

## **Wijkverpleegkundige, blijf kijken met een brede blik!**

Mijn schoonmoeder is 80 en woont nog zelfstandig in haar zonnige appartement in het zuiden van het land. Toch gaat het niet allemaal van een leien dakje. Ze heeft de ziekte van Parkinson en hartfalen. Dat betekent: veel medicijnen slikken, bezoeken aan de eerste hulp, een legioen aan specialisten en veelvuldig verblijf in het ziekenhuis. Sinds een week of twee komt er regelmatig een wijkverpleegkundige langs. Zij helpt haar met de medicijnen, regelt dat ze bij een fysiotherapeut komt om de stramheid in haar spieren te verlichten en zorgt ervoor dat zij eens per week wordt opgehaald voor een avondje kokkerellen. Maar de regelmatige bezoeken geven haar vooral rust en geleidelijk aan weer het vertrouwen dat het leven haar nog veel te bieden heeft.

### **Complexe zorg**

Het aantal ouderen in Nederland neemt nog steeds toe. En daarmee ook het aantal mensen met chronische aandoeningen, zoals mijn schoonmoeder. Al die mensen blijven langer thuis wonen. Dat willen zij niet alleen zélf, ook de overheid stimuleert deze ontwikkeling. Dat betekent dat er een steeds groter beroep wordt gedaan op zorg en ondersteuning thuis. Bovendien wordt die zorg steeds complexer. Vooral voor wijkverpleegkundigen ligt hier een enorme uitdaging: hoe kunnen zij al die mensen zo goed mogelijk blijven ondersteunen? En wat is er terecht gekomen van de schakelfunctie die zij zouden hebben?

### **Andere financiering**

Wijkverpleegkundigen zouden met 'de Zichtbare Schakel', maar ook na de transitie van 2015 weer een belangrijke verbinding vormen tussen het medisch en sociaal domein. Er werd een onderscheid gemaakt tussen de segmenten s1 (niet-cliëntgebonden taken zoals wijkoverleg, verbinding, voorlichting en preventie) en s2 (cliëntgebonden taken zoals wondverzorging en het verstrekken van medicijnen). S2 werd betaald door de zorgverzekeraar en s1 door gemeente en zorgverzekeraar samen. Begin 2017 verdween dit onderscheid. Volgens voormalig staatssecretaris Van Rijn droeg het niet bij aan de wenselijke integraliteit. Daarom bekostigt de zorgverzekeraar sinds 2017 de wijkverpleging voor al haar taken, en heel soms financiert de gemeente mee. Dit is een tussenfase voor de nieuwe vorm die naar verwachting vanaf 2019 gaat gelden. Deze nieuwe bekostiging wordt gebaseerd op zorgprofielen.

### **Verschillende rollen**

De wijkverpleegkundige is gezondheidsbevorderaar, kwaliteitsbewaker, samenwerkingspartner en organisator. Zij kent het medisch domein en werkt daarin samen met de huisarts en het ziekenhuis. Maar zij kent ook het netwerk van zorg en welzijn. Dat is precies haar kracht: ze is van alle markten thuis. Ze is generalist en zowel deskundig op het terrein van gezond gedrag, ziekte en zorg (en maatschappij). Dat is prettig voor ouderen, want dat maakt de zorg en ondersteuning minder gefragmenteerd. Maar nu de wijkverpleegkundige weer gefinancierd wordt door de zorgverzekeraar - met een lager budget - is het de vraag of zij voldoende ruimte heeft voor al die verschillende rollen. Komt de focus niet te veel op het medisch domein te liggen? Is er voldoende ruimte voor afstemming, regelen en netwerken? Leidt deze financiering opnieuw tot sturing op productie in plaats van op gezondheid en participatie? En hoe wordt de relatie met het sociaal domein? Trekken gemeenten zich terug als de zorgverzekeraar betaalt? Of worden zij juist buitenspel gezet terwijl ook zij zien dat inwoners vooral baat hebben bij een goede verbinding tussen het medisch en het sociaal domein?

### **Meerdere spullen in de wijk**

De schakelpositie die de wijkverpleegkundige heeft tussen medisch en sociaal domein is niet alleen voorbehouden aan de wijkverpleging. Zij heeft zich te verhouden tot andere spullen in de wijk, zoals de professionals in het sociaal wijkteam, de huisarts, de praktijkondersteuner van

de huisarts en - voor kwetsbare ouderen - de casemanager dementie. Maar meerdere spullen in de wijk betekent niet automatisch dat de zorg goed geregeld is. Wie neemt de regie in welke casus? En wat verstaan we onder regie? Juist die afstemming blijft ontzettend belangrijk.

### **Nieuwe samenwerkingsrelaties opbouwen**

Door al deze veranderingen verschijnen er steeds andere personen op plekken waar net samenwerkingsrelaties zijn ontstaan. Ik hoor dat ook in mijn gesprekken met wijkverpleegkundigen. Dat betekent: nieuwe contacten leggen, opnieuw elkaars vertrouwen winnen en opnieuw een samenwerkingsrelatie opbouwen. Wijkverpleegkundigen en andere wijkprofessionals doen dat, gewoon omdat het moet en omdat het belangrijk is voor de cliënt. Maar het kost tijd. Voor ouderen is het vooral onzeker en verwarrend en dat doet het herstel en de stabiliteit meestal geen goed.

### **Blijven strijden voor een brede blik**

De veranderende positie van de wijkverpleegkundige roept dus veel vragen op. Zij zal moeten blijven strijden voor het inzetten van haar brede blik, dat waar ze zo goed in is. Mijn schoonmoeder vindt het vooral belangrijk dat haar wijkverpleegkundige regelmatig blijft komen. Iemand met kennis van zaken die haar situatie kent, die met haar bespreekt wat ze nodig heeft en die de regie neemt als ze dat zelf niet kan. Iemand die de kunst verstaat om over de domeinen heen te regelen, zodat zij daar geen last van heeft.

Barbara de Groen

Senior adviseur Lokaal organiseren

<https://www.vilans.nl/medewerkers/barbara-de-groen>

