

Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Ervaringen en wensen van professionals in de wijkverpleging en
van verwijzers

Anke de Veer
Kim de Groot



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Februari 2022

ISBN 978-94-6122-722-5

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2022 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit rapport biedt enerzijds inzicht in hoe verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging denken over herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Anderzijds biedt het onderzoek inzicht in het perspectief van professionals die wijkverpleging voor hun cliënten zoeken, namelijk verpleegkundigen in ziekenhuizen en praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken.

De realisatie van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in Nederland wordt jaarlijks onderzocht door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Medio 2021 heeft het RIVM een eerste meting gedaan om de uitgangspositie in kaart te brengen. De eerste analyses uit deze meting, waarover in de loop van 2022 gepubliceerd wordt, riepen bij het RIVM en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vragen op die in dit rapport van het Nivel beantwoord worden, op basis van onderzoek onder het Nivel Panel Verpleging & Verzorging. Het onderzoek onder het Panel is gesubsidieerd door het Ministerie van VWS.

We danken Lidwien Verweij en Lisa van der Voort van de Directie Curatieve Zorg van het Ministerie van VWS en Jolanda Asmoredjo en Päivi Reckman van het RIVM voor hun adviezen bij de totstandkoming van de vragenlijst.

Onze Nivel-collega Raymond Kenens danken we voor het maken van de thematische kaarten van Nederland.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Knelpunten in de wijkverpleging	7
1.2 Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	8
1.3 Doel en onderzoeksvragen	8
1.4 Het onderzoek	9
1.5 Leeswijzer	10
2 Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in de praktijk	11
2.1 Mate van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	11
2.2 Zoeken naar wijkverpleging door verwijzers	12
2.3 Zorg voor wijkverpleging door de wijkverpleging	14
2.4 Afspraken en overleg in de regio	15
2.5 Hulpmiddelen	16
2.6 Context en herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	21
3 Wenselijkheid van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	23
3.1 Door wijkverpleging voorziene voordelen	23
3.2 Door wijkverpleging voorziene knelpunten	24
3.3 Gewenste rol van de wijkverpleging	25
3.4 Gewenste samenwerkingsafspraken	28
3.5 Context en herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	29
4 Conclusie en discussie	32
Literatuur	36
Bijlage A Onderzoeksmethode	37

Samenvatting

Dit rapport gaat over herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Herkenbaar impliceert dat er een duidelijk aanspreekpunt in een regio is voor de wijkverpleging en dat teams die wijkverpleging bieden voor cliënten en voor professionals makkelijk vindbaar zijn. Aanspreekbaar impliceert dat er geen cliënten tussen wal en schip vallen doordat teams niet kunnen voldoen aan de zorgvraag van een cliënt. In de 'Leidraad Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' (2020) beschrijven landelijke stakeholderorganisaties de benodigde stappen voor realisatie van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. We onderzochten eind 2021 hoe verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging en verwijzende ziekenhuisverpleegkundigen en praktijkondersteuners in de huisartsenzorg aankijken tegen de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging. Ruim 400 professionals vulden hiervoor een online vragenlijst in.

Herkenbaar en aanspreekbaar, maar veelal zonder centraal aanmeldpunt

Ruim drie kwart van de professionals (77%) vindt de wijkverpleging in hun regio herkenbaar en aanspreekbaar. Een derde (32%) van de verwijzers heeft slechts één contact nodig om wijkverpleging te regelen. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van vaste aanspreekpunten of bestaande samenwerkingsrelaties. De overige verwijzers zoeken over het algemeen door tot een aanbieder van wijkverpleging de zorgvraag aanneemt. Daarbij doet 44% van de verwijzers bij minimaal de helft van hun cliënten meerdere pogingen alvorens wijkverpleging is geregeld. Als wijkverpleging niet kan worden geregeld, dan kan de zorgverzekeraar, bij wie de zorgplicht ligt, ingeschakeld worden. Dit gebeurt weinig: 49% van de verwijzers en 33% van de wijkverpleging zegt dit nooit te doen.

Weinig up-to-date overzichten van aanbieders voor wijkverpleging

In de leidraad is afgesproken dat er in een regio up-to-date overzichten moeten zijn van welke aanbieders van wijkverpleging nieuwe cliënten aannemen. Eind 2021 heeft 37% van de professionals een overzicht van contactpersonen van aanbieders van wijkverpleging, waarvan 12% van de overzichten aangeeft of er ruimte is voor nieuwe cliënten.

78% van de professionals heeft behoefte aan afspraken om informatie over cliënten met andere zorgorganisaties uit te wisselen. Een derde van de professionals (33%) wordt daarin ondersteund door toepassingen zoals POINT of ZorgDomein.

Meer samenwerking met andere aanbieders van wijkverpleging gewenst

Samenwerking tussen aanbieders van wijkverpleging en het regelen van de wijkverpleging buiten kantooruren zijn volgens de leidraad de eerste te nemen stappen voor herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Vrijwel alle professionals in de wijkverpleging (94%) zien voordelen in samenwerken met andere aanbieders van wijkverpleging. Het leidt naar verwachting tot snellere passende wijkverpleging voor hun cliënten. Zij zien ook knelpunten, maar in mindere mate dan de voorziene voordelen. Het vaakst genoemd knelpunt is het ontbreken van een gezamenlijk elektronisch cliëntendossier. Ook verschillen in organisatiecultuur en visie op wijkverpleging noemt een meerderheid als knelpunt.

De helft (52%) van de professionals in de wijkverpleging geeft aan dat zij meestal of altijd samenwerken met andere aanbieders van wijkverpleging om de benodigde wijkverpleging voor cliënten te vinden. Hierbij zegt 37% van de professionals in de wijkverpleging ook dat er samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met andere aanbieders van wijkverpleging. Bij 44% zijn er afspraken zijn tussen aanbieders van wijkverpleging over de bereikbaarheid buiten kantooruren.

Verschillen in visie over de wijze van realisatie herkenbare aanspreekbare wijkverpleging

Professionals in de wijkverpleging, in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken zijn het met elkaar eens dat er afspraken moeten zijn over geplande nachtzorg, ongeplande avond-, nacht en weekendzorg, en het toeleiden van cliënten naar de aanbieder van wijkverpleging met de expertise die het beste aansluit bij de zorgvraag van cliënten. Afspraken over het uitwisselen van cliëntgegevens en van elkaar leren worden ook belangrijk gevonden.

Professionals denken verschillend over de rol van de wijkverpleging bij het organiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Verschillen in visie zijn vooral zichtbaar tussen de professionals in de wijkverpleging en de verwijzende professionals, waarbij verwijzende professionals vaker vinden dat de wijkverpleging hun zorgvraag altijd moet oppakken. Verschillen in visie zijn ook zichtbaar binnen de wijkverpleging, waar zowel veel voor- als tegenstanders zijn van het te allen tijde oppakken van de zorgvraag. Voor professionals blijken in ieder geval de volgende thema's relevant bij het vinden van een oplossing: (1) is deze manier van organiseren in het belang van de cliënt?, (2) leidt het tot effectievere inzet van wijkverpleging?, (3) wie is uiteindelijk verantwoordelijk voor het regelen van wijkverpleging?, en (4) is het realiseerbaar gezien de concurrentie tussen aanbieders van wijkverpleging?

Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging lastiger in sterk stedelijke gebieden

Het blijkt dat stedelijkheid een rol speelt bij het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Naarmate de stedelijkheid toeneemt is er minder herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, aldus de ervaringen van de professionals.

In zeer sterk verstedelijkte gebieden lijkt het draagvlak voor deze vorm van wijkverpleging ook minder en professionals voorzien meer knelpunten. Tegelijkertijd hebben ze minder behoefte aan afspraken over wijkverpleging buiten kantooruren en coronazorg en lijken ze minder gemotiveerd om samen te werken met andere aanbieders.

De omvang van de aanbieders van wijkverpleging lijkt ook van invloed te zijn op de ervaringen van de professionals, alhoewel die relaties wat minder duidelijk zijn.

Het onderzoek

Een voorgestructureerde online vragenlijst is november en december 2021 ingevuld door deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelvenv). Dit landelijke panel bestaat uit professionals werkzaam in de directe zorgverlening aan cliënten. Na twee herinneringsmails is de vragenlijst (respons 30,7%) ingevuld door 242 verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging, 52 verpleegkundigen in ziekenhuizen en 123 praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken die te maken hebben met cliënten die wijkverpleging nodig hebben.

1 Inleiding

Binnen een regio zijn vaak meerdere aanbieders voor wijkverpleging actief, zowel grote als kleine organisaties en zelfstandigen (ZZP-ers). De landelijke partijen Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), ActiZ, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Ministerie van VWS en Patiëntenfederatie Nederland hebben afgesproken dat het wenselijk is dat aanbieders van wijkverpleging gaan samenwerken in de vorm van “herkenbare en aanspreekbare” wijkverpleging. In deze inleiding gaan we in op de achtergrond van dit streven, de onderzoeksvragen en de opzet van het onderzoek.

1.1 Knelpunten in de wijkverpleging

Medio 2018 hebben bovengenoemde partijen het ‘Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022’ ondertekend. De ambitie van het hoofdlijnenakkoord is het verbeteren van de kwaliteit van zorg en bijdragen aan fysiek, tijdig en financieel toegankelijke wijkverpleging voor iedereen die zorg nodig heeft. De partijen spraken daarin onder andere af toe te werken naar de juiste zorg op de juiste plek (o.a. zorg dicht bij huis) en verbeteren van de verbinding tussen en medisch en sociaal domein. In mei 2019 stuurde Minister de Jonge de brief ‘Bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging’ naar de Tweede Kamer waarin hij aangeeft dat er extra maatregelen nodig zijn om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken. In de brief beschrijft hij zes knelpunten in de wijkverpleging (zie box), die door de tot dan toe gedane activiteiten nog onvoldoende worden aangepakt.

Box 1. Zes knelpunten in de wijkverpleging (de Jonge, 2019)

Toename van chronisch zieken en ouderen. Tegelijkertijd is de verwachting dat in de toekomst mensen eerder naar huis komen om van een medische behandeling te herstellen waardoor de vraag naar complexere zorg toeneemt.

Er is een groot en groeiend aantal aanbieders van wijkverpleging. Deze groei bestaat uit een relatief sterke toename van het aantal kleine organisaties of zelfstandige verpleegkundigen (zzp-ers).

Ouderen, de grootste doelgroep binnen de wijkverpleging, ontvangen vaak zorg uit meerdere domeinen. Zij ontvangen bijvoorbeeld ook huishoudelijke zorg uit de Wmo en huisartsenzorg, worden tijdelijk opgenomen in een ziekenhuis of een eerstelijnsverblijf. Afstemming van zorg wordt daardoor steeds belangrijker.

Er is onvoldoende keuze-informatie en inzicht in kwaliteit. In combinatie met het toenemende aantal zorgaanbieders wordt daardoor het kiezen van een zorgaanbieder voor cliënten en mantelzorgers steeds lastiger.

De hoeveelheid niet gecontracteerde zorg neemt toe. Hierdoor is het bewaken van kwaliteit en doelmatigheid van ingekochte zorg steeds lastiger.

Er zit een volume prikkel in de huidige bekostiging. De inzet van meer personeel wordt beloond.

Daarom komt er een pakket van aanvullende maatregelen, dat moet leiden tot integrale zorg verleend door herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

1.2 Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Bij herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging zouden professionals (van een of meerdere zorgaanbieders) die wijkverpleging verlenen samenwerken als één team in de regio. De term herkenbaar impliceert dat er een duidelijk aanspreekpunt voor de wijkverpleging is. Het team is voor cliënten, mantelzorgers en voor andere professionals makkelijk vindbaar. De term aanspreekbaar betekent dat er geen cliënten tussen wal en schip vallen doordat teams weigeren cliënten in zorg te nemen. De wijkverpleging denkt mee en neemt verantwoordelijkheid als een nieuwe cliënt wijkverpleging nodig heeft.

Het is de bedoeling dat de teams voor wijkverpleging samenwerken met huisartsen(posten), ziekenhuizen en het sociale domein om zo een bijdrage te leveren aan ‘de juiste zorg op de juiste plek’ (de Jonge, 2019). Het streven is immers dat voor mensen die uit het ziekenhuis ontslagen kunnen worden snel gepaste zorg thuis geregeld wordt.

In een brief aan de Tweede Kamer beschrijft de Jonge de stand van zaken wat betreft het realiseren van herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging (de Jonge, 2020). In 2020 zijn regionale samenwerkingsafspraken gemaakt over het eerstelijnsverblijf (ELV) en de wijkverpleging in avond-, nacht- en weekend-uren (ANW). In 2021 moet het werken aan ‘herkenbare en aanspreekbare’ wijkverpleging gerealiseerd worden.

Ter ondersteuning van dit proces hebben de partijen van het hoofdlijnakkoord de ‘Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging’ gepubliceerd die beschrijft wat aanbieders van wijkverpleging en zorgverzekeraars moeten doen om de samenwerking binnen de wijkverpleging tot stand te laten komen (ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuisnl, 2020). De leidraad wordt gezien als aanvulling op het hoofdlijnakkoord, waarbij vooral de organisatiegraad is uitgewerkt. De leidraad is primair gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen de aanbieders van wijkverpleging.

1.3 Doel en onderzoeksvragen

Doel van dit onderzoek is inzicht bieden in hoeverre zorgprofessionals eind 2021 vinden dat er sprake is van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in hun regio en in hoeverre zij dit wenselijk vinden. Ofwel: Merken ze de omslag naar het andere werken al op en wat vinden ze ervan?

We beantwoorden de volgende onderzoeksvragen:

1. In hoeverre *ervaren* professionals in de wijkverpleging en verwijzers naar wijkverpleging dat er in hun regio herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is? In het bijzonder: zijn er afspraken en overleggen om te komen tot herkenbare en aanspreekbare teams en welke hulpmiddelen zijn voorhanden om dit te bewerkstelligen?
Daarbij onderzoeken we ook verschillen in ervaringen tussen verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging, verpleegkundigen in ziekenhuizen, en praktijkondersteuners huisartsenzorg.
2. Hoe *wenselijk* vinden professionals in de wijkverpleging en verwijzers naar wijkverpleging het streven naar herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging? In het bijzonder: over welke onderwerpen zijn afspraken nodig?

Ook hier kijken we naar verschillen in wensen tussen verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging, verpleegkundigen in ziekenhuizen, en praktijkondersteuners huisartsenzorg.

3. In welke mate speelt de *context* waarin de professionals werken een rol bij de ervaringen en wensen? Daarbij kijken we naar (a) de regio (noord, oost, zuid, west), (b) de stedelijkheid van de regio, en (c) de omvang van de aanbieder van wijkverpleging.

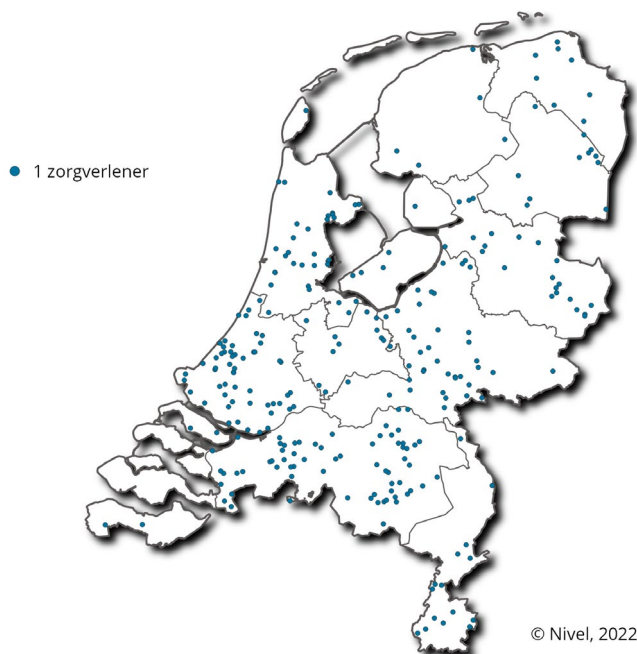
1.4 Het onderzoek

Een voorgestructureerde online vragenlijst is november en december 2021 ingevuld door deelnemers van het landelijke Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelvenv). Dit panel bestaat uit professionals werkzaam in de directe zorgverlening aan cliënten. Na twee herinneringsmails is de vragenlijst (respons 30,7%) ingevuld door:

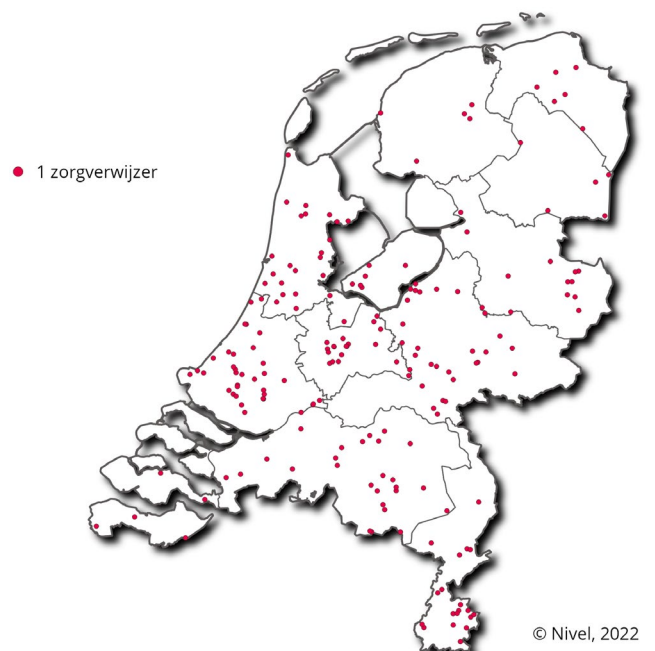
- 242 verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging;
- 52 verpleegkundigen in ziekenhuizen die te maken hebben met cliënten die wijkverpleging nodig hebben;
- 123 praktijkondersteuners (POHs) in huisartsenpraktijken die te maken hebben met cliënten die wijkverpleging nodig hebben.

De regio's waarin de professionals werken zijn verspreid over Nederland (zie figuren 1.1 en 1.2). Bijlage A beschrijft de achtergrondkenmerken van de respondenten en de aanpak van de analyses.

Figuur 1.1 Gemeenten waarin de verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging werkzaam zijn (een professional kan in meerdere gemeenten werken)



Figuur 1.2 Gemeenten waarin de cliënten van verpleegkundigen in ziekenhuizen en POHs wonen (een professional kan meerdere gemeenten noemen)



In de vragenlijst zijn de termen herkenbaar en aanspreekbaar als volgt omschreven:

- Herkenbaar wil zeggen dat per regio of wijk de aanbieders van wijkverpleging makkelijk vindbaar zijn door cliënten en verwijzende professionals.
- Aanspreekbaar wil zeggen dat er een duidelijk aanspreekpunt is voor het aanvragen van wijkverpleging en cliënten en verwijzende professionals niet bij meerdere aanbieders van wijkverpleging hoeven aan te kloppen en er geen cliënten tussen wal en schip vallen.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beantwoordt de eerste onderzoeksvraag naar de ervaringen met herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, waarbij de laatste paragraaf ingaat op de samenhangen met de context waarbinnen de wijkverpleging wordt geboden (onderzoeksvraag 3). Hoofdstuk 3 beantwoordt onderzoeksvraag 2 naar de wenselijkheid van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, waarbij ook hier de laatste paragraaf ingaat op de samenhangen met de context (onderzoeksvraag 3). In hoofdstuk 4 volgt de conclusie en discussie.

In lijn met de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging gebruiken we in dit rapport de termen 'aanbieders van wijkverpleging' en 'regio'. In de vragen in de vragenlijst zijn hiervoor de termen 'organisatie voor wijkverpleging' en 'werkgebied' gehanteerd, waardoor deze termen genoemd worden in de figuren en tabellen.

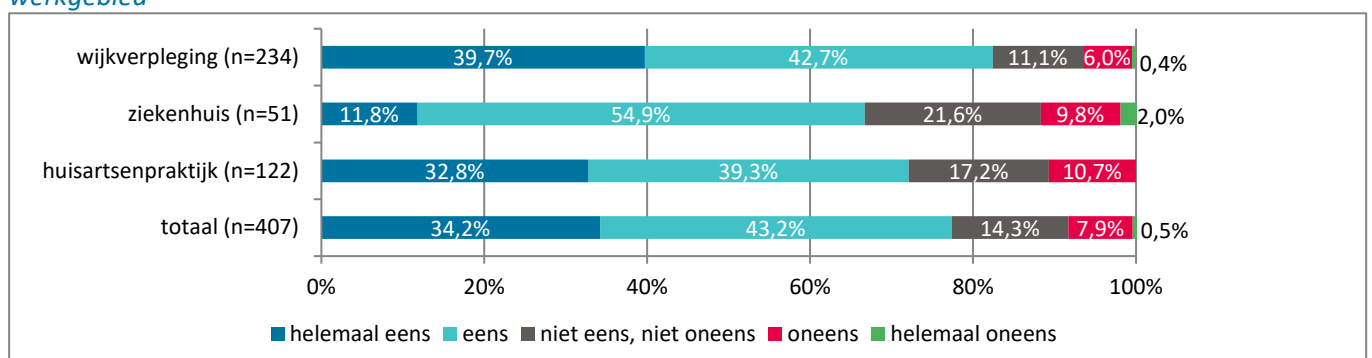
2 Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in de praktijk

In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 1: *In hoeverre ervaren professionals in de wijkverpleging en verwijzers naar wijkverpleging dat er in hun regio herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is?* Ook beantwoorden we deels onderzoeksvraag 3: *In welke mate speelt de context waarin de professionals werken een rol bij deze ervaringen?*

Eerst gaan we in op hoe herkenbaar en aanspreekbaar professionals de wijkverpleging vinden (paragraaf 2.1), wat dat betekent voor het gemak waarmee verwijzers wijkverpleging vinden voor hun cliënten (paragraaf 2.2) en de reactie van de wijkverpleging als zij een cliënt niet in zorg kunnen nemen (paragraaf 2.3). Vervolgens beschrijven we de afspraken en overleggen die er in een regio zijn rondom het inzetten van wijkverpleging (paragraaf 2.4) en de hulpmiddelen die professionals daarbij ondersteunen (paragraaf 2.5). Ten slotte besteden we in paragraaf 2.6 aandacht aan de relatie van bovengenoemde punten met regio, stedelijkheid en de omvang van de aanbieder van wijkverpleging.

2.1 Mate van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Figuur 2.1 Antwoorden op de stelling: “Er is herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in mijn werkgebied”



$F(2,386) = 5,71, p < 0,01$

Een ruime meerderheid van alle professionals (77,4%) is het (helemaal) eens met de stelling dat de wijkverpleging in hun regio herkenbaar en aanspreekbaar is (figuur 2.1). Slechts 8,4% is het er (helemaal) mee oneens. Verpleegkundigen in ziekenhuizen vinden minder vaak dat de wijkverpleging herkenbaar en aanspreekbaar is.

Enkele respondenten lichtten toe waarom zij vonden dat de wijkverpleging herkenbaar en aanspreekbaar was, zoals:

“Er is bij de grootste organisatie een centraal nummer. Goed bereikbaar en zij weten mij snel door te verbinden.” (praktijkondersteuner)

“Ja ik vind de thuiszorg heel herkenbaar en aanspreekbaar. Wat helpt is dat ze gesetteld zijn in de praktijk zelf. Daarnaast korte lijntje wat betreft communicatie.” (praktijkondersteuner)

Voorbeelden van redenen om het niet eens te zijn met de stelling zijn divers, zoals het ontbreken van een overzicht van aanbieders voor wijkverpleging of niet weten wat voor zorg ze bieden:

“Herkenbaar: zeer matig; toen de grotere organisaties in mijn werkgebied geen patiënten meer aannamen, kwam ik op internet erachter dat er 2 kleine leveranciers bijgekomen waren.”
(praktijkondersteuner)

“...er zijn te veel organisaties en het is niet altijd duidelijk wat ze bieden.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

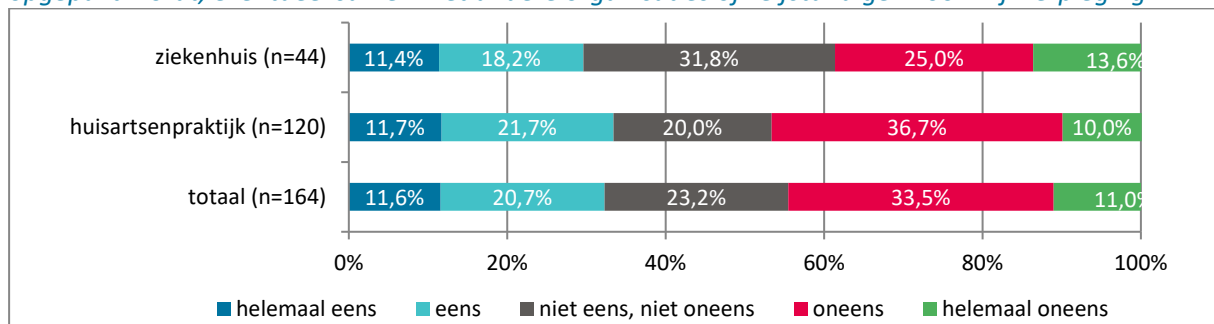
Anderen gaven aan dat ze met meerdere aanbieders contact moeten opnemen voordat zij wijkverpleging vinden.

“Ik (en anderen met mij) moet de laatste maanden bij meerdere organisaties aankloppen voor hulp van wijkverpleging.” (praktijkondersteuner)

2.2 Zoeken naar wijkverpleging door verwijzers

Eén van de doelen van het streven naar herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is dat verwijzers minder hoeven te zoeken naar een aanbieder voor wijkverpleging die de zorgvraag van hun cliënt wil aannemen.

Figuur 2.2 Antwoorden op de stelling: “Als ik een cliënt naar wijkverpleging verwijs neem ik altijd met één organisatie voor wijkverpleging contact op. Deze organisatie zorgt ervoor dat de zorgvraag opgepakt wordt, eventueel samen met andere organisaties of zelfstandigen voor wijkverpleging.”



$F(1,153)=0,06$, n.s.

Ongeveer één op de drie verpleegkundigen in ziekenhuizen en praktijkondersteuners onderschrijft de stelling dat er slechts één contact nodig is om wijkverpleging te regelen (figuur 2.2). Een groter deel (44,5%) is het (helemaal) oneens met de stelling.

In een open vraag lichtten professionals toe waarom zij het eens of oneens zijn met de stelling. Een eerste reden om het eens te zijn is dat er een *vast aanspreekpunt* is.

“Wij hebben een transferbureau en die verwijzen de patiënten.” (verpleegkundige in ziekenhuis)

“Er is een duidelijk aanspreekpunt in de regio.” (verpleegkundige in ziekenhuis)

“Het werkt goed hier, er is één duidelijk aanspreekpunt.” (praktijkondersteuner)

Een tweede reden is dat er een *samenwerkingsrelatie* is met een aanbieder voor wijkverpleging.

“Als huisartsenpraktijk verwijzen we vaak naar een bepaalde thuiszorgorganisatie.”
(praktijkondersteuner)

“Er zijn meerdere zorgaanbieders maar met één organisatie is er goed overleg en wordt er moeite gedaan om de hulpvraag te honoreren.” (praktijkondersteuner)

Drie redenen worden veelal genoemd om het oneens te zijn met de stelling. Een eerste reden is dat verwijzers zélf moeten *doorzoeken* tot er wijkverpleging gevonden is.

“Gaat via Transferpunt van het ziekenhuis, ik vind wijk- en thuiszorg aanvragen een groot, stroperig moeras met heeeel veeel bureaucratie.” (verpleegkundige in ziekenhuis)

“Als transferverpleegkundige meld ik patiënten aan bij een thuiszorgorganisatie. Als zij niet kunnen ga ik naar de volgende organisatie. Net zo lang tot ik een organisatie heb gevonden.” (verpleegkundige in ziekenhuis)

“Ik begin altijd met dezelfde organisatie te bellen, maar wegens drukte komt het tegenwoordig steeds vaker voor dat ik andere instellingen moet bellen.” (praktijkondersteuner)

“Vaak druk, moet contact op worden genomen met meerdere instellingen. Duurt soms lang voordat terug wordt gebeld 1-2 werkdagen.” (praktijkondersteuner)

“Ze hanteren geen wachtlijst, en geven aan dat ik zelf regelmatig weer zal moeten bellen om mensen aan te melden.” (praktijkondersteuner)

Een tweede reden is de *grote hoeveelheid aanbieders* in de regio, waardoor verwijzers geen overzicht hebben van het aanbod.

“In [plaatsnaam] zijn er veel organisaties die wijkzorg aanbieden. Ik heb een lijst met de organisaties en kom momenteel op ruim 20.[..] De versnippering en marktwerking in de zorg vind ik een groot probleem: de kwaliteit is niet altijd transparant, te veel aanbieders d.w.z. ook te veel hulpverleners waar we mee moeten overleggen. Sommige aanbieders mogen geen Wlz, andere zijn niet gecontracteerd, de grote organisaties willen geen laag complexe zorg aannemen (bv bij mensen met dementie), andere juist wel maar zetten lage niveau in.” (praktijkondersteuner)

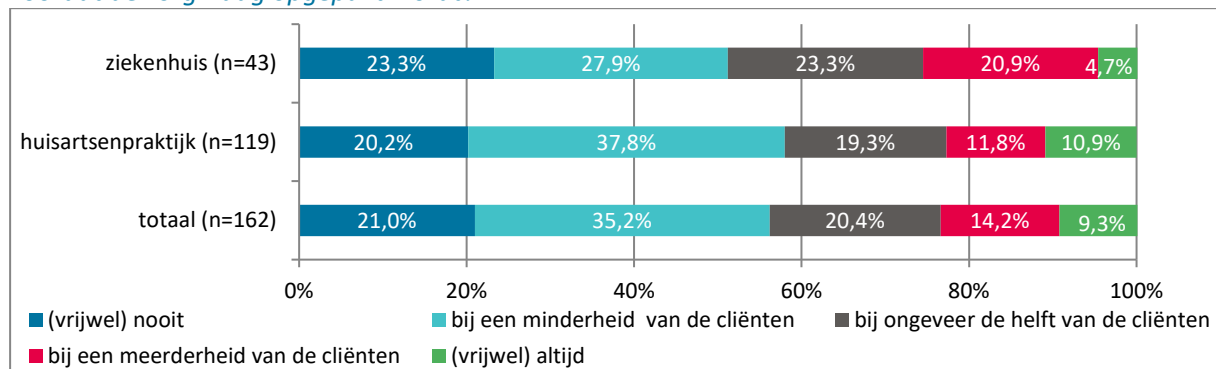
Ten derde noemen verwijzers de *voorkeur van de cliënt* die ze willen volgen, waardoor ze bijvoorbeeld niet met de voor hen bekende samenwerkingspartner(s) de zorg kunnen regelen.

“Er zijn verschillende organisaties waar we mee samenwerken. Dit wordt in overleg met de patiënt gekozen en hangt ook af of de organisatie op dat moment de zorg kan leveren.” (praktijkondersteuner)

“Ik vraag of de mensen voorkeur hebben voor een thuiszorgorganisatie. Als mensen bijvoorbeeld al huishoudelijke hulp hebben van een bepaalde organisatie willen ze vaak dezelfde organisatie waar de huishoudelijke hulp van komt. Een andere keer staan mensen al op een wachtlijst voor opname, of voor dagbesteding, dan vinden ze het vaak ook fijn om het bij één organisatie te houden.” (praktijkondersteuner)

Verwijzers gaven aan bij welk deel van hun cliënten ze met meerdere aanbieders contact moesten opnemen alvorens de zorgvraag door de wijkverpleging opgepakt werd (figuur 2.3). Bij ongeveer een vijfde volstaat één enkel contact. Echter, 43,9% geeft aan dat ze meerdere pogingen moeten doen bij de helft tot alle cliënten.

Figuur 2.3 Antwoorden op de vraag: “Hoe vaak komt het voor dat u bij het doorverwijzen van een cliënt naar de wijkverpleging met meerdere organisaties of zelfstandigen contact moet opnemen voordat de zorgvraag opgepakt wordt?”



F(1,151)=0,08, n.s.

Als het niet lukt wijkverpleging te regelen, wordt er dan een zorgverzekeraar ingeschakeld? Uit de antwoorden op deze vraag blijkt allereerst dat professionals deze situatie herkennen: slechts ongeveer 9% geeft aan dat er altijd wijkverpleging gevonden wordt (tabel 2.1). Verpleegkundigen in ziekenhuizen weten vaak niet of er dan de zorgverzekeraar ingeschakeld wordt. Ruim de helft van de praktijkondersteuners neemt nooit contact op met de zorgverzekeraar en 5,9% van de praktijkondersteuners doet dit meestal of altijd wel.

Tabel 2.1 Mate waarin de zorgverzekeraar wordt ingeschakeld als de aanbieder van wijkverpleging niet kan voldoen aan de zorgvraag van een cliënt

Als de benaderde organisatie voor wijkverpleging niet kan voldoen aan de zorgvraag van een cliënt, schakelt u dan de zorgverzekeraar in?	Ziekenhuis n=42	Huisartsen- praktijk n=118	Totaal n=160
- nooit	38,1%	52,5%	48,8%
- soms	7,1%	24,6%	20,0%
- meestal	-	1,7%	1,3%
- altijd	-	4,2%	3,1%
- komt nooit voor want wijkverpleging neemt de cliënt altijd over	9,5%	8,5%	8,8%
- weet ik niet	45,2%	8,5%	18,1%

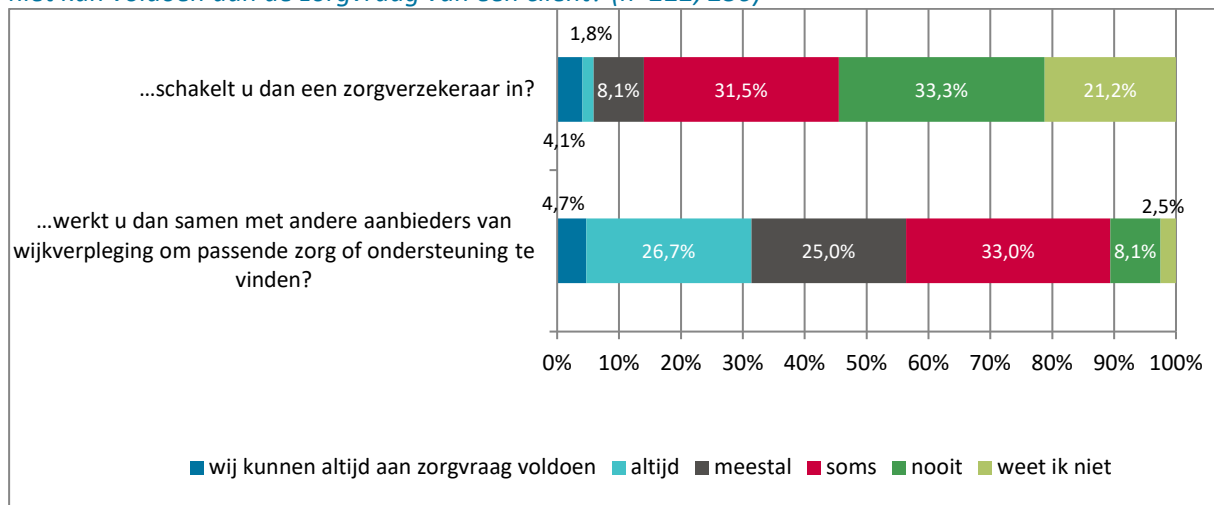
Chi-kwadraat(5)=31,66, p<0,001

2.3 Zorg voor wijkverpleging door de wijkverpleging

Ook de verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging gaven aan wat er gebeurt als zij een cliënt niet in zorg kunnen nemen. Figuur 2.4 laat zien dat ook zij deze situatie herkennen: slechts 4 tot 5% van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan dat deze situatie nooit voorkomt omdat ze altijd aan de zorgvraag kunnen voldoen.

Bij 9,9% van de professionals wordt meestal of altijd de zorgverzekeraar ingeschakeld. Een aanzienlijk deel (21,2%) weet het niet. Vaker wordt samengewerkt met andere aanbieders van wijkverpleging om de benodigde wijkverpleging te vinden: 51,7% doet dit meestal of altijd als zij zelf niet aan de zorgvraag kunnen voldoen.

Figuur 2.4 Mate waarin de professional naar oplossingen zoekt als de aanbieder van wijkverpleging niet kan voldoen aan de zorgvraag van een cliënt? (n=222, 236)



2.4 Afspraken en overleg in de regio

In de 'Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' staat dat professionals daar in hun regio afspraken over moeten maken. In de vragenlijst zijn daar drie vragen over gesteld, zie tabel 2.2. Een meerderheid van alle professionals (60,6%) geeft aan dat wijkverpleging en huisartsen of praktijkondersteuners regelmatig overleggen over potentiële zorgvragen van nieuwe cliënten. Verpleegkundigen in ziekenhuizen zijn hier veelal niet van op de hoogte. Een minderheid van 43,8% geeft aan dat er in de regio afspraken zijn tussen aanbieders van wijkverpleging over de bereikbaarheid buiten kantooruren. Praktijkondersteuners en verpleegkundigen in ziekenhuizen zijn hier veelal niet van op de hoogte, terwijl de meerderheid van de professionals uit de wijkverpleging hier wel van op de hoogte is. Minder vaak zijn de professionals op de hoogte van het bestaan van afspraken tussen aanbieders voor wijkverpleging over het regelen van zorg in het algemeen.

Tabel 2.2 Aanwezigheid van afspraken en overleg

Zijn/is er in uw werkgebied ...	Ja	Nee	Weet ik niet
- regelmatig overleg tussen verpleegkundigen van de wijkverpleging en huisartsen/praktijkondersteuners over potentiële zorgvragen van nieuwe cliënten? (n=381) ¹			
- wijkverpleging	65,0%	22,0%	13,0%
- ziekenhuis	16,3%	4,7%	79,1%
- huisartsenpraktijk	68,7%	26,1%	5,2%
- totaal	60,6%	21,3%	18,1%
- afspraken tussen organisaties voor wijkverpleging over de bereikbaarheid van de wijkverpleging voor huisartsenposten en spoedeisende hulp in de avonden, nachten en weekenden? (n=356) ²			
- wijkverpleging	53,3%	25,5%	21,2%
- ziekenhuis	31,6%	10,5%	57,9%
- huisartsenpraktijk	29,2%	8,5%	62,3%
- totaal	43,8%	18,8%	37,36%
- afspraken tussen organisaties voor wijkverpleging over het regelen van passende zorg voor nieuwe cliënten? (n=388) ³			
- wijkverpleging	37,2%	29,6%	33,2%
- ziekenhuis	29,5%	9,1%	61,4%
- huisartsenpraktijk	28,0%	17,0%	55,1%
- totaal	33,5%	23,5%	43,0%

¹ Chi-kwadraat (4)=124,78, p<0,001; ² Chi-kwadraat (4)=59,83, p<0,001; ³ Chi-kwadraat (4)=24,39, p<0,001

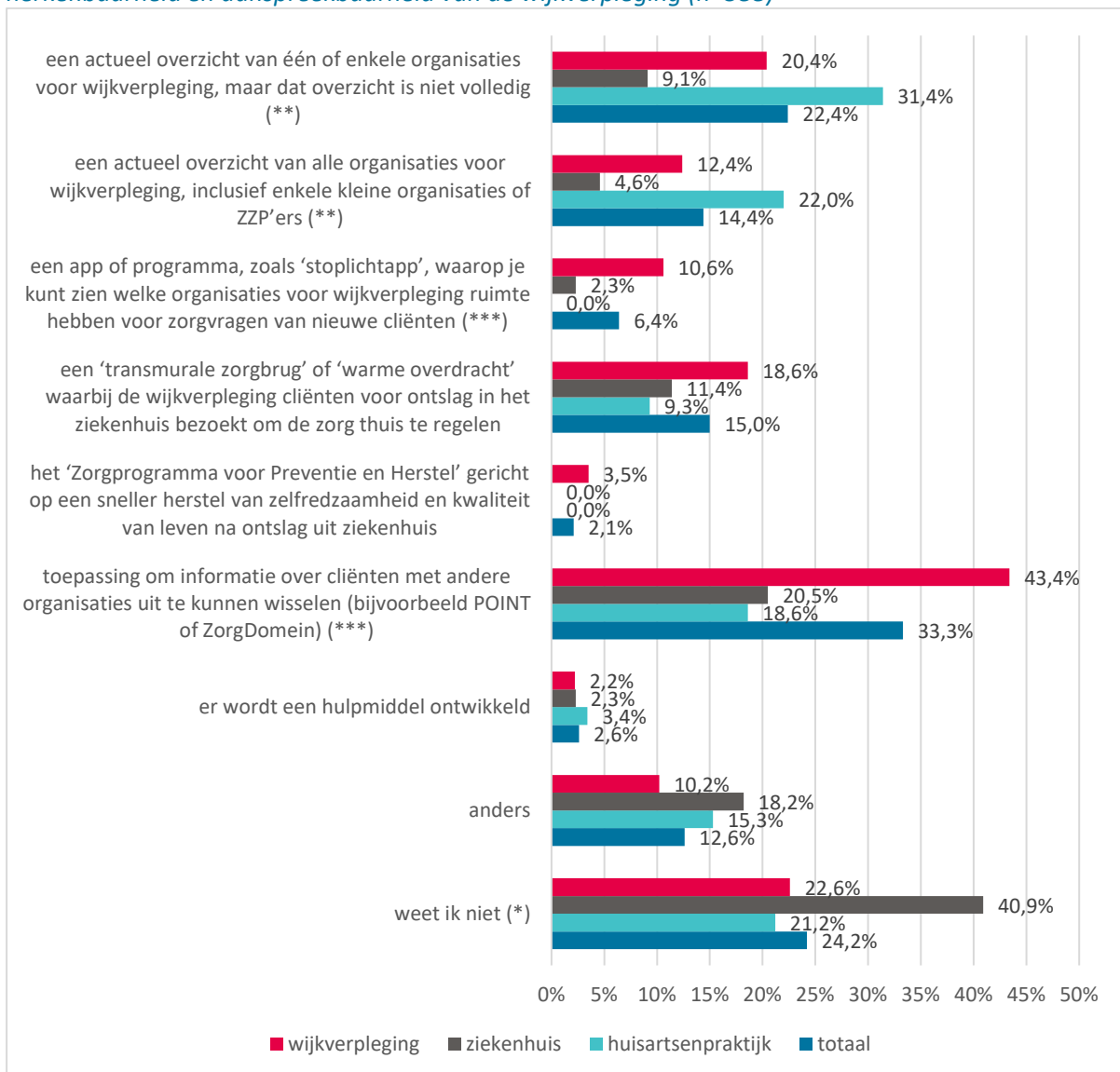
2.5 Hulpmiddelen

De leidraad stelt dat aanbieders voor wijkverpleging, cliënten en verwijzers een up-to-date inzicht moeten hebben in waar ze met hun vraag voor wijkverpleging terecht kunnen. Naast een overzicht van aanbieders zijn er ook andere hulpmiddelen voor realisatie van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, zoals apps of zorgprogramma's.

Figuur 2.5 laat zien dat 40,9% van de verpleegkundigen in ziekenhuizen niet weet welke hulpmiddelen er in hun regio beschikbaar zijn. Dus als er al hulpmiddelen zijn, dan bereiken ze niet altijd de verpleegkundigen in ziekenhuizen.

De professionals noemen het vaakst als hulpmiddel een toepassing om informatie over cliënten met andere zorgorganisaties uit te wisselen. Deze toepassing wordt vaker door de verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging genoemd dan door professionals in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken. Degenen die 'anders' invullen geven daarbij aan dat zij gebruik maken van een andere toepassing, zoals Siilo of Zorgwissel.

Figuur 2.5 In de regio van de professional beschikbare hulpmiddelen ter verbetering van de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de wijkverpleging (n=388)



Verschillen tussen de professionals zijn getoetst met een chi-kwadraattoets. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Figuur 2.5 laat ook zien dat 14,4% van de professionals een overzicht heeft van alle aanbieders voor wijkverpleging en 22,4% van een deel van de aanbieders in hun regio. De verpleegkundigen in ziekenhuizen hebben het minst vaak een overzicht en de praktijkondersteuners het vaakst. Een dergelijk overzicht bestaat veelal uit de contactgegevens van de aanbieder van wijkverpleging, soms aangevuld met de specialisatie van zorg (tabel 2.3). Informatie over welke aanbieders ruimte hebben voor nieuwe cliënten bevatten de overzichten minder vaak (12,4% van de overzichten).

Tabel 2.3 Beschikbare informatie in het overzicht van aanbieders van wijkverpleging (n=137)

	%
- namen en contactgegevens van de contactpersonen van organisatie(s)	88,3%
- welke organisatie van wijkverpleging plek heeft voor een (nieuwe) cliënt, of waar juist geen plek is	12,4%
- in welke zorg de wijkverplegingsorganisaties gespecialiseerd zijn (denk bijvoorbeeld aan palliatieve zorg, dementie zorg of verpleegtechnische zorg)	27,0%
- welke organisaties in de regio samenwerken met andere organisaties voor wijkverpleging	13,9%
- op welke punten de wijkverplegingsorganisaties in de regio samenwerken	6,6%

Uit figuur 2.3 blijkt dat er relatief weinig samenwerkingsinitiatieven zijn om de overgang van ziekenhuis naar huis soepeler te laten verlopen, zoals een transmurale zorgbrug, warme overdracht of afspraken om het herstel na ziekenhuisbehandeling te versnellen. Bij de anders-categorie worden in dit verband nog enkele doelgroep specifieke initiatieven genoemd in de vorm van zorgpaden. Ten slotte noemen enkele professionals bij de 'anders' dat zij werken met een bemiddelingsbureau voor wijkverpleging.

Tabel 2.4 Antwoorden op de vraag: Vindt u dit hulpmiddel behulpzaam bij het regelen van wijkverpleging voor een cliënt?

	n ¹	% ja
- actueel overzicht van één of enkele organisaties voor wijkverpleging, maar dat overzicht is niet volledig	79	74,7%
- actueel overzicht van alle organisaties voor wijkverpleging, inclusief enkele kleine organisaties of ZZP'ers	55	83,6%
- app of programma, zoals 'stoplichtapp', waarop je kunt zien welke organisaties voor wijkverpleging ruimte hebben voor zorgvragen van nieuwe cliënten	25	80,0%
- 'transmurale zorgbrug' of 'warme overdracht' waarbij de wijkverpleging cliënten voor ontslag in het ziekenhuis bezoekt om de zorg thuis te regelen	57	93,0%
- 'Zorgprogramma voor Preventie en Herstel' gericht op een sneller herstel van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven na ontslag uit ziekenhuis	8	87,5%
- toepassing om informatie over cliënten met andere organisaties uit te kunnen wisselen (bijvoorbeeld POINT of ZorgDomein)	127	88,2%

¹Aantal respondenten dat beschikt over betreffend hulpmiddel en de vraag naar of het behulpzaam beantwoordde.
Antwoordcategorieën: ja, nee.

Voor elk beschikbaar hulpmiddel gaven de professionals aan of ze het behulpzaam vonden. Alle genoemde hulpmiddelen worden breed gewaardeerd, waarbij de transmurale zorgbrug en warme overdracht het meest gewaardeerd werden (tabel 2.4).

Een overzicht van aanbieders van wijkverpleging waarderen de professionals omdat het zoeken naar wijkverpleging efficiënter gaat en/of cliënten doorverwezen kunnen worden. Of, zoals een praktijkondersteuner opmerkt:

"Het is wel handig het juist wijkteam in te zetten bij speciale zorg en efficiënt."

Ook geven professionals aan dat het zorgt voor meer overleg en samenwerking tussen professionals van verschillende aanbieders van wijkverpleging:

"Als je direct met een collega persoonlijk kan overleggen leidt het sneller (eigenlijk in alle gevallen) tot een makkelijke oplossing." (verpleegkundige in wijkverpleging)

Redenen om een overzicht niet behulpzaam te vinden zijn dat het niet up-to-date gehouden wordt, namen en contactgegevens ontbreken, en informatie over of er ruimte is voor nieuwe cliënten ontbreekt.

“Ik zou graag de namen en telefoonnummers van de wijkverpleegkundige willen hebben zodat we rechtstreeks kunnen overleggen.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“Het moet bijgehouden worden en we kunnen niet gelijk zien of ze plek hebben. Het plan om een thuiszorgorganisatie c.q. aanmeldportaal verantwoordelijk te maken voor het uitzetten van de vraag is nooit van de grond gekomen.” (praktijkondersteuner)

Ook bij een app of programma dat de beschikbaarheid van aanbieders van wijkverpleging laat zien, wordt de efficiëntie waarmee de zorg geregeld kan worden gewaardeerd.

“In deze app kunnen alle betrokken organisaties reageren op nieuwe zorgvragen. Indien meerdere reageren, ligt de keuze bij de cliënt zelf.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Nadeel van een dergelijke applicatie is dat het ten koste kan gaan van overleg en flexibiliteit.

“Contact zoeken met elkaar, geeft vaak meer mogelijkheden.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Alleen met code oranje is er overleg, ik zou altijd willen overleggen over de mogelijkheden.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Bijna alle professionals zijn positief over een ‘transmurale zorgbrug’ of ‘warme overdracht’ waarbij de wijkverpleging een cliënt voor ontslag in het ziekenhuis bezoekt om de zorg thuis te regelen. Het draagt bij tot continuïteit van zorg die beter is afgestemd op de zorgbehoeften van een cliënt.

“Cliënt komt vaak thuis na opname op een moment dat intake niet mogelijk is. Door de intake al in het ziekenhuis te doen voorkom je dat de intake pas dagen na in zorg komen bij wijkverpleging plaats vindt. Ook is afstemming beter mogelijk als cliënt nog in het ziekenhuis verblijft. Denk aan meegeven van materialen, bestellen van medicatie enz. kortdurend.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“Zorgvraag wordt vaak anders ingeschat door het ziekenhuis dan door wijkverpleging. Meer communicatie kan samenwerking bevorderen.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“De cliënt weet wat hij voor zorg thuis kan verwachten, en weet wie hij kan bereiken voor zorg. Voor ons als team weten we wat voor een cliënt er in zorg komt zodat we die al goed kunnen inplannen.” (verzorgende in wijkverpleging)

Ook voorkomt het dat verwijzers lang moeten zoeken naar een aanbieder van wijkverpleging die kan voldoen aan de zorgvraag.

“Zeker, het loopt nog niet helemaal goed, maar als het goed in gang wordt gezet scheelt het een hoop regelwerk voor de huisartsenpraktijk.” (praktijkondersteuner)

Warme overdracht vindt ook telefonisch plaats, en dit wordt minder behulpzaam gevonden.

“Ja, maar de meerwaarde is gering. Warme overdracht is veelal telefonisch. Het zou beter zijn als het aan ziekenhuisbed zou kunnen van de cliënt.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Als beperking wordt opgemerkt dat het niet bij alle cliënten nodig is en dat het succes mede afhangt van of het ziekenhuis de wijkverpleging tijdig informeert.

“Afhankelijk van casus. Effectief bij hoog complexe zorg. Bij laag-midden complex niet voldoende efficiënt t.a.v. de tijd die deze soort overdracht kost.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“Ik heb alleen nog maar ervaringen met de Transmurale ZorgBrug gehad die niet volgens protocol verliepen... gepland ontslag staat echt wel eerder vast maar de thuiszorg wordt altijd als laatste erbij betrokken als de tas al gepakt is.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Er zijn weinig professionals die ervaring hebben met het ‘Zorgprogramma voor Preventie en Herstel’. De meesten vinden het een manier om de zelfredzaamheid van de cliënt te versterken.

“Kijk wat de cliënt nog wel kan of waarin je de cliënt zou kunnen stimuleren. Dat betekent uiteindelijk weer zelfstandigheid voor een cliënt. Je merkt zelf als een cliënt het niet kan en je de zorg moet overnemen.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

De verpleegkundige in de wijkverpleging die het niet behulpzaam vindt geeft aan dat er geen tijd meer is voor preventie.

Een relatief veel gebruikt en als behulpzaam ervaren hulpmiddel is een *toepassing om informatie over cliënten met andere zorgorganisaties uit te kunnen wisselen* (bijvoorbeeld POINT of ZorgDomein).

Een aantal voordelen wordt genoemd. Meest genoemd is de snelle manier van informatie uitwisselen waardoor zorg snel geregeld wordt.

“Scheelt een heleboel gebel of er plek is.” (verpleegkundige in ziekenhuis)

“Versnelt de inzet van de wijkverpleging.” (praktijkondersteuner)

Een tweede vaak genoemd voordeel is de kwaliteit van de informatie die via de toepassing uitgewisseld wordt. Opgemerkt wordt dat voor de wijkverpleging zichtbaar is wat de zorgvraag is vanuit het ziekenhuis of de huisartsenpraktijk, zodat de wijkverpleging kan kijken of ze daaraan kunnen voldoen.

“Als een cliënt vanuit het ziekenhuis ontslagen wordt krijgen wij een point. Het is handig en overzichtelijk, omdat er alle informatie die nodig is vermeld staat en kan je kan binnen de point onderling nog overleggen en vragen stellen voor verduidelijking.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“Overdracht is duidelijk. Cliënt hoeft niet telkens zijn verhaal opnieuw te doen omdat wij al goed ingelicht zijn. Daarnaast vind ik het ook prettig dat ik goed voorbereid bij een intakegesprek ben.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Ook waarden gebruikers dat informatie op een veilige manier uitgewisseld wordt.

“Veilige manier van communiceren.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Ten slotte merkt de wijkverpleging een aantal keer op dat het de registratielast vermindert.

“Onze afdeling Zorgadvies kan ervoor zorgen dat benodigde informatie al in het elektronisch dossier is opgenomen. Dit zorgt voor minder administratielast bij de wijkverpleegkundige.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“Als er plaats is bij onze organisatie dan ga je met de zorgvrager aan de gang. Is er geen plaats pakt een andere organisatie dit op. Dit scheelt weer in de administratie en heen en weer bellen.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Of bovengenoemde voordelen optreden hangt mede af van de manier waarop de toepassing gebruikt wordt. Bijvoorbeeld hoe snel de wijkverpleging reageert op een zorgvraag die via de toepassing wordt uitgezet, het aantal aanbieders van wijkverpleging dat meedoet, en de volledigheid van de informatie die de verwijzer in de toepassing zet.

“Overdrachten zijn vaak niet compleet of worden later gewijzigd en aangevuld. Komen dan automatisch in het dossier zonder dat de wijkverpleegkundige het heeft gezien (Point).” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“Soms zou een warme overdracht wel een aanvulling zijn. Er wordt regelmatig niet de passende hulp aangevraagd: te veel of te weinig.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“Ik wil graag mondeling kunnen toelichten wat de situatie is van de patiënt.” (praktijkondersteuner)

“Bij een aanvraag via zorgdomein wordt soms na twee dagen pas gereageerd en dan kan de zorg soms niet ingezet worden. Als je de wijkverpleegkundige of de instelling zelf belt hoor je gelijk of de zorgvraag opgepakt kan worden.” (praktijkondersteuner)

2.6 Context en herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Uit de (multivariate analyses) blijkt dat context ertoe doet. Hieronder beschrijven we waar de context wel of geen verschillen geeft.

Regio

Regio speelt geen rol bij de mate waarin herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is gerealiseerd. Er zijn wel regionale verschillen in de beschikbaarheid van hulpmiddelen gevonden.

Warme overdracht of een transmurale zorgbrug is er vooral in Noord- (24,3%) en Zuid- (23,7%) Nederland en minder in het West- (11,3%) en Oost- (9,4%) Nederland. Een toepassing voor informatieoverdracht (zoals POINT of ZorgDomein) wordt vooral gebruikt in West- (41,1%) en Oost- (34,4%) Nederland, en minder in Noord- (21,6%) en Zuid- (20,6%) Nederland.

Een app voor de beschikbaarheid van de wijkverpleging (zoals stoplichtapp) wordt vooral in Zuid-Nederland gebruikt (18,6%) en minder in de andere regio's (Noord: 0%, Oost 4,2%, West 2,0%).

Stedelijkheid van de regio

Stedelijkheid van de regio beïnvloedt het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Over het algemeen geldt: hoe meer stedelijk het gebied, hoe lastiger het is. Zo laat tabel 2.5 zien dat naarmate de stedelijkheid afneemt een groter percentage van de professionals vindt dat er sprake is van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

Tabel 2.5 Helemaal eens met de stelling: “Er is herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in mijn werkgebied”, uitgesplitst naar stedelijkheid

	%
- zeer sterk stedelijk (n=85)	24,7%
- sterk stedelijk (n=148)	30,4%
- matig stedelijk (n=60)	36,7%
- niet of weinig stedelijk (n=102)	47,1%

F(3,386)=3,31, 0<0,05

Ook blijkt dat naarmate de stedelijkheid vermindert, er vaker regelmatig overleg is tussen de wijkverpleging en praktijkondersteuners over potentiële zorgvragen van nieuwe cliënten en er vaker afspraken zijn over zorg buiten kantoortijden (tabel 2.6). Daarbij moet opgemerkt worden dat bij de zorg buiten kantoortijden deze relatie niet zichtbaar is bij matig en sterk verstedelijkte gebieden die weliswaar een tussenpositie innemen maar niet in de verwachte volgorde.

Ten slotte blijkt dat professionals werkzaam in zeer sterk verstedelijkte én in niet of weinig verstedelijkte gebieden minder vaak (respectievelijk 26,3% en 30,7%) een actueel, al dan niet volledig, overzicht van aanbieders van wijkverpleging hebben dan professionals in sterk stedelijke (39,6%) en matig stedelijke (50,9%) gebieden.

Tabel 2.6 Aanwezigheid van afspraken en overleg naar stedelijkheid van de regio

Zijn/is er in uw werkgebied ...	Ja	Nee	Weet ik niet
- regelmatig overleg tussen verpleegkundigen van de wijkverpleging en huisartsen/praktijkondersteuners over potentiële zorgvragen van nieuwe cliënten? (n=368) ¹			
- zeer sterk stedelijk	47,3%	23,0%	29,7%
- sterk stedelijk	54,7%	24,8%	20,4%
- matig stedelijk	64,9%	17,5%	17,5%
- niet of weinig stedelijk	76,0%	16,0%	8,0%
- afspraken tussen organisaties voor wijkverpleging over de bereikbaarheid van de wijkverpleging voor huisartsenposten en spoedeisende hulp in de avonden, nachten en weekenden? (n=343) ²			
- zeer sterk stedelijk	27,1%	17,1%	55,7%
- sterk stedelijk	46,9%	18,0%	35,2%
- matig stedelijk	33,3%	20,8%	45,8%
- niet of weinig stedelijk	56,7%	19,6%	23,7%

¹ Chi-kwadraat (6)=20,96, p<0,01; ² Chi-kwadraat (6)=22,05, p<0,01

Omvang van de aanbieder van wijkverpleging

Verpleegkundigen en verzorgenden die werken in grote en middelgrote aanbieders van wijkverpleging vinden vaker dat er herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is (namelijk 46,6% en 40,5% helemaal eens) dan degenen in de kleine aanbieders (23,9% helemaal eens).

Een app voor de beschikbaarheid van wijkverpleging wordt vooral gebruikt in grote aanbieders (13,3%) en kleine aanbieders (14,3) en niet in middelgrote aanbieders (0,0%).

Een transmurale zorgbrug en warme overdracht is vaker gerealiseerd in grote aanbieders (25,0%) en minder in middelgrote (11,6%) en kleine aanbieders (8,2%).

3 Wenselijkheid van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 2: *Hoe wenselijk vinden professionals in de wijkverpleging en verwijzers naar wijkverpleging het streven naar herkenbare en aanspreekbare teams?* Ook beantwoorden we deels onderzoeksvraag 3: *In welke mate speelt de context waarin de professionals werken een rol bij de wensen?*

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van hoe de verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging aankijken tegen samenwerking met andere aanbieders in het kader van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Paragraaf 3.1 beschrijft de waargenomen voordelen van deze samenwerking, waarna we in paragraaf 3.2 ingaan op de voorziene knelpunten.

Paragraaf 3.3 beschrijft vervolgens hoe professionals uit de wijkverpleging, ziekenhuizen en huisartsenpraktijken kijken naar de rol van de wijkverpleging bij het regelen van wijkverpleging voor cliënten. Daarbij gaan we uitgebreid in op de overwegingen die professionals hebben bij een bepaalde rol.

Vervolgens beschrijft paragraaf 3.4 op welke thema's de professionals willen samenwerken en met wie. Ten slotte besteden we in paragraaf 3.5 aandacht aan de relatie van bovengenoemde punten met regio, stedelijkheid en de omvang van de aanbieder van wijkverpleging.

3.1 Door wijkverpleging voorziene voordelen

Bijna alle verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging vinden dat samenwerken met andere aanbieders van wijkverpleging voordelen heeft, alhoewel een derde zegt dat die voordelen klein zijn (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Mate waarin professionals in de wijkverpleging voordelen zien bij het samenwerken met andere aanbieders om herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging te realiseren (% , n=216)

Ervaren mate van voordelen	
- veel voordelen	59,3%
- wel voordelen, maar niet heel veel	34,7%
- geen voordelen	6,0%

Voordelen voor cliënten zijn dat er sneller en passender zorg kan worden ingezet die van betere kwaliteit is (tabel 3.2). Ook de professionals zelf ervaren voordelen doordat ze van elkaar kunnen leren en naar elkaar kunnen doorverwijzen.

Tabel 3.2 Door professionals in de wijkverpleging ervaren voordelen van samenwerken met andere aanbieders van wijkverpleging (%)(n=217)

- cliënten krijgen vaker passende zorg vanuit een organisatie met de benodigde expertise	69,6%
- als professionals kunnen we meer leren van elkaar	63,6%
- de zorg voor cliënten kan sneller opstarten	63,1%
- makkelijker doorverwijzen naar een andere organisaties voor wijkverpleging	58,9%
- de kwaliteit van zorg verbetert	53,0%
- minder reistijd naar cliënten	33,6%
- minder registratie werkzaamheden	12,9%
- meer werkplezier	12,4%
- anders ¹	6,9%

¹ Voorbeelden van antwoorden: "Uitwisseling van personeel bij personeelstekort", "Gezamenlijke verantwoordelijkheid in de ANW uren", "Er is een hoge werkdruk door overvolle routes in de wijk waardoor cliënten soms geen zorg kunnen krijgen. Meer samenwerking kan dit leed misschien verzachten", "Ik denk als je gewoon 1 organisatie in [plaatsnaam] maakt en wijkgericht werkt scheelt dit in reistijd, geleur door huisartsen i.p.v. de versnippering die er nu is".

3.2 Door wijkverpleging voorziene knelpunten

De verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging zien ook knelpunten bij de samenwerking met andere aanbieders van wijkverpleging (tabel 3.3), maar in mindere mate dan de voorziene voordelen.

Tabel 3.3 Mate waarin professionals in de wijkverpleging knelpunten zien bij het samenwerken met andere aanbieders van wijkverpleging (% , n=214)

Ervaren mate van knelpunten	
- veel knelpunten	31,3%
- wel knelpunten, maar niet heel veel	58,9%
- geen knelpunten	9,8%

Het knelpunt dat het vaakst genoemd wordt is het ontbreken van een gezamenlijk elektronisch cliëntendossier (tabel 3.4). Ook een verschil in organisatiecultuur en een verschil in visie op zorg noemt een meerderheid als knelpunt.

Tabel 3.4 Door professionals in de wijkverpleging ervaren knelpunten van samenwerken met andere aanbieders van wijkverpleging (%)(n=217)

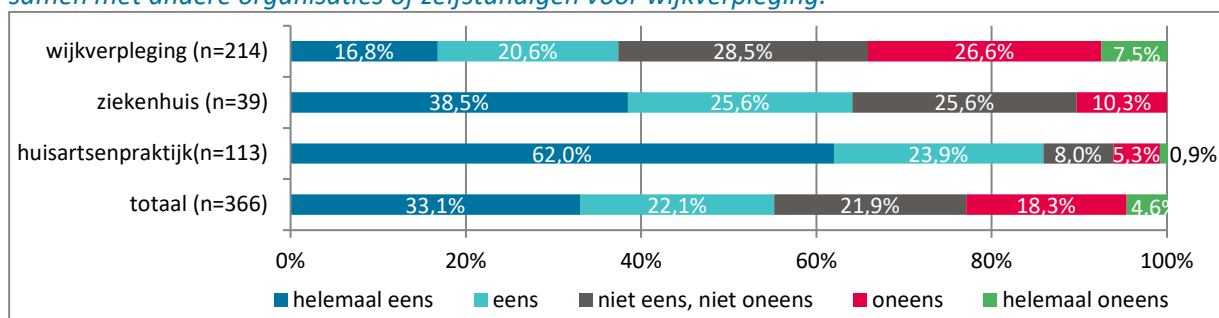
- het ontbreken van een gezamenlijk elektronisch cliëntendossier	66,4%
- een andere visie / manier van werken	60,8%
- verschillende organisatieculturen tussen wijkverplegingsorganisaties	60,8%
- omgaan met tegenstrijdige belangen	47,5%
- cliënt heeft minder keuzevrijheid in welke organisatie de wijkverpleging verleent	41,9%
- financiering en declaratie van de geboden zorg	41,9%
- werken volgens de regels van de privacywetgeving (AVG, Algemene Verordening Gegevensbescherming)	38,3%
- bereikbaarheid van collega's wanneer contact gezocht wordt	32,3%
- meer registratie werkzaamheden	26,3%
- onderling vertrouwen	25,8%
- kennis over wie wanneer bereikt kan worden	24,0%
- anders ¹	2,8%

¹ Voorbeelden van antwoorden: "Welke organisatie beschermt de verpleegkundige bij fouten. Organisaties gaan naar elkaar wijzen. Meer fouten doordat je de werkwijze niet kent", "Mogelijke meegesleurd worden bij fraude van malafide organisatie", "Onnodige managementlagen in het leven roepen, meer administratieve tijd, scheven gezichten (wij hebben toen die en die overgenomen, dus nu moeten jullie die en die overnemen)", "Afspraken over welke organisatie verantwoordelijk is en wie houdt het overzicht".

3.3 Gewenste rol van de wijkverpleging

Allereerst vroegen we de professionals uit wijkverpleging, ziekenhuizen en huisartsenpraktijken of het wenselijk is dat een zorgvraag aangemeld wordt bij één aanbieder van wijkverpleging. Deze aanbieder zou er dan voor moeten zorgen dat de zorgvraag, eventueel met andere aanbieders, opgepakt wordt. Een ruime helft van de totale groep (55,2%) vindt dat het zo moet gaan (figuur 3.1), maar verschillen tussen de groepen zijn groot: praktijkondersteuners onderschrijven in meerderheid de stelling, terwijl een derde van de verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging het (helemaal) oneens is met de stelling. Vooral binnen de wijkverpleging is verschil van mening.

Figuur 3.1 Mate waarin de volgende stelling onderschreven wordt: "Bij het verwijzen van een cliënt naar wijkverpleging zou de verwijzer met één organisatie voor wijkverpleging contact op hoeven te nemen. Deze organisatie moet er dan voor zorgen dat de zorgvraag opgepakt wordt, eventueel samen met andere organisaties of zelfstandigen voor wijkverpleging."



$F(2,346)=58,97, p<0,001$

De verschillen zijn ook zichtbaar in de variatie aan argumenten die de professionals geven om voor of tegen de stelling te zijn. De toelichtingen van respondenten geven zicht op wat belangrijke argumenten zijn voor de professionals. De argumenten hebben veelal betrekking op (1) het belang van de cliënt is, (2) de effectiviteit van één centraal aanmeldpunt bij het regelen van wijkverpleging, (3) wie verantwoordelijk is voor het regelen van wijkverpleging, en (4) de concurrentie tussen aanbieders van wijkverpleging. Hieronder lichten we deze vier clusters van argumenten toe.

In het *belang van de cliënt* zijn er voor- én tegenstanders van een centraal aanmeldpunt voor wijkverpleging. Voorstanders wijzen erop dat het duidelijkheid schept voor cliënten en zij snel geholpen zijn.

*“Ik vind niet dat patiënten bij diverse instanties aan moeten kloppen om zorg te krijgen.”
(praktijkondersteuner)*

Vaker echter, wijzen tegenstanders erop dat de keuzevrijheid van de cliënt wordt belemmerd met een centraal aanmeldpunt.

*“Patiënten zijn vaak zelf al aangesloten bij een organisatie met vaak een eigen identiteit. Patiënten mogen zelf bepalen waar zij zich goed bij voelen. De één bij een grotere organisatie, een ander bij een kleine. Dan nog verschillende geloofsovertuigingen. Er zijn grote verschillen!”
(praktijkondersteuner)*

Een tweede cluster van argumenten betreft de verwachting of een centraal meldpunt *effectief* is voor het regelen van wijkverpleging omdat het bijdraagt aan ontlasting van professionals of snellere inzet van wijkverpleging. Voorstanders van een centraal meldpunt geven veelvuldig aan dat het de verwijzers kan ontlasten. Vooral de huisartsenpraktijk wordt genoemd, omdat in het ziekenhuis de verwijzing vaak al centraal is geregeld via de transferverpleegkundige of het transferbureau.

“Nu wordt er door assistenten van huisartsen en transferverpleegkundigen enorm veel tijd besteed/verspild aan het leuren met patiënten die thuiszorg nodig hebben. Ik zie geregeld dat op een POINT aanvraag al 14 organisaties zijn benaderd of de cliënt bij die organisatie zorg kan krijgen en dus worden er ook heel veel zorgvragen afgewezen.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Tegenstanders geven aan dat een centraal meldpunt niets toevoegt aan de huidige situatie omdat het goed genoeg loopt.

“Vanuit het ziekenhuis is er altijd al één partij. Het transferpunt. Dit is het punt waar ze alle gecontracteerde kennen en een zorgvraag uitzetten. Huisartsen weten prima de weg te vinden naar de verschillende zorgaanbieders in mijn werkgebied.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Ook wordt opgemerkt dat een aanmeldpunt geen oplossing is, maar een verplaatsing van het probleem. Daarbij wordt gewezen op het risico op bureaucratisering door er een nieuwe tussenlaag in te voegen.

“Dat zou ideaal zijn maar ik voorzie een stroperige, ambtelijke organisatie die zorg aanvragen alleen maar ingewikkelder maakt.” (praktijkondersteuner)

“Ik denk dat het een verschuiven van een probleem is. Of nu contact opgenomen wordt vanuit het ziekenhuis met eventueel meerdere organisaties, logischerwijs in eerste instantie de dichtstbijzijnde aanbieder, of dat de zorgaanbieder contacten legt met andere organisaties..... kip of het ei. Het kost allemaal tijd, wie er ook moet organiseren.” (verpleegkundige in ziekenhuis)

Ten derde verschillen voor- en tegenstanders in *wie verantwoordelijk is voor het regelen* van de wijkverpleging. Over het algemeen vinden professionals dat die verantwoordelijkheid niet bij de wijkverpleging hoort te liggen, bijvoorbeeld omdat zij er geen tijd voor hebben of omdat dit niet gefinancierd wordt.

“Hierbij loop je tegen de financiële muur op. Als het in een organisatie blijft is het geen probleem. Maar als het meerdere organisaties betreft is het altijd lastig wie wat kan declareren. Mogelijkheid van samenwerken is dus ook afhankelijk van de verzekeraars.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Anderen vinden dat de verantwoordelijkheid om wijkverpleging te regelen bij de verwijzer ligt.

“Het is goed dat de verwijzer met een organisatie contact opneemt, maar mijns inziens is het niet de verantwoordelijkheid van die organisatie om vervolgens weer op zoek te gaan naar een andere organisatie. Mijns inziens is dit een verantwoordelijkheid die bij de verwijzer ligt.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Een enkeling noemt het sociaal wijkteam, de zorgverzekeraar of cliënt verantwoordelijk voor het vinden van wijkverpleging.

“Het is binnen onze wijk niet haalbaar. Omdat er verschillende thuiszorg organisaties werken. Iedere organisatie heeft zijn eigen werkwijze. Dit is lastig om de aanvraag bij een wijkverpleegkundige neer te leggen en die dan gaat zoeken waar de cliënt heen moet. Dit is meer een vraag naar een sociale wijkteam.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

“...als er niet zo makkelijk zorg gevonden kan worden, moet dit veel eerder een probleem worden van de zorgverzekeraar, die is tenslotte eindverantwoordelijk dat een cliënt zorg krijgt. Daarnaast... lijkt het me handig om een bewustwordingscampagne te starten dat zorg niet zomaar vanzelfsprekend is, dat er eerst gekeken moet worden hoe je het zelf op kunt lossen.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

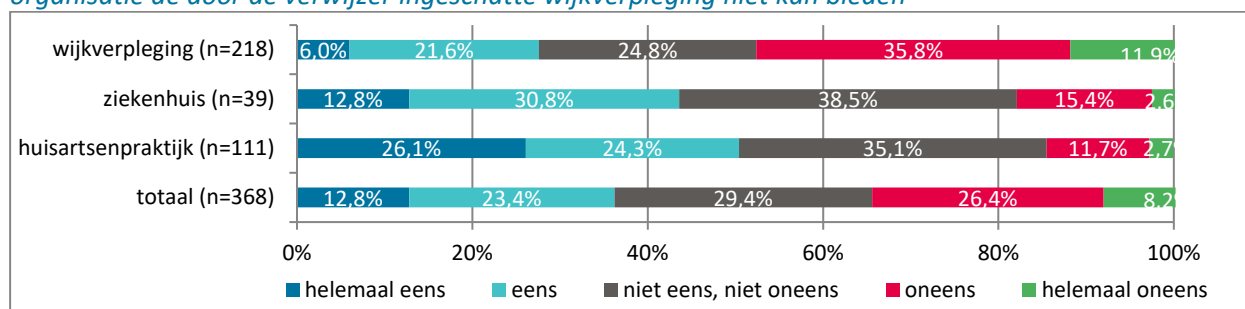
Ten slotte noemen professionals de marktwerking en daarmee gepaard gaande concurrentie die op gespannen voet kan staan met een centraal aanmeldpunt. Zo werpen professionals de vraag op of een centraal meldpunt dat gepositioneerd wordt bij een aanbieder van wijkverpleging onafhankelijk kan zijn.

“Op dit moment is het helaas zo dat thuiszorgorganisaties elkaar nog te veel zien als concurrent en niet als samenwerkende collega's. Wij merken dit helaas ook binnen onze gemeente. De kans bestaat dat de organisatie die belast is als contactpersoon de "mooie" casussen zelf oppakt en de minder interessante naar andere organisaties schuift.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Anderen zien juist kansen om als aanbieders van wijkverpleging meer te gaan samenwerken en zo de zorg minder versnipperd te maken.

“Marktwerking heeft voor versnippering gezorgd en variatie in de indicatiestelling. Voor iedereen is het fijn als de aanvraag voor wijkverpleging eenduidig en transparant verloopt. Het hoort niet van belang te zijn welke organisatie. We zijn allen gericht op het leveren van goede zorg, binnen dezelfde kaders op gebied van financiën, wetgeving, ethiek en professionele kaders.” (verpleegkundige in wijkverpleging)

Figuur 3.2 Mate waarin de volgende stelling onderschreven wordt: “Het is de verantwoordelijkheid van de benaderde organisatie voor wijkverpleging om voor alternatieven te zorgen als deze organisatie de door de verwijzer ingeschatte wijkverpleging niet kan bieden”



F(2,347)=25,90, p<0,001

In navolging op bovenstaande, waar de verantwoordelijkheidsdiscussie in de open antwoorden naar voren kwam gaven de professionals aan in hoeverre ze het eens waren met de stelling dat het de verantwoordelijkheid was van de benaderde aanbieder van wijkverpleging om zorg te regelen. Van alle professionals was 36,2% het hiermee (helemaal) eens. Een vergelijkbaar deel (34,6%) was het er (helemaal) mee oneens. Praktijkondersteuners en verpleegkundigen in ziekenhuizen waren het vaker met de stelling eens dan de professionals is de wijkverpleging. Dus ook hierover is geen consensus. Binnen de professionals in de wijkverpleging is de minste consensus: 27,6% is het (helemaal) eens en 47,7% (helemaal) oneens met de stelling.

3.4 Gewenste samenwerkingsafspraken

Samenwerking is nodig voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Professionals gaven aan bij welke thema's samenwerking gewenst is en welke partijen daarin moeten samenwerken. Bijna alle in tabel 3.5 genoemde onderwerpen werden belangrijk gevonden. Minder belangrijk vonden de zorgprofessionals dat er afspraken gemaakt worden over uitwisseling van personeel en financiële regelingen.

De professionals uit de drie verschillende sectoren zijn het in grote lijnen eens over het belang van de onderwerpen.

Tabel 3.5 Gewenste afspraken voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (%) (n=356-369)

Afspraken over	totaal
- geplande nachtzoorg	82,9%
- toeleiden van cliënten naar de organisatie met de specialisatie of expertise die het beste aansluit bij de zorgvraag van cliënten	81,7%
- ongeplande avond-, nacht en weekendzorg	81,6%
- coronazorg ¹	79,8%
- uitwisselen van gegevens van cliënten	78,0%
- uitwisselen van kennis en ervaringen om zo van elkaar te leren	76,3%
- toeleiden van cliënten naar de organisatie in de buurt van het woonadres van de cliënt om reistijd van wijkverpleging te beperken	60,2%
- uitwisselen van kennis over financiële regelingen en hoe welke zorg betaald wordt	39,7%
- uitwisselen van personeel	28,1%

¹ Wijkverpleging: 83,4%, verpleegkundigen in ziekenhuizen: 66,7%, POHs: 76,4%. Chi-kwadraat (2)=6,56, p<0,05.

De vaakst genoemde belangrijke samenwerkingspartners voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging zijn de huisartsen en huisartsenposten, de ziekenhuizen en hospices (tabel 3.6).

De frequentie waarin een type organisatie van belang wordt gevonden hangt samen met de sector waarin de professional werkt. Professionals in de wijkverpleging noemen vaker welzijnsorganisaties, gemeenten, GGD, en paramedici als belangrijke samenwerkingspartners, terwijl deze voor de verpleegkundigen in ziekenhuizen en de praktijkondersteuner minder belangrijk zijn.

Tabel 3.6 Belangrijke¹ samenwerkingspartners voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, uitgesplitst naar soort professional (n=358-365)

Samenwerking met:	Wijk- verpleging	Ziekenhuis	Huisartsen- praktijk	totaal
- ziekenhuizen ²	92,1%	92,1%	82,9%	89,3%
- huisartsen ³	98,6%	92,1%	99,1%	98,1%
- huisartsenpost	85,9%	73,0%	78,7%	82,4%
- welzijnsorganisaties ⁴	79,3%	44,7%	66,7%	71,9%
- gemeenten ⁵	76,5%	40,5%	64,2%	69,1%
- GGD ⁶	57,0%	47,4%	41,5%	51,4%
- paramedici ⁷	61,8%	31,6%	47,2%	54,2%
- verpleeghuizen	77,9%	70,3%	69,7%	74,7%
- GGZ ⁸	70,8%	66,7%	55,1%	65,8%
- hospices ⁹	85,1%	82,1%	69,7%	80,1%

¹ Antwoordmogelijkheden waren: 'niet belangrijk', 'enigszins belangrijk', 'belangrijk', en 'weet ik niet'. In de tabel staat het percentage dat 'belangrijk' antwoordde.

² Chi-kwadraat (2)=6,92, p<0,05; ³ Fisher's exact=0,045; ⁴ Chi-kwadraat(2)=21,17, p<0,001; ⁵ Chi-kwadraat(2)=20,84, p<0,001;

⁶ Chi-kwadraat(2)=7,09, p<0,05; ⁷ Chi-kwadraat(2)=14,87, p<0,01; ⁸ Chi-kwadraat(2)=7,84, p<0,05; ⁹ Chi-kwadraat(2)=10,74, p<0,01.

3.5 Context en herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Via (multivariate) analyses is nagegaan in hoeverre de context van invloed is op de wensen van de professionals. De wenselijkheid om herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging te realiseren en de daaraan verbonden ervaren voordelen hebben geen relatie met regio en stedelijkheid van de regio, noch met de omvang van de aanbieder van wijkverpleging.

De voorziene knelpunten en gewenste samenwerkingsafspraken en -partners hangen daarentegen wel samen met de stedelijkheid van de regio en de omvang van de aanbieder van wijkverpleging.

Stedelijkheid van de regio

Vooral in de zeer sterk verstedelijkte gebieden voorzien professionals knelpunten bij het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (tabel 3.7). Het betreft dan vooral de onderlinge bereikbaarheid, weten wanneer wie bereikt kan worden, tegenstrijdige belangen, de hoeveelheid registratie, en verschillende organisatieculturen van aanbieders van wijkverpleging.

Tabel 3.7 Voorziene knelpunten bij samenwerking met andere aanbieder van wijkverpleging t.b.v. herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, uitgesplitst naar stedelijkheid

Voorziene knelpunten	zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	niet of weinig stedelijk
- ik zie veel mogelijke knelpunten ¹	53,9%	24,2%	20,0%	28,6%
- bereikbaarheid van collega's wanneer contact gezocht wordt ²	50,0%	27,3%	10,0%	33,8%
- kennis over wie wanneer bereikt kan worden ³	37,5%	24,2%	6,7%	22,5%
- omgaan met tegenstrijdige belangen ⁴	57,5%	54,6%	30,0%	40,9%
- meer registratie werkzaamheden ⁵	42,5%	27,3%	13,3%	19,7%
- verschillende organisatieculturen tussen wijkverplegingsorganisaties ⁶	75,0%	59,1%	40,0%	64,8%

¹ Chi-kwadraat (6)=13,97, p<0,05, 'ik zie geen knelpunten' varieert tussen 7,7% en 13,3%. Verschillen zijn zichtbaar in percentage dat veel mogelijke knelpunten ziet; ² Chi-kwadraat (3)=13,51, p<0,01; ³ Chi-kwadraat (3)=9,10, p<0,05; ⁴ Chi-kwadraat (3)=7,84, p<0,05; ⁵ Chi-kwadraat (3)=9,75, p<0,05; ⁶ Chi-kwadraat (3)=9,41, p<0,05.

In de zeer sterk verstedelijkte gebieden is minder behoefte aan afspraken over geplande nachtzorg, ongeplande avond-, nacht en weekenddiensten en coronazorg (tabel. 3.8).

Tabel 3.8 Gewenste afspraken voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, uitgesplitst naar stedelijkheid

Gewenste afspraken	zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	niet of weinig stedelijk
- geplande nachtzorg ¹	71,4%	86,6%	83,6%	85,7%
- ongeplande avond- nacht en weekendzorg ²	71,4%	87,2%	73,6%	84,4%
- coronazorg ³	66,2%	83,1%	78,4%	86,3%

¹ Chi-kwadraat (3)=8,34, p<0,05; ² Chi-kwadraat (3)=10,20, p<0,05; ³ Chi-kwadraat (3)=11,31, p<0,05

Ten slotte lijken de professionals in zeer sterk verstedelijkte gebieden minder gemotiveerd om samenwerkingsrelaties aan te gaan met ziekenhuizen, huisartsen(posten), gemeenten en verpleeghuizen (tabel 3.9).

Tabel 3.9 Gewenste samenwerkingspartners voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare samenwerking, uitgesplitst naar stedelijkheid

Samenwerkingspartner	zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	niet of weinig stedelijk
ziekenhuizen ¹	76,1%	92,4%	94,4%	91,8%
huisartsen ²	90,0%	100%	100%	100%
huisartsenpost ³	68,1%	88,5%	82,7%	82,1%
gemeenten ⁴	54,4%	67,9%	80,8%	74,0%
verpleeghuizen ⁵	60,9%	79,8%	83,0%	75,0%

¹ Chi-kwadraat (2) = 16,34, p<0,01; ² Fisher exact <0,001; ³ Chi-kwadraat (2) = 12,58, p<0,01; ⁴ Chi-kwadraat (2) = 11,28, p<0,05; ⁵ Chi-kwadraat (2) = 10,83, p<0,05.

Omvang van de aanbieder van wijkverpleging

Twee onderzochte relaties met de omvang van de aanbieders van wijkverpleging bleken statistisch significant. Verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in grote aanbieders vonden een andere visie vaker een knelpunt voor meer samenwerking (tabel 3.10) en wensten vaker afspraken over het toeleiden van cliënten naar de aanbieder met de specialisatie of expertise die het beste aansluit bij de zorgvraag van cliënten (tabel 3.11).

Tabel 3.10 Voorziene knelpunten bij samenwerking met andere aanbieders van wijkverpleging t.b.v. herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging naar omvang wijkverplegingsorganisatie (%)

Voorziene knelpunten	Groot (>1000 werknemers)	Middelgroot (500-1000 werknemers)	Klein (<500 werknemers)
- een andere visie / manier van werken ¹	70,8%	48,8%	51,0%

¹ Chi-kwadraat (2)=9,62, p<0,01

Tabel 3.11 Gewenste afspraken voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging naar omvang van de aanbieder van wijkverpleging (%)

Onderwerp	Groot (>1000 werknemers)	Middelgroot (500-1000 werknemers)	Klein (<500 werknemers)
- toeleiden van cliënten naar de organisatie met de specialisatie of expertise die het beste aansluit bij de zorgvraag van cliënten ¹	85,7%	76,7%	65,3%

¹ Chi-kwadraat (2)=8,95, p<0,05

4 Conclusie en discussie

Dit onderzoek richtte zich enerzijds op de mate waarin eind 2021 volgens zorgprofessionals herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is gerealiseerd en anderzijds op de wenselijkheid van deze herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. De resultaten laten een gedifferentieerd beeld zien, zowel als het gaat om de mate waarin er sprake is van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging als in de wenselijkheid ervan.

Professionals kwalificeren de wijkverpleging als herkenbaar en aanspreekbaar

De Jonge (2019) beschrijft in een beleidsbrief dat de wijkverpleging herkenbaar en aanspreekbaar hoort te zijn voor cliënten, huisartsen en andere zorgprofessionals. Door de herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging als een team te benaderen wil hij de samenwerking binnen regio's versterken en komen tot efficiëntere inzet van zorgprofessionals.

Eind 2021 ervaart ruim drie kwart van de ondervraagde professionals (77%) de wijkverpleging als herkenbaar en aanspreekbaar. Uit de open antwoorden blijkt dat professionals elkaar vaak kennen en gebruikmaken van deze informele samenwerkingsrelaties bij het regelen van wijkverpleging. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de verpleegkundigen in ziekenhuizen de wijkverpleging wat minder herkenbaar en aanspreekbaar vinden in vergelijking met de praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken. Verpleegkundigen in ziekenhuizen hebben met meer verschillende aanbieders voor wijkverpleging te maken waardoor korte lijnen lastiger realiseerbaar zijn.

De kwalificatie dat de wijkverpleging herkenbaar en aanspreekbaar is betekent niet dat er één centraal aanmeldpunt voor wijkverpleging in de regio is. Slechts 30% van de verpleegkundigen in ziekenhuizen en 33% van de praktijkondersteuners onderschrijft de stelling dat er slechts één contact nodig is om wijkverpleging te regelen. Van de verwijzers geeft 44% aan dat ze bij de helft tot alle cliënten meerdere pogingen moeten doen om wijkverpleging te regelen. Zij zoeken dus door tot de wijkverpleging is geregeld. De wijkverpleging zélf helpt daar ook bij: 52% van de professionals in de wijkverpleging geeft aan dat meestal of altijd samengewerkt wordt met andere aanbieders van wijkverpleging om de benodigde wijkverpleging te vinden.

Elementen uit leidraad minder vaak gerealiseerd

De 'Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging' (2020) beschrijft elementen die bijdragen aan een herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, zoals samenwerkingsafspraken tussen aanbieders van wijkverpleging, afspraken over de bereikbaarheid van de wijkverpleging buiten kantooruren, afspraken tussen wijkverpleging en huisartsenpraktijken, een up-to-date overzicht van de beschikbare aanbieders in de regio, en het gebruikmaken van de zorgplicht van zorgverzekeraars als het niet lukt om wijkverpleging te vinden. Dit onderzoek laat zien dat op deze elementen nog veel winst te behalen is:

- 37% van de professionals in de wijkverpleging zegt dat er afspraken zijn tussen aanbieders van wijkverpleging over het regelen van wijkverpleging.
- 44% van de professionals geeft aan dat er in hun regio afspraken zijn tussen aanbieders van wijkverpleging over de bereikbaarheid buiten kantooruren.
- 61% van de professionals geeft aan dat professionals uit wijkverpleging en huisartsenpraktijken regelmatig overleggen over potentiële zorgvragen van nieuwe cliënten.
- 37% van de professionals heeft een overzicht van aanbieders van wijkverpleging in de regio, waarvan 12% ook kan zien waar ruimte beschikbaar is voor nieuwe cliënten.

- Als het niet lukt om wijkverpleging te regelen neemt 49% van de verwijzers nooit contact op met de zorgverzekeraar. Van de professionals in de wijkverpleging zegt 33% dit nooit te doen. Dat samenwerking tussen de wijkverpleging en andere zorgorganisaties in de regio verder kan verbeteren blijkt ook uit een recente evaluatie van de implementatie van het Kwaliteitskader Wijkverpleging (de Veer e.a., 2021). In dat onderzoek gaf 28% van de professionals in de wijkverpleging aan in hoge mate onderdeel te zijn van een lokaal (zorg)netwerk en 44% was dat in redelijke mate. De rest gaf aan daar enigszins (23%) of in beperkte mate (15%) deel van te zijn. Daarnaast blijkt uit diverse onderzoeken dat verpleegkundigen en verzorgenden uit verschillende sectoren zich niet altijd competent voelen voor het samenwerken met professionals uit andere organisaties, in het bijzonder als het gaat om samenwerking met welzijn, gemeenten of (sociale) wijkteams en woningcorporaties (Dieteren e.a., 2017; de Veer e.a., 2017; Verest e.a., 2019; Verkaik e.a., 2021).

Meer samenwerking tussen aanbieders van wijkverpleging gewenst

Professionals in de wijkverpleging zien vaker veel voordelen (59%) dan veel knelpunten (31%) bij het samenwerken met andere aanbieders van wijkverpleging. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat zij het streven naar herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging ondersteunen. Het leidt naar hun verwachting tot snellere passende zorg voor cliënten. Voor de realisatie zijn er echter wel diverse knelpunten, waarbij het ontbreken van een gezamenlijk elektronisch cliëntendossier het vaakst genoemd is. Ook verschillen in organisatiecultuur en visies op zorg zien de meerderheid van de professionals als knelpunten.

Overeenkomstige wensen, verschillende visies op wijze van uitvoering

Professionals uit de wijkverpleging, ziekenhuizen en huisartsenpraktijken wensen allen dat er afspraken komen over geplande nacht- en weekendzorg, ongeplande avond-, nacht- en weekendzorg, en over het toeleiden van cliënten naar de aanbieder met de expertise die het beste aansluit bij de zorgvraag van cliënten. Afspraken over het uitwisselen van cliëntgegevens en van elkaar leren worden ook belangrijk gevonden. Professionals uit deze drie sectoren vinden elkaar de belangrijkste samenwerkingspartners voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, aangevuld met huisartsenposten en hospices.

Als het gaat om de wijze van uitvoering dan denken de professionals uit de drie sectoren verschillend over de rol van de wijkverpleging bij het regelen van wijkverpleging: 86% van de praktijkondersteuners en 64% van de verpleegkundigen in ziekenhuizen vinden het wenselijk als een zorgvraag bij één aanbieder van wijkverpleging kan worden aangemeld. De professionals in de wijkverpleging vinden dit veel minder vaak wenselijk (37%). Binnen de wijkverpleging bestaat daarover minder consensus dan binnen de twee andere sectoren. Soortgelijke verschillen zijn er ook als het gaat over of de eerst benaderde aanbieder de verantwoordelijkheid voor het regelen van wijkverpleging op zich moet nemen.

Ten slotte vinden professionals in de wijkverpleging dat welzijnsorganisaties, gemeenten, GGD, en paramedici belangrijke samenwerkingspartners zijn. Voor de verpleegkundigen in ziekenhuizen en de praktijkondersteuners zijn deze organisaties minder belangrijk.

Context relevant

Uit ons onderzoek hebben we geen duidelijke aanwijzingen dat de regio (Noord-, Oost-, Zuid-, West-Nederland), noch de omvang van de aanbieder van wijkverpleging een rol spelen bij het streven naar herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Wel zijn er aanwijzingen dat stedelijkheid een rol speelt. Uit de resultaten rijst een beeld dat met name in de zeer sterk stedelijke gebieden het lastiger is om herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging te realiseren. Ook lijkt de wenselijkheid daar

geringer. Dit wordt mogelijk verklaard door het grote aantal aanbieders van wijkverpleging in grote steden, waardoor samenwerken lastiger wordt.

Hoe verder?

Over hoe de resultaten meegenomen kunnen worden in verder beleid willen we vier aandachtspunten noemen.

Ten eerste is het voor het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging goed om te werken aan de thema's waarover de meeste consensus is. Dit zijn de zorg buiten kantooruren, het toeleiden van cliënten naar de meeste geschikte aanbieder en het uitwisselen van cliëntgegevens. Daarbij moet ruimte zijn om van elkaar te leren, iets wat de professionals graag willen. Van daaruit kan de realisatie van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging uitbreiden naar andere onderwerpen en samenwerkingspartners indien wenselijk.

Bij het zoeken naar de beste manier om herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging te realiseren vinden professionals vier overwegingen relevant, zo laten de onderzoeksresultaten zien, te weten:

1. Is dit een manier die ten goede komt aan de cliënten die wijkverpleging nodig hebben?
2. Is dit een manier die leidt tot een effectievere inzet van wijkverpleging?
3. Wie draagt de verantwoordelijkheid voor het regelen van wijkverpleging?
4. In hoeverre speelt onderlinge concurrentie en marktwerking een rol bij het realiseren van deze manier van werken?

Daarbij is het ook van belang om rekening te houden met de verschillende visies van professionals uit diverse sectoren op de realisatie van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Wat voor verpleegkundigen en verzorgenden uit de wijkverpleging een goede oplossing lijkt, kan voor de verpleegkundigen uit het ziekenhuis niet werkzaam zijn, of andersom. De visies van alle betrokkenen moeten goed overwogen worden bij het bedenken van oplossingen om te voorkomen dat een probleem alleen verplaatst wordt. Stedelijkheid van de regio speelt ook een rol bij het vinden van oplossingen.

Een tweede aandachtspunt is de ondersteuning van de gegevensuitwisseling. Professionals geven aan dat digitale gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen verschillende zorgorganisaties wenselijk is: 88% van de professionals die daarmee ervaring geeft aan dat dat helpend zou zijn bij het realiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Mogelijk kan het in dit kader belangrijk zijn dat aanbieders van wijkverpleging de informatiestandaard eOverdracht in laten bouwen in hun softwaresysteem. Beroepsvereniging V&VN, Nictiz en andere stakeholderpartijen zien de eOverdracht als een belangrijk middel om eenduidige informatie vast te leggen in elektronische cliëntendossiers, wat meer mogelijkheid biedt om informatie uit te wisselen met andere zorgaanbieders (V&VN, 2022).

Een derde aandachtspunt is het leren van de ervaringen opgedaan in andere regio's. In sommige regio's hebben professionals ervaring met hulpmiddelen om cliënten makkelijker naar wijkverpleging toe te leiden. In dit onderzoek hebben we naar de behulpzaamheid van enkele hulpmiddelen gevraagd en alle genoemde hulpmiddelen werden door de ruime meerderheid van de gebruikers als behulpzaam ervaren. Betrokken professionals in een regio zouden kunnen kiezen welk hulpmiddel voor hen, hun samenwerkingspartners en in de context waarin zij werken, passend is.

Ten vierde is het raadzaam professionals in de verschillende sectoren bij- en nascholing te bieden in samenwerkingsvaardigheden. In 2019 gaf 13% aan behoefte aan scholing te hebben in samenwerking met andere organisaties (Verest e.a., 2019). Dit verdubbelde naar 27% in 2021 (Bemelmans e.a., 2021), mogelijk vanwege de toenemende verwachting dat professionals uit verschillende organisaties regionaal gaan samenwerken.

Methodologische reflecties en beperkingen

Dit onderzoek geeft een indruk van de ervaringen en meningen van professionals over herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Voorgestructureerde onderzoeksvragen geven geen inzicht in de onderliggende overwegingen. Door de antwoorden op de open vragen, waar respondenten ruim gebruik van maakten, hebben we daar wel meer zicht op gekregen.

Ten tweede een opmerking over de respons van 31%. De respons is vergelijkbaar met de respons op eerdere vragenlijsten onder het Panel Verpleging & Verzorging, wat erop duidt dat er geen selectieve uitval is geweest vanwege het onderwerp van de vragenlijst.

Ten derde hebben we in de ziekenhuizen geen transferverpleegkundigen bevroegd, terwijl de transferverpleegkundigen doorgaans de wijkverpleging regelen. Dit komt omdat in het Panel Verpleging & Verzorging geen aparte groep transferverpleegkundigen zit. Echter, de open antwoorden gaven de indruk dat de verpleegkundigen in ziekenhuizen over het algemeen ook ervaringen hadden met de herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van wijkverpleging.

Ten slotte

Het streven naar herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging kreeg door de 'Leidraad herkenbare en aanspreekbare Wijkverpleging' in 2020 een impuls. Dit onderzoek laat zien dat er eind 2021 nog niet in alle opzichten sprake is van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Ook de komende jaren zal daaraan gewerkt moeten worden. In die zin kan deze meting gezien worden als een beginmeting en aanvulling op een eerdere meting door het RIVM. Toekomstige onderzoeken zullen nodig zijn om de voortgang in de praktijk in kaart te brengen.

Literatuur

- ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuisnl. Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. 2020.
- Bemelmans, W. Spreeuwenberg, P. Veer, A. de. Kwaliteit en veiligheid van zorg. De mening van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg in vergelijking met 2019. Utrecht: Nivel, 2021.
- Dieteren, C.M., Veer, A.J.E. de & Groot, K. de. Cliëntgebonden samenwerking over de grenzen van organisaties: tabellen. Utrecht: NIVEL, 2017.
- Jonge H de. Bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging. Brief aan de Tweede Kamer, d.d. 14 mei 2019. Den Haag: Ministerie van VWS, 2019.
- Jonge H de. Commissiebrief Tweede Kamer inzake Verzoek om stand van zaken brief Wijkverpleging, d.d. 2 maart 2020. Den Haag: Ministerie van VWS, 2020.
- Veer, A. de, Dieteren, C.M., Groot, K. de. Cliëntgebonden samenwerking over organisatiegrenzen heen: verpleegkundige voelt zich onvoldoende competent. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 2017, 127(04), 32-33.
- Veer, A. de, Groot, K. de, Francke, A. Meer draagvlak voor het Kwaliteitskader Wijkverpleging. Factsheet. Utrecht: Nivel. 2021.
- Verest, W., Veer de A.J.E., Groot de K., Francke, A. Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten. Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners over wat ze nodig hebben voor goede zorg. Nivel, Utrecht, 2019.
- Verkaik, R., Groot, K. de, Veer, A. de. Zorg voor mensen met een vervuild huishouden: knelpunten en oplossingsrichtingen voor de wijkverpleging. Utrecht: Nivel, 2021.
- V&VN. Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging. Utrecht: V&VN, wordt gepubliceerd in 2022.

Bijlage A Onderzoeksmethode

Het Panel Verpleging & Verzorging

Het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelvenv) verzamelt op landelijk niveau informatie over de meningen en ervaringen van zorgprofessionals over beroepsinhoudelijke onderwerpen en werkbeleving. Alle paneldeelnemers werken in de directe cliëntenzorg. Voor dit onderzoek benaderden we in het totaal 1586 paneldeelnemers waarvan op dat moment bekend was dat zij in de wijkverpleging, een ziekenhuis of een huisartsenpraktijk werkten.

De vragenlijst is online aangeboden met een eerste herinnering na een week. Een tweede herinnering volgde drie weken na de eerste aanbieding. Na deze twee herinneringen hebben 479 paneldeelnemers de vragenlijst ingevuld (respons 30,7%). In het totaal gaven 48 verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen en 14 praktijkondersteuners aan geen cliënten te hebben met een zorgbehoefte voor wijkverpleging. Zij hoefden de vragenlijst niet in te vullen. In het totaal hebben dus 417 mensen de vragenlijst ingevuld (tabel B1).

Tabel A1 Respons

	Wijkverpleging	Ziekenhuis	Huisartsenpraktijk	TOTAAL
Totaal aantal personen benaderd	702	419	465	1586
Werkte niet in wijkverpleging, ziekenhuis of huisartsenpraktijk	11	5	8	24
Netto benaderd	691	414	457	1562
Respons (aantal reacties)	242	100	137	479
Respons %	35,0%	24,2%	30,0%	30,7%
Geen cliënten met wijkverpleging behoefte	--	48	14	62
Ingevulde vragenlijsten	242	52	123	417

Tabel A2 Kenmerken van de respondenten van het Panel Verpleging & Verzorging per sector¹

Kenmerken	Wijk- verpleging (n=242)	Ziekenhuis (n=52)	Huisarts- praktijk (n=123)
Geslacht (% vrouw)(n=413)	95,4%	92,3%	95,9%
Leeftijd (gem. (SD))(n=412)	50,9 (11,1)	50,0 (10,4)	51,6 (9,0)
Dienstverband (n=365)			
Loondienst	97,2%	100%	96,4%
Volledig zelfstandige (zzp-er) of in combi met loondienst	2,8%	-	3,6%
Opleidingsniveau (n=416)			
- mbo opgeleide verpleegkundige	22,0%	48,1%	-
- hbo (+) opgeleide verpleegkundige/POH	53,5%	51,9% ¹	100 ²
- mbo opgeleide verzorgende	24,5%	-	-
Omvang aanbieder van wijkverpleging (n=214)			
- meer dan 1000 mensen	56,1%	-	-
- tussen 500 en 999 mensen	20,1%	-	-
- tussen 50 en 499 mensen	18,7%	-	-
- tussen 10 en 49 mensen	4,2%	-	-
- ik werk als zelfstandige	0,9%	-	-
Regio (n=404, totaal 466 gemeenten) ³			
- Noord-Nederland	10,3%	13,7%	7,4%
- Oost-Nederland	28,9%	25,5%	28,9%
- West-Nederland	43,5%	47,1%	48,8%
- Zuid-Nederland	35,3%	27,5%	25,6%
Verstedelijking gemeente (n=401, 466 gemeenten) ⁴			
- zeer sterk stedelijk	21,3%	38,0%	18,2%
- sterk stedelijk	37,8%	56,0%	43,0%
- matig stedelijk	19,1%	14,0%	19,8%
- weinig stedelijk	30,9%	8,0%	26,4%
- niet stedelijk	10,0%	-	3,3%

¹ n=2 van de 38 verpleegkundigen die de vraag beantwoordden waren transferverpleegkundige

² Het competentieprofiel van de POH gaat uit van een hbo-niveau of daarmee vergelijkbaar

<https://www.lhv.nl/product/competentieprofiel-poh/>. Van de groep is 6,3% POH GGZ, 63,1% is POH somatiek, 32,4% POH ouderenzorg en 33,3% praktijkverpleegkundige (respondent kon meerdere antwoorden aankruisen).

³ Respondenten gaven maximaal drie gemeenten aan waarin zij werkzaam zijn, waardoor de percentages optellen boven 100%. Aan de genoemde gemeenten zijn gemeentekennmerken van het CBS gekoppeld.

⁴ Drie respondenten hadden niet de gemeente maar de provincie opgegeven, waardoor er van 401 respondenten informatie over de stedelijkheid is.

Vragenlijst

De online vragenlijst bestaat uit 3 delen:

Deel 1: over ervaringen met herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

Deel 2: over de wenselijkheid van het streven naar herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

Deel 3: achtergrondkenmerken.

De vragenlijst is gebaseerd op een eerder door het RIVM gebruikte vragenlijst, aangevuld met verdiepende vragen. De vragenlijst is op te vragen bij de auteurs.

Deel 1 start met de vraag in hoeverre de professional het eens is met de stelling: "Er is herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in mijn werkgebied". Da antwoordcategorieën waren een

vijfpuntschaal lopend van helemaal eens naar helemaal oneens. Vervolgens zijn vragen gesteld over aspecten van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Om een indicatie te krijgen van de validiteit van deze vragen is nagegaan wat de relatie was tussen de ervaren aspecten en de ervaren mate van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (tabel B3).

Tabel A3 Samenhang tussen de mate van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging en de in de vragenlijst onderscheiden aspecten daarvan

Afspraken over	Sign. ¹
Regelen van wijkverpleging, ervaren door verpleegkundigen in ziekenhuizen en POHs	
- stelling: "Als ik een cliënt naar wijkverpleging verwijs neem ik altijd met één organisatie voor wijkverpleging contact op. Deze organisatie zorgt ervoor dat de zorgvraag opgepakt wordt, eventueel samen met andere organisaties of zelfstandigen voor wijkverpleging."	***
- Hoe vaak komt het voor dat u bij het doorverwijzen van een cliënt naar de wijkverpleging met meerdere organisaties of zelfstandigen contact moet opnemen voordat de zorgvraag opgepakt wordt?	***
- Als de benaderde organisatie voor wijkverpleging niet kan voldoen aan de zorgvraag van een cliënt, schakelt u dan de zorgverzekeraar in?	n.s.
Voldoen aan de zorgvraag, ervaren door wijkverpleging	
- Als u of uw organisatie niet kan voldoen aan de zorgvraag van een cliënt, werkt u dan samen met andere organisaties of zelfstandigen voor wijkverpleging om passende zorg of ondersteuning voor cliënten te vinden?	**
- Als u of uw organisatie niet kan voldoen aan de zorgvraag van een cliënt, schakelt u dan de zorgverzekeraar in?	n.s.
Afspraken overleg in kader kan herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	
- afspraken tussen organisaties voor wijkverpleging over het regelen van passende zorg voor nieuwe cliënten	n.s.
- afspraken tussen organisaties voor wijkverpleging over de bereikbaarheid van de wijkverpleging voor huisartsenposten en spoedeisende hulp in de avonden, nachten en weekenden	**
- regelmatig overleg tussen verpleegkundigen van de wijkverpleging en huisartsen/praktijkondersteuners over potentiële zorgvragen van nieuwe cliënten	***
Beschikbare hulpmiddelen	
- actueel overzicht van één of enkele organisaties voor wijkverpleging, maar dat overzicht is niet volledig	n.s.
- we hebben met een actueel overzicht van alle organisaties voor wijkverpleging, inclusief enkele kleine organisaties of ZZP'ers	n.s.
- een app of programma, zoals 'stoplichtapp', waarop je kunt zien welke organisaties voor wijkverpleging ruimte hebben voor zorgvragen van nieuwe cliënten	n.s.
- een 'transmurale zorgbrug' of 'warme overdracht' waarbij de wijkverpleging cliënten voor ontslag in het ziekenhuis bezoekt om de zorg thuis te regelen	**
- we werken met het 'Zorgprogramma voor Preventie en Herstel' gericht op een sneller herstel van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven na ontslag uit ziekenhuis	n.s.
- toepassing om informatie over cliënten met andere organisaties uit te kunnen wisselen (bijvoorbeeld POINT of ZorgDomein)	n.s.

¹Getoetst met pearson correlatie of anova. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, n.s. = niet significant ofwel p> 0,05

Analyses

Met het statistisch programma STATA versie 16.1 zijn beschrijvende analyses uitgevoerd. Percentages zijn berekend over de respondenten die de vraag beantwoord hebben. Relaties zijn getoetst met chi-kwadraat toetsen (categorale variabelen) en anova's met Tukey post hoc test (bij likert items, met als significantieniveau $p < 0,05$). Vanwege de samenhang tussen de sector waarin de respondent werkt en stedelijkheid (verpleegkundige in ziekenhuizen werken in meer verstedelijkte gebieden dan de andere respondenten) en tussen stedelijkheid en regio (Noord-Nederland is relatief weinig verstedelijkt) zijn de relaties met sector, regio, en stedelijkheid multivariaat getoetst. De omvang van de aanbieder is alleen bekend bij de wijkverpleging en de relaties daarmee zijn apart getoetst.

Stedelijkheid en regio zijn gebaseerd op de gemeente waarin het werkgebied van de professional valt. Indien de cliënten van de professional in meerdere gemeenten wonen, is gekozen voor de gemeente met de grootste mate van verstedelijking. Omdat er weinig ($n=22$) respondenten zijn die werken in een niet verstedelijkt gebied zijn zij samengevoegd met de respondenten uit een weinig verstedelijkt gebied. De verdeling is als volgt: 86 respondenten met zeer sterk verstedelijkt regio, 150 respondenten met een sterk verstedelijkt regio, 60 respondenten met een matig verstedelijkt regio, 105 respondenten met een niet of weinig verstedelijkt regio, 16 respondenten met onbekend regio. Bij de analyse van de relaties met omvang van de aanbieders van wijkverpleging zijn de kleinere aanbieders samengevoegd tot één categorie 'tussen 10 en 499 mensen'. De zzp-ers zijn uit deze analyses gelaten.