

De wijkzuster is terug

Gerda van Beek, journalist

De wijkverpleging staat volop in de belangstelling. Termen als spin-in-het-web en spil-in-de-wijk worden veelvuldig gebezigd door politici als het gaat om de transitie in de zorg. Kortom: de wijkzuster is terug.

Vlnr Esther Appelman, Carla Jochems, en Angelique Derksen, wijkverpleegkundigen S1, Plicare



“De wijkzuster is terug, maar wel in een iets andere hoedanigheid”, geeft Marja van Leeuwen aan, directeur van Plicare ‘uw onafhankelijke wijkverpleegkundige’ (Coöperatie U.A. in oprichting). “Dat geldt voor alle wijkverpleegkundigen, maar met name degenen die werkzaam zijn in Segment 1” (S1, zie kader).

Coöperatie

Van Leeuwen licht toe: “Een aantal zorgaanbieders uit de regio heeft met elkaar een coöperatie opgericht van waaruit zelfstandig en onafhankelijk wijkverpleging S1 kan worden aangeboden. Hiermee is ook de oude ‘Zichtbare Schakel-functie’

geborgd, waarvan de subsidiefinanciering eind 2014 is afgelopen. Deze wijkverpleegkundigen werkten al min of meer als S1 en zitten nu vrijwel allemaal in de coöperatie.” Peinzend: “Het zijn de meer ondernemende typen die hiervoor kiezen. Ik vind het overigens een stoer gebaar van de initiatiefnemende zorgorganisaties dat ze dit zijn aangegaan en de S1 hebben losgelaten. Hierdoor zijn wij in staat om echt onafhankelijk door te verwijzen naar de organisatie die het beste antwoord geeft op de zorgvraag. Dit zie ik ook als het grote voordeel van het loskoppelen van S1 en S2. Wanneer S1 en S2 gekoppeld in één persoon

wordt aangeboden, is er het risico van doorverwijzen naar de eigen organisatie waaraan men is verbonden.” Marja geeft aan dat het uiteraard nog pionieren is: de organisatie moet nog volledig worden opgezet. Ze is blij met de hernieuwde waardering voor de functie: “de wijkverpleegkundige echt kan optreden als spil in de wijk.”

Pro-actief

Drie wijkverpleegkundigen - Carla Jochems, Esther Appelman en Angelique Derksen - hebben allen reeds ervaring in het wijkgericht werken. “Ik vind het een uitdaging om breed georiënteerd te werken”, zegt Carla, verbonden aan Plicare. Haar werkgebied ligt in Gouda West. “De maatschappij en de zorg veran-

‘We zijn specialist in het generalist zijn’

Onderscheid in taken

Of het handig is of niet, daarover verschillen de meningen. Het is in ieder geval een feit. Er is een verschil gemaakt tussen de taken en financiering in segment 1 (S1) en segment 2 (S2).

Segment 1

S1 bevat de activiteiten die vallen binnen de prestatie ‘wijkgericht werken’, de zogenaamde “niet-toewijsbare zorg”. De inzet is niet direct te koppelen aan een individueel zorgtraject van een patiënt. Het gaat om de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk, die kan leiden tot het verbinden van het medische en sociale domein, bijvoorbeeld door deelname aan het sociale wijkteam of handelen bij signalen van “niet-pluis” in de wijk. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat ze de S1 inzetten in die wijken waar de grootste toegevoegde waarde wordt verwacht van een extra investering. Voor de S1 is een macrobudget beschikbaar van € 40 mln.

Segment 2

S2 beslaat het overgrote deel van de wijkverpleging. Dit betreft het verrichten van verpleegkundige en verzorgende handelingen voor de zorg voor individuele patiënten, zoals wondverzorging, katheterisaties, injecties, wassen en aankleden. Een brede definitie die verder gaat dan de oorspronkelijke zorgvraag van de individuele patiënt. Dus voor patiënten die in zorg zijn ook taken als: stimuleren, signaleren, coördineren, versterken van de zelfredzaamheid en sociale omgeving. Ook contacten van een wijkverpleegkundige voor de WMO-casuïstiek met de huisartsen en praktijkondersteuners voor een individuele patiënt vallen onder S2. Nieuw is dat wijkverpleegkundigen S2 de indicatie doen, maar met uitzondering van de langdurige zorg: dat blijft bij het CIZ. Voor de S2-wijkverpleging is een budget beschikbaar van € 3,1 miljard.

Transferverpleegkundigen

Nieuw is ook dat de transferverpleegkundigen van het ziekenhuis zelf indicaties mogen doen voor de eerste zes weken na ontslag uit het ziekenhuis. Vervolgens herzielt een wijkverpleegkundige S2 de indicatie binnen zes weken aan de “keukentafel” bij de cliënt thuis. Deze route is geen strikte voorwaarde: soms is het efficiënter als de wijkverpleegkundige vanuit de thuis-situatie direct de indicatie stelt.



Creatief handelen

Angelique werkt bij Team Buurtzorg Gouda West. Zij gaat als wijkverpleegkundige S1 werken in het gebied Gouda Noord, de wijken ten noorden van het spoor. Zij is zowel S1 als S2-wijkverpleegkundige. "De filosofie van Buurtzorg is dat je zowel wijkgericht werkt als cliëntgericht, dus bijvoorbeeld verpleegkundige handelingen thuis uitvoert en indicaties doet. Dat betekent creatief handelen rondom de situatie van de patiënt, tussen de procedures en bureaucratie door. Dat ben ik al gewend. Maar nu werk ik dus ook wijkgericht voor de S1, dat is nieuw."

Korte lijntjes

De ochtend voor het interview had Angelique haar eerste overleg met het sociale team waarmee ze samenwerkt. "Er waren vier aanmeldingen waar ik heen ga. In die gevallen is er dus nog geen duidelijke zorgvraag. Ik ga kijken wat er speelt en wat er eventueel nodig is. Dankzij het sociale team zijn de lijntjes kort en kunnen we gebruik maken van elkaars deskundigheden. Bij problemen rondom huisvesting, schulden en dergelijke kan ik iemand van dat team inschakelen en omgekeerd banaderen ze mij bij problemen rond de zorg. Deze werkwijze leidt tot sneller inzet van de juiste hulp en ondersteuning." Met nadruk: "Dus als je als hulpverlener niet weet bij wie je terecht moet, maak het kenbaar bij het sociaal team: dan komt het verder."

Participatie- versus zorgstaat

Hoe ervaren de dames dat er zoveel politieke aandacht is voor de wijkverpleging? Eigenlijk moeten ze er alle drie wat om lachen. Nuchter: "Inhoudelijk is er sprake van een verbreding van ons beroep. Het is goed dat we meer onafhankelijk kunnen kijken wat bij de cliënt past. Maar de snelheid van participatie schiet gelijk door: de mantelzorger kan niet alles doen, de zelfredzaamheid kent ook grenzen. De zorgstaat die we in zo'n lange tijd hebben opgebouwd, verander je niet in een jaartje. Dat lukt ons als wijkverpleegkundigen als spil-in-de-wijk ook echt niet." 

deren. Het is de kunst om mensen in hun eigen kracht te zetten en te zoeken naar andere bronnen van hulpverlening uit het informele circuit. Met een pro-actieve inzet kunnen we erger voorkomen. Ik heb veel contacten in de wijk en een groot netwerk. Eens per week heb ik overleg met het sociaal wijkteam. Zodra zij problematiek signaleren dat mogelijk op het terrein van de gezondheidszorg ligt, ga ik erop af. Uiteraard kost het soms tijd om het vertrouwen te winnen. Het gaat vaak om mensen die tussen de wal en het schip vallen, niet degenen die zelf om zorg vragen."

Generalist

"Bij sommige klanten ben je maanden bezig voordat je vertrouwen krijgt", beaamt Esther, eveneens werkzaam bij Plicare. "Zodra je een drempel overkomt, heb je een ingang. Daar kan ik nu meer tijd in

Marja van Leeuwen, Directeur Plicare

stoppen, in het verleden moest ik productie halen. Dat is een groot verschil. Als een huisarts nu zegt: 'ga eens kijken bij die patiënt, ik heb er geen goed gevoel over', kan ik er voor de volle honderd procent voor gaan." Esther is werkzaam in Haagse wijken met veel vergrijzing en eenzaamheid. "Het is pionieren, ik moet actief een netwerk opbouwen en onderhouden. Dat is mijn sterke kant: ik stap makkelijk bijvoorbeeld een moskee, een kerk of een wijkcentrum binnen. Uiteraard zijn er grenzen aan onze inzet: zodra er een indicatie nodig is, draag ik de cliënt over aan de wijkverpleegkundige S2. Soms is die grens diffuus, met name bij zorgmijders. We zijn breed inzetbaar, dat is onze kracht." Glimlachend stelt ze: "We zijn specialist in het generalist-zijn."