in dit kwaliteitskader wordt opgeroepen om meer kennis te ontwikkelen. De partijen hebben initiatieven genomen om een onderzoek agenda op te stellen met de (universitaire) kennisnetwerken en kennisinstituten. Er zal een wetenschappelijke raad worden ingericht die de kennisontwikkeling ondersteunt. In de werkagenda van V&VN en het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap (NWG) wordt een basis gelegd in de kennisontwikkeling.

14. Afspraken landelijke coördinatie implementatie

De opdrachten zoals geformuleerd in dit hoofdstuk van het kwaliteitskader zullen door de gezamenlijke partijen worden uitgevoerd. De partijen zullen voor september 2018 een voorstel doen voor een aanpak en een structuur waarin de activiteiten van partijen voor de implementatie van het kwaliteitskader met elkaar kunnen worden verbonden.

15. Onderhoudsplan

De gezamenlijke partijen zullen voor het einde van 2018 zorgdragen voor het maken van een onderhoudsplan voor dit kwaliteitskader.

9. Bijlagen

9.1 Bijlage 1. Stuurgroep

Bestuur Stuurgroep Kwaliteitskader wijkverpleging		
Marieke Schuurmans	UMC - Utrecht medisch centrum	Voorzitter
Sonja Kersten	V&VN	bestuurslid
John Kauffeld	Actiz - Espria	bestuurslid
Wout Adema	ZN - Zorgverzekeraars Nederland	bestuurslid
Hans Buijing	BTN - Branchevereniging Thuiszorg Nederland	bestuurslid
Dianda Veldman	PFN – Patiëntenfederatie Nederland	bestuurslid

Leden Stuurgroep		
Hillie Beumer	Actiz	
Mariska de Bont	V&VN	
Angela Bransen	ZN – Zorgverzekeraars Nederland	
Tom Schoen	PFN – Patiëntenfederatie Nederland	
Wendy Verhoeven	ZN – Zorgverzekeraars Nederland	
Stefanie van Vliet	BTN - Branchevereniging Thuiszorg Nederland	

Programmaleiding, tekst		
Noortje Brouwers	Bureau Obelon	
Ad Standaart	Bureau Obelon	

9.2 Bijlage 2: deelnemers werkgroepen

Leden werkgroepen		
Aletta Oosterhuis		NWG
Anita Gerritsen	Via BTN	BTN
Anke Straatsma	ambassadeur wijkverpleegkundige	Friese wouden
Annette Harmelink	vakgroep wijk	Zorgaccent
Berdine van Os	afdeling wondzorg	Allerzorg
Betty Ouwendijk	vakgroep wijkverpleging	IJsselheem
Carlijn Bomers	ambassadeur wijkverpleegkundige	Careyn
Danielle Faneyte	Afdeling palliatieve zorg	NPZA
Elly Beunk	Platform verzorgenden	
Elsbeth Rispens	via ActiZ	Friese wouden
Gerben Jansen	vakgroep casemanagers dementie	
Henrieta van der Veeke	ambassadeur wijkverpleegkundige	Thebe
Hillie Zwart		V&VN
Ines van Beek	via Actiz	Patyna
Inge Jansen		
Joris Berlage	ambassadeur wijkverpleegkundige	Zgzorggroep
Judith Nak	vakgroep technische thuiszorg	
Marian Adriaansen	vakgroep wijkverpleging	
Mariska de Bont		V&VN
Marjolein Zilverentant	vakgroep wijkverpleging	zpz-er
Marlies Poiesz		
Monique Jansen Schuiling	NWG	Zgzorggroep
Nick Gierveld	via Actiz	Zorgaccent
Niels van de Berg	via ActiZ	Hof en Hiem
Rebecca van Rappard	via ActiZ	Florence
Ria Melenhorst	Platform verzorgenden	
Saskia Bouma	ambassadeur	Icare
Sonja Daalhuizen - Goossens	ambassadeur wijkverpleegkundige	Careyn
Suzan Blom	Amassadeur wijkverpleegkundige	TSN
Yvanka Klein Holte	Ambassadeur wijkverpleegkundige	Sensire
Wilma Noordam	verzorgende	
Willeke Rosdorff	manager zorg	Avoord
Gia Wallinga	Afdeling M&G	Icare

9.3 Bijlage 3: Documenten

Documentenoverzicht kwaliteitskader wijkverpleging

1. Actiz (2017). Wijkverpleging in context. Over de kernwaarden van de wijkverpleging en haar oog voor dynamische samenhang tussen wensen en behoeften van cliënten, hun context en passende, duurzame oplossingen (Marga van den Heuvel en Jerry Fortuin van Wijtz)
2. ActiZ, BTN, NPCF, V&VN, ZN (2016). Bestuurlijke afspraken Kwaliteitsinformatie Wijkverpleging.
3. ActiZ, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, ZN (6 april 2017). Bestuurlijk overleg wijkverpleging. PPP.
4. ActiZ, BTN, PFN, V&VN, ZN, VWS (2017). Bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018, "Bouwen aan kwaliteit".
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2017/06/28/bestuurlijk-akkoord-wijkverpleging-2018-%E2%80%9Cbouwen-aan-kwaliteit%E2%80%9D>
5. Alzheimer Nederland & Vilans (2013). Zorgstandaard Dementie (Meerveld en Mahler).
http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Zorgstandaard_Dementie.pdf
6. Alzheimer Nederland. Inkoopbeisen wijkverpleging 2018.
7. Alzheimer Nederland. Oplegger 1 rapporten dementiemonitor mantelzorg 2014 en 2016
8. Alzheimer Nederland. Oplegger 2 onderzoek Trimbos/Nivel naar casemanagement 2012.
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-casemanagement-dementie.pdf>
9. Alzheimer Nederland. Oplegger 3 onderzoek/peiling onveilige situaties thuis door Alzheimer Nederland
10. Alzheimer Nederland. Oplegger 4 inkoopbeisen wijkverpleging.
11. Alzheimer Nederland/Alzheimer Panel. Onveilige situaties thuis en buitenshuis. Rapportage peiling 2014 (Wendy Werkman)
<https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/resultaten-peiling-onveilige-situaties-2014.pdf>
12. Brouwer de J. (2010). Excellente zorg. Tevreden verpleegkundigen en patiënten. Nr 7/8;37-40.
<http://www.venvn.nl/Kenmerken-Excellente-Zorg>
13. Francke, A., Verkleij, K., Koopman-van den Berg, D.J.E.M. Leernetwerken wijkverpleging; Samenwerking tussen docenten en wijkverpleegkundigen slaat aan. Tijdschrift Maatschappij en Gezondheid, 17 (2017) 1. p. 28-30. <https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=6514>
14. Growwork (ongedateerd). Langer thuis door innovatieve wijkverpleging. Andere focus, betere uitkomsten.
<https://www.growwork.nl/app/uploads/Brochure-Wijkverpleging-1.pdf>
15. Hutschemaeker (2014) Het verschil tussen generalistische en specialistische zorg (2014).
https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Het_verschil_maken_-_Giel_Hutschemaekers.pdf
16. IGZ (2016). Toetsingskader "Toezicht op de zorg thuis"
https://www.igz.nl/Images/Toetsingskader%20toezicht%20op%20de%20zorg%20thuis'_tcm294-380384.pdf
17. IGZ (2016). Toetsingskader "Toezicht op netwerken in de zorg thuis".
18. KBO-pcob, Per Saldo, Patiëntenfederatie Nederland (2017). Brief aan vaste Kamercommissie VWS. Onderwerp AO wijkverpleging (Zijderveld)

https://www.patiëntenfederatie.nl/images/2017-45_Brief_AO_Wijkverpleging.pdf
19. KIWA, CAOP (2015). Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019 (Bloemendaal, van Essen, Kramer, van der Windt)
https://www.1stelijnamsterdam.nl/images/nieuws/2015-11-24_Rapport_wijkverpleegkundigen.pdf

20.	Koopman, A. (2016). Wijkverpleging: de ontwikkelagenda voor 2016! Innovatie en samenwerking als succesfactor. Zorgvisie Magazine, 3 maart 2016-24. https://www.growwork.nl/app/uploads/20165431_Zorgvisie_Grow_work_april.pdf
21.	Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017). Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022. Landelijk kader binnen de WLZ. http://www.vgn.nl/kwaliteitskader
22.	LPGGz, Ned. Ver. Voor Psychiatrie, GGZ Nederland, LVVP, NIP, Ineen, Platform MEER GGZ, V&VN, P3NL, ZN (ongedateerd). Model Kwaliteitsstatuut GGZ. https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20Kwaliteitsstatuut%20GGZ.pdf
23.	Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) (2017). Clientkenmerken als voorspellers van behoefte aan wijkverpleegkundige zorg. Voorlopige resultaten enquête onder wijkverpleegkundigen. https://www.nza.nl/1048076/1048181/Resultaten_enquete_wijkverpleegkundigen.pdf
24.	NIVEL & Alzheimer Nederland (2013). Kwaliteit van dementiezorg door de ogen van mantelzorgers. Dementiemonitor Mantelzorg, Deelrapportage 1. (José Peeters, Wendy Werkman, Anneke Francke) https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Deelrapportage-1-Kwaliteit-dementiezorg.pdf
25.	NIVEL & Alzheimer Nederland (2016). Dementiemonitor 2016. Mantelzorg over zorgbelasting en ondersteuning. (Daniëlle Jansen, Wendy Werkman, Anneke Francke) https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Dementiemonitor_Mantelzorg_2016.pdf
26.	NIVEL & CCTR (2013). Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen! (Peeters, Wiegers, de Bie, Friele). https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Technologie-in-de-zorg-thuis.pdf
27.	NIVEL & ProZorg (2014). De benodigde capaciteit voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken? Een wijkanalyse in Den Haag (Eitjes, de Graaf-Ruizendaal, de Bakker) https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=1002452
28.	NIVEL & Zorgbelang Brabant (2016). Kennissynthese: Patiëntenparticipatie in de eerste lijn. (Groenewegen, Kroneman, van Erp, Broeren, van Birgelen). https://www.nivel.nl/nl/nieuws/pati%C3%ABntenparticipatie-de-eerste-lijn-kan-beter
29.	NIVEL (2014). Kennissynthese. De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen. Rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen (de Putter, Francke) https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Kennissynthese-wijkverpleegkunde.pdf
30.	NIVEL (2016). Naar een toekomst met meer wijkverpleegkundigen? De aantrekkelijkheid van het werken in de thuiszorg en het doorstromen van MBO- naar HBO-verpleegkunde (Veer, Verkleij, Peeters, Francke). https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=1002901
31.	NIVEL (2017). Routine zorggegevens uit de wijkverpleging. Zorgregistraties: Een haalbaarheidsstudie (van Rooden, de Groot, Francke, de Bakker, Schoenmakers, Verheij) https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/04/18/routine-zorggegevens-uit-de-wijkverpleging-in-nivel-zorgregistraties-een-haalbaarheidsstudie
32.	NIVEL Onderzoeksprogramma 2014-2017 https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/onderzoeksprogramma-2014-2017.pdf
33.	Nivel/Trimbos (2012). Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. (Peeters, de Lange, van Asch, Spreuwenberg, Veerbeek, Pot, Francke) https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-casemanagement-dementie.pdf
34.	Nivel/Trimbos/VU (poster, ongedateerd). How is Case Management for Dementia organized and implemented in the Netherlands? (Peeters, Francke, Pot).
35.	NPCF (2015). Kwaliteit en keuze informatie wijkverpleging en verzorging thuis. Wat vinden mensen belangrijk? (Tegelaar, van Haastert). https://www.zorgkaartnederland.nl/uploads/img/Blog/Definitief%20rapport%20interviews%20kwaliteit%20en%20keuzeinformatie%20verpleging%20en%20verzorging%20thuis.pdf
36.	NPCF (ongedateerd). In 6 stappen naar borging van cliëntervaringen in uw organisatie. https://www.patiëntenfederatie.nl/images/zkn/Werkwijze-definitief.pdf
37.	NPCF en V&VN (2011). Versterken van verpleging thuis. Naar een Basisvoorziening Wijkverpleging (de Bont, van Schoonhoven, van Haastert, Zijdeveld) + Samenvatting (los document). http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Thema/Basisvoorziening/20120116%20Rapport%20Versterken%20verpleging%20thuis.pdf
38.	Palliactief & IKNL (2017). Knelpuntenanalyse palliatieve zorg in de eerste lijn (van Trigt, Dijkhoorn, van de Camp, Douma, Boddaert) https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/kwaliteitskader-palliatieve-zorg

39.	Panteia (2017). Monitor Zvw-pgb wijkverpleging 2016 (Belder & Faun) https://www.google.nl/?gws_rd=ssl#q=Panteia+(2017).+Monitor+Zvw-pgb+wijkverpleging+2016+(Belder+%26+Faun)&spf=1500552012171
40.	Parkinson Vereniging (2014). De ziekte van Parkinson in het verpleeghuis: Zorgzwaarte 8. (Nico Weerkamp)
41.	Per Saldo, ZN & VWS (2016). Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2017-2018. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/10/27/bestuurlijke-afspraken-zvw-pgb-2017-2018
42.	Raad voor het openbaar bestuur (2017). Zorg voor samenhangende zorg. Over zorgwetten die door gemeenten worden uitgevoerd. http://www.rob-rfv.nl/documenten/advies_zorg_voor_samenhangende_zorg.pdf
43.	RVZ (2017) Zonder context geen bewijs. Over de illusie van <i>evidence-based practice</i> in de zorg (Meurs) https://www.raadrsv.nl/uploads/docs/Zonder_context_geen_bewijs.pdf
44.	SIRM (2015). Contouren bekostiging wijkverpleging. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/03/30/contouren-bekostiging-wijkverpleging
45.	Stichting Kind en Ziekenhuis (ongedateerd). Input voor nieuwe bekostiging wijkverpleging. (Overzicht van relevante documenten en feiten).
46.	Uitwerking cliëntervaringen wijkverpleging (ongedateerd, herkomst onbekend).
47.	V&VN (2012) Beroepsprofielen Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, stuurgroep beroepsprofielen 2015: beroepsprofielen voor verzorgende, mbo verpleegkundigen en hbo verpleegkundigen https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2016%20Documenten/20160113%20Rapport%20Toekomstbestendige%20beroepen.pdf
48.	V&VN (2012). Expertisegebied wijkverpleging. https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2013%20Documenten/20121106%20Expertisegebied%20wijkverpl.pdf
49.	V&VN (2013). Excellente zorg (de Brouwer en Kieft) http://www.venvn.nl/Kenmerken-Excellente-Zorg
50.	V&VN (2014). Normenkader voor indiceren en organiseren van zorg in de eigen omgeving. http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=TOP1d8dPT_E%3D&portalid=1
51.	V&VN, BTN, ActiZ, PFN, ZN. Ontwikkelagenda Wijkverpleging 2017-2018.
52.	V&VN, NWG (2017). Samen werken aan de professionalisering van de wijkverpleegkundige beroepsgroep. Werkagenda wijkverpleging.
53.	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. http://www.vgn.nl/artikel/25465
54.	VWS (2017). Rapportage wijkverpleging. Kamerbrief Van Rijn aan Voorzitter van de Tweede Kamer. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/04/18/kamerbrief-over-verzamelbrief-rapport-nivel-wijkverpleging
55.	Werkgroep kwaliteitskader V&VN. Matrix Wijkverpleging (2017). Intern document.
56.	ZN (2017). Kwaliteitsstandaard aanbieden aan het zorginstituut. Wijkverpleging (van Boxtel) (presentatie met richtlijnen en aanwijzingen van ZN)
57.	ZN (29 november 2016) Brief aan V&VN. Onderwerp: Multipartite indiening kwaliteitsgegevens wijkverpleging. https://www.actiz.nl/stream/brief-aan-zinl-kwaliteitsgegevens-wijkverpleging.pdf
58.	Zorginstituut Nederland (2014, versie 1). Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA). Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2015/12/07/leidraad-voor-kwaliteitsstandaarden-door-advies--en-expertgroep-kwaliteitsstandaarden-aqua
59.	Zorginstituut Nederland (2015, versie 2.0). Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten 2015.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2015/06/01/toetsingskader-kwaliteitsstandaarden-informatiestandaarden-en-meetinstrumenten-2015>

60. Zorginstituut Nederland (2017). Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren.
<http://ncz.nl/wp-content/uploads/2017/01/KwaliteitskaderVerpleeghuiszorg-2017.pdf>