

2012

Universiteit Twente
Annemarie van der Lugt

[DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE 'ZICHTBARE SCHAKEL' VAN CARINTREGGELAND: WIE WORDT ER BETER VAN?]

Een onderzoek naar de ervaringen van
belanghebbenden

Titel: **De wijkverpleegkundige 'Zichtbare Schakel' van Carintreggeland: wie wordt er beter van?**
Een onderzoek naar de ervaringen van belanghebbenden

Auteur: Annemarie van der Lugt
Studentnummer S1014838

Plaats: Enschede/Hengelo
Datum: Juli 2012

Opleiding: Bachelor Bedrijfskunde
Instelling: Universiteit Twente
Faculteit Management en Bestuur

Begeleiders: Dr. M.J. Ehrenhard (Universiteit Twente)
Prof. Dr. A. Need (Universiteit Twente)
Mevr. K. Jansen (Carintreggeland)

Opdrachtgever: Carintreggeland

Voorwoord

Dit rapport is de afsluiting van mijn Bacheloropleiding Bedrijfskunde aan de Universiteit Twente en daarmee ook van zo'n 18 jaar wonen in het mooie Twente. Na de zomervakantie hoop ik de onderwerpen die in dit rapport naar voren komen nog vele malen tegen te komen tijdens de master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. De ervaringen die ik tijdens mijn studie en ook zeker de afgelopen weken heb opgedaan, zullen daar zeker van pas gaan komen.

Het onderzoek dat voor u ligt gaat over de meerwaarde van de wijkverpleegkundige binnen het project Zichtbare Schakel¹. En die meerwaarde is er! Ondanks het feit dat het wetenschappelijk gezien erg moeilijk is om de kostenbesparingen van de wijkverpleegkundige aan te tonen, heeft het project wel degelijk meerwaarde. Dat wordt in dit rapport aangetoond. Wat een mooi werk doen deze mensen, en wat veel enthousiaste verhalen heb ik mogen horen de afgelopen weken. Ook de mensen die dit relativeerden en aangaven dat er zeker nog knel- en verbeterpunten zijn, waren zeer belangrijk. Wat was het dan ook een prachtig bericht wat op donderdag 7 juni 2012 in de media verscheen: 'wijkverpleger blijft bestaan'.² De Tweede Kamer besloot het project ook na 2012 te blijven financieren met €10.000.000,- per jaar. En dat nog voordat dit rapport was afgerond... Ondanks en ook mede dankzij dat is dit een rapport geworden waar ik erg trots op ben!

Graag wil ik Karin Jansen van Carintreggeland bedanken voor de mogelijkheid om mijn bacheloropdracht bij haar uit te voeren. Ik heb het erg naar mijn zin gehad en vond het prettig om met u samen te werken. Bedankt voor al het advies en de informatie die ik mocht ontvangen. Bedankt ook Elly Bosveld, Chantal Kniest en Carla Kerkdijk voor de inhoudelijke input en het voorzien in contactgegevens. Ook met mijn kamergenoten op het kantoor van Carintreggeland heb ik een leuke tijd gehad, bedankt voor de gezellige theepauzes Karin, Corina en Marloes! Ook heb ik van jullie geleerd wat een interessant werk een beleidsmedewerker doet.

Ik wil dhr. Michel Ehrenhard van de Universiteit Twente bedanken, die vanaf het begin meedacht en mij tijdens het proces heeft begeleid. Fijn dat u altijd bereikbaar was, goed advies gaf en bereid was om het rapport kritisch door te lezen en van feedback te voorzien.

Ook zonder de respondenten was dit onderzoek niks waard geweest, bedankt!

Enschede, juli 2012
Annemarie van der Lugt

¹ Met de term wijkverpleegkundige wordt in dit rapport de wijkverpleegkundige binnen het project Zichtbare Schakel bedoeld, tenzij anders aangegeven. De wijkverpleegkundige binnen het project Zichtbare Schakel heeft een aantal extra taken, ter aanvulling op het takenpakket van een 'gewone' wijkverpleegkundige.

² <http://www.nu.nl/politiek/2828817/wijkverpleger-blijft-bestaan.html>

Samenvatting vooraf

Het project Zichtbare Schakel is gestart naar aanleiding van de motie Hamer in 2008. Er kwam subsidie vrij voor het aanstellen van verpleegkundigen die wijkgericht te werk gaan. Thuiszorginstelling Carintreggeland heeft besloten om aan te haken bij dit project en een aantal wijkverpleegkundigen aangesteld in drie steden, namelijk Hengelo, Almelo en Deventer. Om draagvlak te creëren voor het voortbestaan van de functie in het maatschappelijk veld, wil Carintreggeland een onderzoek doen naar de maatschappelijke impact van dit project. Het gaat hierbij om een praktijkgericht evaluatieonderzoek. De vraag die centraal staat in het onderzoek is als volgt:

Wat is volgens belanghebbenden van Carintreggeland de maatschappelijke impact van het project Zichtbare Schakel?

Wat is maatschappelijke impact en hoe meet je dat? SROI is een methode om zowel de maatschappelijke als de financiële resultaten zichtbaar te maken. In dit onderzoek worden de eerste stappen van de SROI methode uitgevoerd door een effectenkaart op te stellen voor iedere belanghebbende bij het project. De belanghebbenden zijn ingedeeld in drie niveaus: beleidsniveau, uitvoerend niveau en thuiszorgniveau. Er hebben groepsgesprekken en individuele interviews plaatsgevonden. Uiteindelijk is de effectenkaart opgesteld en is er een vergelijking gemaakt tussen de verschillende steden waarbinnen de wijkverpleegkundige van Carintreggeland actief is.

Gemeentelijke beleidsmedewerkers van alle drie deze steden beseffen dat de wijkverpleegkundige meerwaarde heeft voor de wijk en de stad. De wijkverpleegkundige levert een bijdrage aan het zorgen voor een gezonde stad, iets wat een wettelijke taak van de gemeente is. Ook past de wijkverpleegkundige binnen het beleid dat in gemeenten wordt gevoerd.

Zorgkantoren gaven aan dat de wijkverpleegkundige bijdraagt aan de koppeling tussen AWBZ, WMO en de zorgverzekeringswet, maar geen directe impact heeft. Woningbouwcorporaties werken doorgaans nauw samen met de wijkverpleegkundige, iets wat resulteert in veel doorverwijzingen en gepaste hulpverlening aan individuele huurders en het signaleren van probleemgevallen. Problematiek wordt eerder aangepakt en lost sneller op door het werk van de wijkverpleegkundige.

Op het thuiszorgniveau geven hulpverleners aan dat hun eigen kennis is verrijkt door de bredere kijk van de wijkverpleegkundige naar een cliënt. Zij passen dit nu zelf ook toe in hun beroep.

Hulpverleners op zowel uitvoerend als thuiszorgniveau geven aan dat de wijkverpleegkundige hun werk goed aanvult. Doordat de wijkverpleegkundige niet-geïndiceerde zorg levert, heeft zij doorgaans veel meer tijd voor een cliënt dan andere zorgaanbieders. Hierdoor worden problemen eerder en vaker gesignaleerd. Op deze manier kan snel gepaste hulp ingeschakeld worden en komen cliënten in een eerder stadium in beeld bij een organisatie.

Ook bleek uit het onderzoek dat de samenstellingen van de verschillende teams van invloed zijn op de samenwerking binnen een wijk. Een verklaring hiervoor is dat er meer direct contact tussen de belanghebbende en de wijkverpleegkundige is wanneer zij beiden deelnemen in een team en de overleggen, waardoor de drempel lager is om elkaar in te schakelen. Hierdoor bestaat er ook een beter beeld van het werk van de wijkverpleegkundige en worden ervaringen uitgewisseld.

Meer cliënten worden dus eerder geholpen en sneller doorverwezen, door het werk van de wijkverpleegkundige. Ook zorgmijders worden door de wijkverpleegkundige gemotiveerd om hulp te zoeken en worden vervolgens doorverwezen. De wijkverpleegkundige heeft een duidelijke preventieve functie. Dit levert op korte termijn extra cliënten op, wat voor sommige instellingen leidt

tot extra kosten. Vooral instellingen die financieel geprikkeld worden, zitten niet op deze kostenstijging te wachten. Of het op lange termijn ook kostenbesparend werkt, moet de toekomst uitwijzen maar niet iedere instelling heeft hier dezelfde verwachtingen over.

Tijdens het onderzoek zijn er ook knel- en verbeterpunten naar voren gekomen. Zo gaven veelal organisaties die zelf niet wijkgericht werken aan dat de wijkverpleegkundige wat hun betreft in meerdere wijken actief mag worden, zodat ze voor iedere wijk een aanspreekpunt hebben. Ook is er behoefte aan een coördinerende rol, iemand die weet welke instanties er op een bepaald adres over de vloer komen. Wanneer dat bekend is, kan er efficiënter gewerkt worden. Nu vissen nog veel instanties in dezelfde vijver. De wijkverpleegkundige draagt bij aan het besef dat samenwerken met andere partijen echt nodig is. Enkele belanghebbenden gaven aan dat ze nog niet helder hebben in welke situaties ze de wijkverpleegkundige in kunnen schakelen en dat de samenwerking nog veel beter zou kunnen zijn.

Aanbevelingen die aan Carintreggeland zijn gedaan zijn de volgende:

- Wanneer er in de toekomst meer aandacht besteed wordt aan beeldvorming en communicatie naar belanghebbenden toe, zullen de wijkverpleegkundigen vaker ingeschakeld worden. Nu geven sommige belanghebbenden nog aan dat ze niet altijd helder voor ogen hebben in welke situaties ze de wijkverpleegkundige kunnen benaderen en wat haar werk precies inhoudt.
- De samenstelling van de teams waarbinnen de wijkverpleegkundige functioneert, is van invloed op de mate van samenwerking op wijkniveau. Wanneer met bepaalde belanghebbenden een betere samenwerking mogelijk is, dan kan het het overwegen waard zijn om de teams uit te breiden en deze belanghebbenden deel te laten nemen aan de reguliere overleggen.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding	6
1.1 Project Zichtbare Schakel	6
1.2 Aanleiding onderzoek	6
1.3 Doelstelling	7
1.4 Onderzoeksmodel	7
1.5 Onderzoeksvragen	7
1.6 Onderzoeksmethoden	8
1.7 Leeswijzer	8
Hoofdstuk 2: Achtergrondinformatie Zichtbare Schakel en Carintreggeland	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Doelstellingen Zichtbare Schakel	9
2.3 Carintreggeland en Zichtbare Schakel	9
2.3.1 Bedrijfsbeschrijving	9
2.3.2 Carintreggeland en Zichtbare Schakel	10
2.3.3 Rollen van de wijkverpleegkundige	10
2.4 Teams waarbinnen de wijkverpleegkundige functioneert	10
2.4.1 Sleutelteam Hengelo: Berflo Es	11
2.4.2 TOPteam Almelo	11
2.4.3 SATteam Deventer	11
2.5 Belanghebbenden	11
2.5.1 Belanghebbenden Zichtbare Schakel	11
2.5.2 Impact op cliënten	12
2.6 Slot	12
Hoofdstuk 3: Meetmethoden maatschappelijke impact	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Impact Value Chain	13
3.3 Verschillende meetmethoden	13
3.3.1 Balanced Scorecard	14
3.3.2 Social Return on Investment	14
3.3.3 Theory of Change	15
3.3.4 Most Significant Change Method	16
3.4 Keuze tussen meetmethoden	16
3.5 Slot	17
Hoofdstuk 4: Methodische verantwoording	18
4.1 Inleiding	18
4.2 Onderzoeksontwerp	18
4.3 Selectie belanghebbenden	18
4.4 Meetinstrumenten	20
4.5 Dataverzameling: procedure	20
4.6 Data analyse	20
4.7 Slot	20
Hoofdstuk 5: Resultaten	21
5.1 Inleiding	21
5.2 Verwachte effectenkaart	21
5.3 Effectenkaart per stad	22
5.3.1 Hengelo	23
5.3.2 Almelo	25
5.3.3 Deventer	26
5.4 Vergelijking effectenkaarten	27
5.5 Overeenkomsten en verschillen	29

5.6	Terugkoppeling verwachte effectenkaart	30
5.7	Impact op de wijk	31
5.8	Knel- en verbeterpunten	31
5.9	Slot.....	32
Hoofdstuk 6: Conclusies en aanbevelingen.....		33
6.1	Conclusies	33
6.2	Beperkingen onderzoek	34
6.3	Aanbevelingen vervolgonderzoek	34
6.4	Aanbevelingen voor Carintreggeland	35
Bibliografie		36
Bijlagen		38
Bijlage 1: Organogram Carintreggeland		38
Bijlage 2: Samenstellingen teams.....		39
Bijlage 3: Meetmethoden.....		40
Bijlage 4: Voorbereidingsmateriaal respondenten		42
Bijlage 5: Interviewvragen		44
Bijlage 6: Logboek dataverzameling.....		45
Bijlage 7: Samenvattingen interviews		47

Hoofdstuk 1: Inleiding

Om tot een zuiver en volledig onderzoek te komen, is het van belang om de juiste vragen te stellen. In dit hoofdstuk wordt helder uiteengezet wat de aanleiding voor dit onderzoek is, wat de doelstelling is, welke verschillende stappen zijn uitgevoerd, welke hoofd- en deelvragen beantwoord zijn en op welke manier dit is gedaan. Tot slot wordt een leeswijzer gegeven voor het vervolg van dit rapport.

1.1 Project Zichtbare Schakel

Vanwege de toenemende vergrijzing en het aantal chronisch zieken hebben wijkverpleegkundigen een belangrijke functie. Wijkverpleegkundigen zijn naast zorg ook op het welzijn en de woonomgeving van de cliënt gericht. Tevens zorgen zij voor afstemming met medebehandelaars en overige zorgverleners en disciplines. Doordat de laatste jaren de aandacht vooral is komen te liggen bij prijs en productie van zorg, is de functie van de wijkverpleegkundige veranderd. De professionele vrijheid nam af, de omvang en invulling van de werkzaamheden werden gerationaliseerd en versnipperd in afzonderlijke taken, die per uur werden voorgeschreven. De positie van de wijkverpleegkundige ten opzichte van andere medewerkers in het domein van wonen, welzijn en zorg is daardoor onduidelijk geworden (Rosendal en Erve, 2011). De aanspreekfunctie en de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige wordt door cliënten gemist (Hummelink & Ten Have, 2012)

Om dit tijt te keren, is het programma *'Zichtbare Schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'* opgestart. Dit programma is ontstaan uit de motie Hamer (2008). Het programma richt zich met name op kwetsbare groepen en zet wijkverpleegkundigen in zodat preventie en zorg, wonen en welzijn op wijkniveau beter met elkaar worden verbonden. De extra inzet is bedoeld voor wijken en plattelandsgebieden waar sprake is van sociaaleconomische- en gezondheidsachterstanden.³ Het programma is in 2009 begonnen en loopt door tot eind 2012. Inmiddels zijn er 95 projecten gestart in Nederland. ZonMw is verantwoordelijk voor de financiering en de landelijke monitoring en evaluatie van het programma.

Door de Zichtbare Schakel projecten hebben wijkverpleegkundigen weer de mogelijkheid om hun coördinerende taken uit te breiden en te versterken en de regiefunctie weer op te pakken in de wijk. Ze kunnen bijvoorbeeld zonder indicatie op huisbezoek gaan. Dit alles zorgt ervoor dat de wijkverpleegkundigen weer zichtbaar zijn in de wijk, voor zowel samenwerkingspartners als cliënten.

1.2 Aanleiding onderzoek

Ook Carintreggeland doet mee aan het project Zichtbare Schakel. De wijkverpleegkundige als Zichtbare Schakel is nu nog onderdeel van thuiszorgteams van Carintreggeland en wordt gefinancierd door ZonMw. Echter, deze subsidie stopt zeer waarschijnlijk eind 2012. Carintreggeland heeft inmiddels de staatssecretaris verzocht om het project met een jaar te verlengen totdat in 2014 structurele financiering is vastgesteld. Om draagvlak te creëren voor het voortbestaan van de functie in het maatschappelijk veld, wil Carintreggeland een onderzoek doen naar de maatschappelijke impact van dit project binnen de drie steden waar de wijkverpleegkundige van Carintreggeland actief is, namelijk Hengelo, Almelo en Deventer. Het gaat hierbij om een praktijkgericht evaluatieonderzoek naar kwalitatieve gegevens, de kwantitatieve gegevens zijn al bekend door middel van het registratiesysteem dat door de wijkverpleegkundigen wordt gebruikt. Hopelijk draagt het project ertoe bij dat straks overal in de thuiszorgteams de vernieuwde wijkverpleegkundige functie en werkplek krijgt. Subdoel van het onderzoek is dat de wijkverpleegkundige meer bekendheid en bewustwording krijgt bij de desbetreffende belanghebbenden.

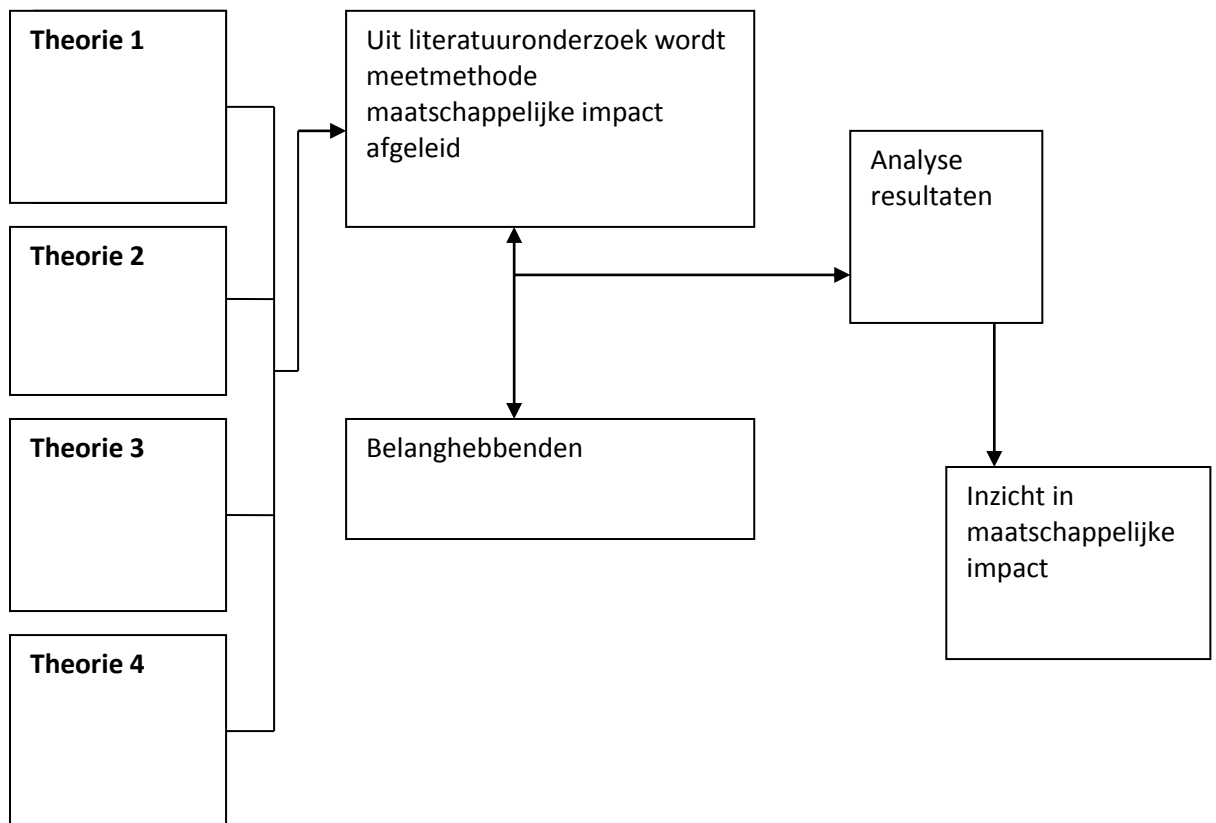
³ <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/>

1.3 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is het leveren van een bijdrage aan het creëren van draagvlak voor het voortbestaan van de functie van de wijkverpleegkundige in het maatschappelijke veld door inzicht te geven in de maatschappelijke impact van de wijkverpleegkundige, gezien door belanghebbenden.

1.4 Onderzoeksmodel

Om aan te tonen uit welke verschillende stappen het onderzoek bestaat, is een onderzoeksmodel opgesteld. Het onderzoeksmodel staat afgebeeld in figuur 1.



Figuur 1: Onderzoeksmodel

Het onderzoeksmodel wordt als volgt verwoord:

Een bestudering van wetenschappelijke literatuur over maatschappelijke impact en het meten daarvan levert een optiek van waaruit de belanghebbenden van de wijkverpleegkundige worden ondervraagd. Een analyse van de onderzoeksresultaten geeft inzicht in de maatschappelijke impact van de wijkverpleegkundige.

1.5 Onderzoeksvragen

De centrale vraag van deze studie is als volgt:

Wat is volgens belanghebbenden van Carintreggeland de maatschappelijke impact van het project Zichtbare Schakel?

De deelvragen die zijn behandeld om tot een antwoord op de centrale vraag te komen, zijn de volgende:

- Wat zijn de doelstellingen van het project Zichtbare Schakel en Carintreggeland?
- Wie zijn de belanghebbenden van de het project Zichtbare Schakel?
- Wat is maatschappelijke impact en hoe meet je dat?
- Welke meetmethode sluit het beste aan bij het onderzoek naar de maatschappelijke impact van de wijkverpleegkundige?

1.6 Onderzoeksmethoden

Om tot een antwoord op de probleemstelling te komen, is gebruik gemaakt van de beschikbare literatuur met betrekking tot het meten van maatschappelijke impact. Ook zijn er groepsgesprekken en interviews afgenomen bij belanghebbenden van het project Zichtbare Schakel. Na het literatuuronderzoek en de dataverzameling te hebben voltooid, zijn de onderzoeksresultaten geanalyseerd en op basis van deze analyse is een antwoord gegeven op de centrale vraag.

1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de achtergrondinformatie en de doelstellingen van het project Zichtbare Schakel en Carintreggeland. Ook worden in dit hoofdstuk de belanghebbenden van het project Zichtbare Schakel geïntroduceerd. In hoofdstuk 3 wordt het begrip maatschappelijke impact gedefinieerd en worden verschillende theorieën beschreven om maatschappelijke impact te meten, waartussen uiteindelijk een keuze wordt gemaakt. In hoofdstuk 4 komt de methodologie aan bod en wordt een selectie gemaakt tussen de verschillende belanghebbenden. Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van het onderzoek. Tot slot zijn de conclusies en aanbevelingen beschreven in hoofdstuk 6.

Hoofdstuk 2: Achtergrondinformatie Zichtbare Schakel en Carintreggeland

2.1 Inleiding

Na in hoofdstuk 1 gelezen te hebben over het project Zichtbare Schakel en de aanleiding voor dit onderzoek, zal in dit hoofdstuk een antwoord worden gegeven op de vraag: 'Wat zijn de doelstellingen van het project Zichtbare Schakel en Carintreggeland?' Ook wordt een korte bedrijfsbeschrijving van Carintreggeland gegeven en wordt uitgelegd wat de relatie tussen Carintreggeland en het project Zichtbare Schakel inhoudt. Verder komen de taken van de wijkverpleegkundige aan bod en de doelstellingen van de teams waarbinnen zij werkt worden geïntroduceerd. Tot slot wordt een antwoord gegeven op de vraag: 'Wie zijn de belanghebbenden van het project Zichtbare Schakel?'

2.2 Doelstellingen Zichtbare Schakel

Om impact te kunnen meten, is het van belang om te kijken naar de vooraf opgestelde doelen van het project Zichtbare Schakel. De vooraf opgestelde doelen van het project Zichtbare Schakel luiden:

- Het verbeteren van een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn
- Het optimaliseren van de verbindingen tussen vraag en aanbod op wijkniveau en daarmee het vergroten van de bereikbaarheid van dat aanbod voor de burger met implicaties als:
 - een betere afstemming in de zorgverlening,
 - een duidelijke loketfunctie waar de (zorg)vraag gesteld kan worden,
 - waar de doorverwijzing naar de juiste instanties direct geregeld wordt,
 - en de toegankelijkheid om hulp te vragen laagdrempelig is;
- Het realiseren van een sluitend aanbod aan woon, zorg- en dienstverlening in de wijk passend bij de behoeften van (met name de kwetsbare) burger;
- Een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven en de autonomie van met name kwetsbare burgers (ZonMw, 2009).

Tijdens of na afloop van het project kan vervolgens worden bekeken of en in hoeverre bovenstaande doelstellingen ook daadwerkelijk zijn behaald. Zo is er in november 2011 door ZonMw een tussenbalans opgemaakt over het project Zichtbare Schakel. De uitkomsten van het rapport zijn zeer positief. Onder andere blijkt dat de wijkverpleegkundigen een substantieel deel van hun tijd besteden aan directe cliëntcontacten. Verder blijkt uit de inventarisatie van de contacten van wijkverpleegkundigen met andere zorg- en dienstverleners dat zij duidelijk een 'spin in het web' functie vervullen tussen wonen, preventie, welzijn en zorg. De wijkverpleegkundigen bereiken ook mensen die nog geen hulp kregen (24% van de gevallen) en bewoners weten de wijkverpleegkundige zelf te vinden. De aanpak van de wijkverpleegkundige bestaat uit signaleren, vaststellen, ondersteunen en doorverwijzen (ZonMw, 2011). Men is dus al hard op weg om de vooraf opgestelde doelen te realiseren.

Onlangs bracht BMC in samenwerking met ZonMw een rapport uit waarin de kosten en baten van wijkverpleegkundigen binnen het project Zichtbare Schakel onderzocht zijn. De belangrijkste conclusie uit dat rapport is, dat de wijkverpleegkundige per jaar bijna 18 duizend euro bespaart aan zorgkosten. Hiervan wordt 84 procent bereikt door het voorkomen van zorg door instellingen in de 'tweede lijn'. Daarnaast is sprake van gezondheidswinst voor cliënten ter waarde van bijna 38 duizend euro. Een heleboel positieve geluiden dus (BMC, 2012).

2.3 Carintreggeland en Zichtbare Schakel

2.3.1 Bedrijfsbeschrijving

Omdat Carintreggeland deelneemt aan het project Zichtbare Schakel en de opdrachtgever voor dit onderzoek is, wordt dit bedrijf kort omschreven. Carintreggeland is een organisatie voor wonen,

welzijn en zorg. Het aanbod is breed, van voeding- en dieetadvies en maatschappelijk werk tot welzijnsactiviteiten voor ouderen en personenalarmering. Maar ook thuiszorg, dagverzorging, kortdurende opname en bemiddeling voor huishoudelijke hulp. Verder levert Carintreggeland verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg.⁴ Het werkgebied van Carintreggeland beslaat een groot deel van het Twentse land.

De missie van Carintreggeland is als volgt: *“Wij voegen waarde toe aan de kwaliteit van leven van onze klanten”* (Carintreggeland, 2011). Belangrijke waarden voor Carintreggeland zijn: een brede zorgopvatting, namelijk 'mensen laten meedoen in/met het leven', topkwaliteit in alle schakels, zowel interventie als preventie, respect voor persoonlijke waarden en initiatiefrijke: dichtbij de cliënt en in de buurt (Carintreggeland, 2011). In bijlage 1 staat het organogram van de organisatie afgebeeld.

2.3.2 Carintreggeland en Zichtbare Schakel

Carintreggeland heeft in 2010 besloten om deel te nemen aan het project Zichtbare Schakel. Het project sluit goed aan bij de missie en waarden zoals die in bovenstaande paragraaf beschreven staan. Ook is één van de ambities voor 2011-2015 zoals die staat geformuleerd in het strategisch beleidsplan van Carintreggeland: 'Carintreggeland is in dorpen en wijken zichtbaar aanwezig, levert een bijdrage aan de sociale leefbaarheid en gaat duurzame relaties aan met partners.' Binnen deze ambitie past het project Zichtbare Schakel goed.

Carintreggeland richt zich vanuit het project op vijf wijken binnen het eigen werkgebied, die elk een eigen problematiek kennen. De rol van de wijkverpleegkundige wordt verschillend vormgegeven binnen drie afzonderlijke projecten. De functie verschilt in aard en inhoud, naamgeving, beroepsinhoudelijke achtergrond, samenwerking binnen de wijkinfrastructuur en samenwerking met de eerstelijnsdisciplines. De drie steden en vijf wijken zijn:

- Deventer: Voorstad en Keizerslanden
 - Hengelo: Berflo Es en Hengelose Es
 - Almelo: Ossenkoppelerhoek
- (Carintreggeland, 2012)

2.3.3 Rollen van de wijkverpleegkundige

Om aan de vooraf opgestelde doelen van het project Zichtbare Schakel te kunnen voldoen, heeft Carintreggeland in totaal 11 medewerkers aangesteld als wijkverpleegkundige (Carintreggeland, 2012). Naast de rollen die een HBO opgeleide verpleegkundige heeft, zijn er specifieke taken die de wijkverpleegkundige heeft:

1. Vroegsignaleren en doorverwijzen
2. Zorgverlenen en adviseren, verbinden en toeleiden
3. Het vergroten van het bereik van interventies onder relevante doelgroepen (of het 'op maat' maken van zorg passend bij de doelgroepen en context van de wijk)
4. Registreren en volgen
5. Monitoren en beleidsgericht signaleren als feedback voor lokaal gezondheidsbeleid

(ZonMw, 2009)

2.4 Teams waarbinnen de wijkverpleegkundige functioneert

Iedere wijk heeft een eigen team dat integraal samenwerkt en waarin onder andere de wijkverpleegkundige vertegenwoordigd is. De samenstelling van de verschillende teams is per wijk verschillend en staat vermeld in bijlage 2. De teams zijn integraal en wijkgericht. Voordat de teams van start gingen, zijn er doelstellingen opgesteld. Hieronder volgen kort de doelstellingen per team, die ook relevant zijn voor Carintreggeland en het project Zichtbare Schakel.

⁴ http://www.carintreggeland.nl/content/1/3/over_carintreggeland.aspx

2.4.1 Sleutelteam Hengelo: Berflo Es

Het Sleutelteam heeft de volgende doelen opgesteld:

- **Eigen kracht bewoners centraal:** Het sleutelteam is erop gericht om mensen te helpen vanuit eigen kracht, kwaliteit en mogelijkheden te leven. Het sleutelteam mag hierbij een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid. De wijkbewoner die zorg nodig heeft en daarom vraagt, kan tegelijk een bijdrage leveren aan de maatschappij. Kwaliteit van leven staat daarbij centraal. Indicatiestelling moet hierbij maximaal aansluiten
- **Goede en zorgvuldige informatie-uitwisseling essentieel:** Het sleutelteam maakt gebruik van een efficiënt registratie- en communicatiesysteem om met elkaar in contact te staan. Leden van het sleutelteam kunnen cliënten onderling doorverwijzen.
- **Kleinschalig en zichtbaar in de wijk:** De overheid is de afgelopen jaren druk doende om met name de eerstelijnszorg aanmerkelijk te versterken en te hervormen. Hierbij is veel aandacht voor het concept wijk- en buurtgericht werken binnen verschillende sectoren. Na een tijd van grootschaligheid van voorzieningen en diensten groeit de behoefte aan herkenbare kleinschalige voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Kleinschalig georganiseerd en zichtbaar in de wijk. Diensten en zorg die dichtbij en samen met het sociaal systeem rondom bewoners wordt georganiseerd (Sleutelteam Berflo Es, 2010).

Het Sleutelteam komt eens in de zes weken bij elkaar.

2.4.2 TOPteam Almelo

Het doel van het TOPteam Almelo is om te bereiken dat enkele kernorganisaties heel praktisch met elkaar gaan samenwerken om huishoudens in de wijk op een laagdrempelige wijze te bereiken en vervolgens zo goed mogelijk te ondersteunen om vooruit te komen. Het is ook belangrijk dat de leden van het sleutelteam bekend zijn bij de bewoners en hun vertrouwen winnen zodat er bereidheid is om te signaleren en te verwijzen. Dankzij de samenwerking tussen zorg, welzijn, wonen en activering en de korte lijnen komen inwoners gemakkelijker in contact met teamleden en komen vervolgens bredere maatwerkoplossingen in beeld. Concreet betekent dat:

- Uitbreiding van kennis over de mogelijkheden, die er zijn om bewoners aan te bieden
- Kortere en snellere lijnen: eerder en sneller zelf bellen van en gebeld worden door andere dienstverleners
- Bewoners activeren naar meer zelfredzaamheid en naar meer leuke dingen doen (in de wijk)
- Bewustwording van mogelijkheden en onmogelijkheden
- Inzicht in het aanbod op alle leefgebieden in de wijk
- Beter en meer wijkbewoners kunnen bereiken, ook met de diensten van de eigen organisatie (TOPteam, 2011).

Het TOPteam komt iedere week bij elkaar.

2.4.3 SATteam Deventer

Het SATteam in Deventer heeft geen plan van aanpak geschreven voordat ze van start gingen. Wel zijn er informeel een aantal doelen opgesteld:

- Casuïstiek bespreken
- Afstemmen van samenwerking
- Ontwikkelingen in de wijk monitoren
- Contact onderhouden met andere wijkwerkers

Het SATteam komt eens in de zes weken bij elkaar.

2.5 Belanghebbenden

2.5.1 Belanghebbenden Zichtbare Schakel

Er is een grote groep belanghebbenden bij het project Zichtbare Schakel betrokken. Freeman (1984) definieerde een belanghebbende (Engels: stakeholder) als volgt: "Elke groep of individu die de verwezenlijking van de doelstellingen van de organisatie kan beïnvloeden of erdoor wordt

beïnvloed.” Belanghebbenden van het project zijn onder andere de gemeente, woningbouwcorporaties, huisartsen, zorgkantoren, de integrale wijkgerichte teams, thuiszorgteams, cliënten, gezinsleden en mantelzorgers van de cliënten, buurtbewoners, de wijkagent, het wijkcentrum, meldpunt GGD, potentiële cliënten en tot slot natuurlijk ZonMw. In hoofdstuk 4.3 worden deze belanghebbenden uitgebreider behandeld en wordt beschreven welke belanghebbenden wel en niet meegenomen zullen worden in dit onderzoek. Over de doelgroep van het project, namelijk de cliënten, wordt echter in de volgende paragraaf al iets geschreven.

2.5.2 Impact op cliënten

De cliëntengroep is misschien wel de grootste belanghebbende van het project, toch is besloten om deze groep niet mee te nemen in dit onderzoek. Over de impact op cliënten is al veel geschreven in eerdere onderzoeken en evaluaties.

Zorgorganisatie Omring heeft een onderzoek gedaan naar de maatschappelijke meerwaarde van de wijkverpleegkundige en dat beschreven in hun rapport 'Van Solex naar Laptop' (2010). Op basis van cliëntverhalen, verwoorden zij de meerwaarde voor de cliënt als volgt: "De cliënt ervaart een toename van de zelfredzaamheid en eigen regie, professionele ondersteuning bij behoeften op het gebied van zorg en welzijn, en kwalitatief hoogwaardige en veelzijdige zorg in de eigen vertrouwde omgeving. Door de zichtbare aanwezigheid van de wijkverpleegkundige voelt de cliënt zich veiliger in de wijk, weet zij zich meer geborgen en gesteund in de eigen omgeving en blijven sociale verbanden beter intact. Dit draagt bij aan de bevordering van de algehele gezondheid en het welzijn van de burgers, als potentiële cliënten van de wijk." (Omring, 2010, p. 19) Kwalitatieve effecten voor de cliënt zijn verhoging van zelfredzaamheid, adequate antwoorden op hulpvragen, leren omgaan met beperkingen (preventie, gezondheidsbevordering en minder thuiszorg nodig), meer rust, begrip, ondersteuning, betrokkenheid en vrijheid door tijd en aandacht voor zorgproces, uitstel opname in verpleeghuis of verzorgingshuis, langer thuis blijven wonen (verhoogt de leefbaarheid in de dorpen) (Omring, 2010, p. 48).

Ook kruisvereniging West-Brabant heeft in samenwerking met adviesbureau BMC een onderzoek gedaan naar de effecten van een wijkverpleegkundige. Dit is beschreven in het rapport: 'de Wijkzuster terug in West-Brabant, worden we er beter van?' Na analyse van 54 dossiers zijn effecten geconstateerd. Zo zijn cliënten beter gevoed, hygiënischer en/of hebben ze minder pijn. Psychisch gezien zijn cliënten minder belast, hebben minder zorgen, zijn minder eenzaam en/of minder depressief. Op maatschappelijk niveau tonen cliënten meer eigen regie, wonen ze aangener, krijgen ze meer vertrouwde verzorging, tonen ze minder emotie, ervaren ze minder relationele spanning en/of zijn ze minder tot overlast voor burens. Deze effecten zijn vervolgens uitgedrukt in QALY's en gemonetariseerd. De opbrengst in kwaliteit van leven bij zorgvragers is ongeveer 5,5 QALY (BMC, 2011).

2.6 Slot

In dit hoofdstuk zijn de doelstellingen van het project Zichtbare Schakel en Carintreggeland aan bod gekomen en werd een bedrijfsbeschrijving van Carintreggeland gegeven. Ook is de relatie tussen het project Zichtbare Schakel en Carintreggeland beschreven en kwamen de taken van de wijkverpleegkundige aan bod. De doelstellingen van de teams waarbinnen zij werkt zijn geïntroduceerd en de belanghebbenden van het project Zichtbare Schakel zijn bekendgemaakt. In het volgende hoofdstuk zullen de mogelijke methoden om de maatschappelijke impact van het project Zichtbare Schakel te meten, aan bod komen.

Hoofdstuk 3: Meetmethoden maatschappelijke impact

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op deelvraag: 'wat is maatschappelijke impact en hoe meet je dat?' Vervolgens wordt de deelvraag 'welke meetmethode sluit het beste aan bij het onderzoek naar de maatschappelijke impact van de wijkverpleegkundige?' beantwoord door een keuze te maken tussen de verschillende methoden.

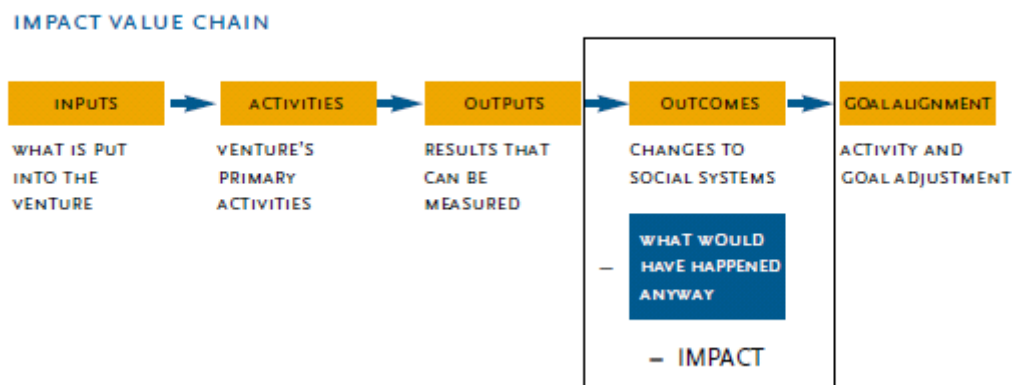
Voor de term 'maatschappelijke impact' worden in de literatuur gerelateerde termen als 'rendement', 'effect', 'sociale impact' en 'sociale waarde' gebruikt. Deze termen hebben gelijksoortige definities. Gezien het doel van het onderzoek is de definitie van 'sociale impact' door Franssen en Scholten (2007) het meest relevant. Ook is deze definitie het meest gedetailleerd. De definitie is als volgt:

"Sociale impact is het verschil tussen de uitkomsten voor belanghebbenden als gevolg van de activiteiten van de onderneming en de uitkomsten die zouden zijn behaald als de onderneming niet zou bestaan. Impacts kunnen negatief, ongewenst of onbedoeld zijn, evenals het tegenovergestelde hiervan."

Om de definitie van maatschappelijke impact duidelijk in beeld te brengen, ontwierpen Clark e.a. (2004) een versimpeld model waarmee wordt getoond hoe sociale waarde wordt gecreëerd, de Impact Value Chain. Deze wordt in de volgende paragraaf uitgelegd.

3.2 Impact Value Chain

Het belangrijkste idee van de Impact Value Chain is de output te onderscheiden van outcomes. Outputs zijn de resultaten die een bedrijf, non-profit organisatie of projectmanager kan meten of beoordelen. Outcomes zijn de ultieme veranderingen die men probeert te maken in de wereld. Vaak beschikt de organisatie niet over de expertise of middelen om te evalueren of een outcome is bereikt, maar het is net zo belangrijk voor de organisatie om de gewenste outcomes te definiëren en erachter te komen welke output maatstaven het meest waarschijnlijk zijn gecorreleerd met deze gewenste resultaten (Clarck e.a., 2004). In figuur 2 is de Impact Value Chain afgebeeld.



Figuur 2: Impact Value Chain

3.3 Verschillende meetmethoden

Er zijn vele verschillende methoden ontwikkeld om maatschappelijke impact te meten. Deze methoden variëren van praktische hulpmiddelen ontwikkeld door consultancybedrijven, tot meer theoretische kaders van impactmeting. Een aantal artikelen geven een overzicht van de verschillende methoden. Zo bediscussiëren Clark e.a. (2011) negen methoden in hun catalogus. Ook Maas (2009)

heeft dertig methoden beschreven in haar proefschrift, en deze ingedeeld in zes karakteristieken: het doel, het tijdsframe, de oriëntatie, de termijn het perspectief en de aanpak. Het zou te veel zijn om alle verschillende methoden te behandelen, daarom is er een selectie gemaakt. De Balanced Scorecard zal worden beschreven omdat deze vaak in de literatuur naar voren komt, en ook door Maas (2009) wordt aanbevolen voor dit type onderzoek. Ook zal de Social Return on Investment (SROI) methode worden beschreven, aangezien deze veel in de praktijk wordt toegepast (Mc Neill, 2009). Verder wordt de theorie van verandering beschreven, omdat deze de basis is voor veel ontwikkelde meetmethoden. Tot slot wordt de 'Most Significant Change Method' beschreven, omdat dit een goede methode is om kwalitatief, verhalend onderzoek te doen, wat ook in dit onderzoek zal gebeuren. Uiteindelijk wordt er een keuze gemaakt tussen deze verschillende meetmethoden.

3.3.1 Balanced Scorecard

De eerste methode die behandeld wordt, is de Balanced Scorecard. De Balanced Scorecard is een methode voor strategisch management en vult de traditionele financiële metingen aan met criteria die de prestaties van drie andere perspectieven meet, namelijk die van klanten, interne bedrijfsprocessen en leren en groei. (Kaplan & Norton, 1996). Het pleit voor integratie van de outcomes in het strategische proces van een organisatie. Het helpt met de coördinatie van evaluatie, interne operationele metingen en benchmarks met andere bedrijven, maar is daar geen vervanging voor (Clark e.a., 2004, p. 22). In bijlage 3.1 staat de Balanced Scorecard afgedrukt.

De Balanced Scorecard helpt om een antwoord te krijgen op de volgende vier vragen (Kaplan & Norton, 1992):

1. Hoe zien onze klanten ons? (klantperspectief)
2. Op welk gebied moeten we de eigen prestaties verbeteren? (interne perspectief)
3. Hoe zien we er uit voor aandeelhouders en andere financiers? (financiële perspectief)
4. Kunnen we blijven verbeteren en groeien? (leren & groei perspectief)

De Balanced Scorecard wordt veel toegepast in het bedrijfsleven, met name in profitorganisaties. Dit onderzoek wordt gedaan in een non-profit organisatie, waardoor de Balanced Scorecard niet goed toepasbaar is. Een aantal jaar geleden heeft Moore (2003) de 'Public Value Scorecard' ontwikkeld. Deze is gebaseerd op de principes van de Balanced Scorecard, maar is toegepast op non-profit organisaties, welke niet als hoofddoel hebben om waarde voor zichzelf te vergroten, maar om hun capaciteiten in te zetten om een zo groot mogelijke impact op sociale condities te behalen en manieren te vinden van deze capaciteiten gebruik te maken, samen met anderen. Er zijn drie cruciale verschillen tussen de Balanced Scorecard en de Public Value Scorecard: ten eerste wordt in de PVSc de ultieme waarde, geproduceerd door de organisatie, gemeten in niet-financiële termen. Als tweede richt de PVSc niet alleen op klanten die betalen voor een dienst, of de klanten die profiteren van activiteiten van de organisatie, maar ook op derde partij betalende. Ten derde, de PVSc richt de aandacht op de productiemogelijkheden voor het bereiken van grote maatschappelijke resultaten buiten de grenzen van de organisatie zelf (Moore, 2003) (Maas, 2009). De Public Value Scorecard is afgebeeld in bijlage 3.2

3.3.2 Social Return on Investment

Een andere methode om maatschappelijke impact te meten is Social Return on Investment (SROI). SROI is een methode om zowel de maatschappelijke als de financiële resultaten inzichtelijk te maken. De SROI methode borduurt voort op de Return on Investment (ROI) methode, die de financiële opbrengst van een onderneming berekent.

Social Return on Investment (SROI) is een methode om de waarden die organisaties produceren naast de eventuele financiële waarden, zoals milieugerelateerde, sociale en publiek economische waarden, te begrijpen en te analyseren. Aan deze waarden worden indicatoren gekoppeld, die leiden tot monetaire waarden. Deze worden vervolgens omgerekend tot een netto contante waarde en gedeeld door het bedrag van het totaal aan investeringen, met als resultaat het maatschappelijke rendement (Scholten, 2005, p.17). Het maatschappelijke rendement is dus uitgedrukt in een

geldwaarde. Voor elke euro die er in een project wordt gestopt, komt er een bedrag uit en wanneer dit hoger is dan de euro die erin is gestopt is het project rendabel.

In de loop van de jaren wordt de SROI methode door steeds meer bedrijven toegepast. Dit leidt ertoe dat er vergelijkingen kunnen worden gemaakt tussen deze verschillende bedrijven.

Volgens Scholten (2005) moeten er tien stappen doorlopen worden voor het berekenen van de SROI, welke te zijn onderverdelen in vier hoofdfasen:

Fase 1: Opzet

- Handeling 1: de doelstellingen voor de analyse begrijpen.
- Handeling 2: bepalen wie de belanghebbenden van de organisatie zijn
- Handeling 3: omvang van de analyse bepalen
- Handeling 4: inkomsten en uitgaven analyseren
- Handeling 5: de impact value chain in kaart brengen

Fase 2: Inhoud

- Handeling 6: indicatoren bepalen en gegevens verzamelen
- Handeling 7: prognoses maken

Fase 3: Betrouwbaarheid

- Handeling 8: maatschappelijk rendement berekenen
- Handeling 9: rapporteren

Fase 4: Continuïteit

- Handeling 10: bewaking

Nadat deze fasen zijn doorlopen, zijn zowel de maatschappelijke als de financiële resultaten van een investering of onderneming in beeld gebracht.

3.3.3 Theory of Change

De derde theorie die wordt behandeld, is de Theory of Change. Theory of Change refereert naar de causale processen waardoor verandering ontstaat als een resultaat van strategie en actie van een programma (Weiss, 1998). Weiss (1995) ontwikkelde een 'theory-based evaluation' waarbij theorie door haar wordt gedefinieerd als 'de verzameling van aannames en overtuigingen die een programma-activiteit ondersteunen'. Het gaat hierbij dan over de aannames en overtuigingen over hoe een programma zou leiden tot sociale impact (Weiss, 1997). De basis van het idee van 'theory based evaluation' is dat de overtuigingen en aannames die ten grondslag liggen aan een interventie kan worden uitgedrukt in termen van een gefaseerde reeks oorzaken en effecten. Dit wordt ook wel de programma theorie genoemd (Weiss, 1997).

Een voorbeeld is een programma dat jeugd klaarstoomt voor een baan, verwacht dat deelnemers vaardigheden leren, met deze vaardigheden zelfvertrouwen krijgen, door dit zelfvertrouwen op een actieve manier een baan gaan zoeken en door deze actieve manier van werk zoeken een baan krijgen. Door middel van de 'theory based evaluation' wordt data verzameld om te kijken hoe elke stap van deze verwachtingen ook daadwerkelijk uitgevoerd werd. Op deze manier resulteert de evaluatie niet alleen in hoeveel verandering er heeft plaatsgevonden, maar ook of en hoe de verwachte stappen hebben plaatsgevonden of zijn gewijzigd. Wanneer de verwachte verandering niet is bereikt, kan worden aangetoond op welk punt het is misgegaan.

Waarom op deze manier evalueren? Er zijn vier hoofddoelen:

1. De aandacht tijdens de evaluatie wordt gevestigd op de belangrijkste aspecten van het programma
2. Het vergemakkelijkt aggregatie van evaluatieresultaten in een bredere basis van theoretische- en programma-informatie
3. Het vraagt programmabeoefenaars om hun aannames expliciet te formuleren en consensus met collega's te krijgen over wat er geprobeerd wordt te doen en waarom

4. Evaluaties die theoretische assumpties, ingebed in het programma, aanpakken hebben meer invloed op zowel beleid als populaire opinie (Weiss, 1995).

De evaluatie biedt een bonte en gedetailleerde administratie van het waarom en hoe van het verkrijgen van de outcome die wordt waargenomen. De theorie van verandering als basis voor de evaluatie belooft ons te helpen voorkomen opnieuw in valkuilen van vroegere evaluaties van maatschappelijke programma's te lopen: die exclusief vertrouwen op individueel niveau hebben, die vragen ontwijken over de rol van de maatschappij en geen licht werpen op de effectiviteit van een programma en onvermogen om te verklaren hoe en waarom effecten tot stand komen op programma-interventies. Theory based evaluation heeft rechtstreeks betrekking op dergelijke kwesties (Weiss, 1995). Het model bouwt dus voort op aannames en overtuigingen over hoe verandering plaatsvindt en hoe specifieke acties leiden tot resultaat (Maas, 2009).

3.3.4 Most Significant Change Method

De laatst te behandelen methode om maatschappelijke impact te meten is de Most Significant Change Method (MSC). De MSC is een vorm van participierend monitoren en evalueren. Het doel is het gezamenlijk leren en reflecteren op veranderingen door middel van verhalen. De focus ligt op het proces van verandering, ontwikkeling en resultaten. Er worden op operationeel niveau verhalen verzameld waarin veranderingen worden beschreven. Daarna selecteert een panel van stakeholders of medewerkers de meest significante veranderingen uit deze verhalen. Zij worden in eerste instantie dus betrokken bij het 'zoeken' naar de impact. Zodra deze selectie is gemaakt, gaat dezelfde groep mensen bij elkaar zitten en de selectie hardop voorlezen en er samen op een dieper niveau over doorpraten. Zij sturen hun selectie vervolgens door naar een managementlaag boven hen, die opnieuw een selectie maakt en erover doorpraat. Op deze manier blijft uiteindelijk een aantal hoofdervaringen over, die het meest herkend worden of waar de grootste waarde aan wordt toegekend. Wanneer deze methode goed wordt uitgevoerd, zal deze groep van mensen steeds meer hun aandacht richten op de impact van een project. In bijlage 3.3 staat een schematische weergave van deze methode (Davies & Dart, 2003, 2005).

3.4 Keuze tussen meetmethoden

Na voorgaande methoden te hebben beschouwd, wordt nu afgewogen welke meetmethode het meest geschikt wordt geacht in het verdere onderzoek.

De Balanced Scorecard helpt de organisatie om hun activiteiten in kaart te brengen. Het bevordert interne communicatie en is een bruikbare methode om veranderingen binnen een organisatie te managen (Nef, 2011). Hieruit blijkt ook dat deze methode niet erg geschikt is voor dit onderzoek. De Balanced Scorecard is niet ontworpen om de organisatie te helpen om dingen te verhelderen voor belanghebbenden (Nef, 2011). Ook zijn niet alle perspectieven van de Balanced Scorecard relevant. De Public Value Scorecard is meer toegespitst op non-profit organisaties als Carintreggeland, maar is in de praktijk nog maar weinig toegepast. Ook mist een concrete handleiding voor implementatie.

Over de SROI methode is literatuur en praktijktoepassingen te vinden. Ook is de SROI methode sinds kort geïntroduceerd binnen de organisatie Carintreggeland. Een deel van de stappen van de SROI methode worden als waardevol beschouwd door Carintreggeland, omdat er nog weinig bekend is over de visie van de belanghebbenden op de wijkverpleegkundige en welke impact dit werk heeft. Door deze stappen uit te voeren en uiteindelijk een effectenkaart op te stellen, wordt er een gesprek aangegaan met belanghebbenden en wordt er op die manier inzicht verkregen in de maatschappelijke impact van het project. Echter, de laatste stappen (het moneteriseren van de maatschappelijke impact) zijn lastig uitvoerbaar doordat ze veelal zijn gebaseerd op aannames en bovendien zijn deze stappen niet haalbaar binnen de gestelde tijd van de bacheloropdracht.

De Theory of Change is een basis voor een methode, maar Weiss beschrijft geen stappenproces om deze evaluatie te volbrengen. Het kan daarom worden gezien als basis of onderdeel van een methode, maar niet als een op zichzelf staande methode.

Een voordeel van de Most Significant Change methode is dat respondenten vrijuit kunnen vertellen over hun ervaringen met een bepaalde interventie. Ook komt door de gelaagdheid van de methode duidelijk naar voren wat de overeenkomsten en verschillen in opvattingen zijn tussen de verschillende lagen. Een nadeel echter is dat er, om een duidelijk beeld te krijgen, ook een groot aantal interviews afgenomen moeten worden. Daar komt bij dat het een piramidestructuur is, dus dat er veel data moet zijn om uit te kunnen selecteren (Veldhuizen, 2009).

Om bovenstaande redenen is besloten om voor dit onderzoek de eerste stappen van de SROI methode uit te voeren, door een effectenkaart op te stellen door informatie te verzamelen van belanghebbenden om zo aan de doelstelling van het onderzoek, zoals beschreven in paragraaf 1.3 te voldoen. Daarbij is ook de theorie van verandering meegenomen, om te bepalen welke verwachtingen en aannames vooraf aan het project en/of vooraf aan dit onderzoek heersten. Dit correspondeert ook met handeling 1 van de SROI-methode.

Effectenkaart

Bij het uitvoeren van de verschillende stappen van de SROI-methode is gebruik gemaakt van een handig instrument dat is ontwikkeld door de SEV, op basis van de Impact Value Chain, namelijk de effectenkaart. De effectenkaart is een hulpmiddel om greep te krijgen op de maatschappelijke effecten van investeringen. Hij brengt de verschillende aspecten van een maatschappelijke investering in verband met elkaar en presenteert deze op een overzichtelijke manier (Deuten, 2007, p.34).

Drie vragen staan centraal, en elke vraag correspondeert met een kolom in de effectenkaart: wie ondervindt effecten, welke effecten zijn dat en hoe worden deze effecten bereikt? Verder kan de effectenkaart worden uitgebreid met indicatoren om de effecten meetbaar te maken. Ook kunnen aan deze indicatoren doelstellingen of streefcijfers worden verbonden en kunnen de benodigde middelen (input) beschreven worden.

Door een effectenkaart op te stellen, worden maatschappelijke effecten van een investering concreet en tastbaar gemaakt. Doordat de resultaten overzichtelijk en beknopt gepresenteerd worden, dragen ze bij aan de bespreking van het maatschappelijke rendement.

Voor elke stakeholder is deze effectenkaart ingevuld, aan de hand van verzamelde gegevens. Het onderzoek is dus gericht op belanghebbenden. De opzet van een effectenkaart, gecombineerd met de Impact Value Chain zoals geschreven is 2.4.2 leidt tot het volgende schema:

Input	Activiteiten	Output	Impact	Indicator
Alle middelen die in een project worden ingebracht	Dat wat in het project plaatsvindt	De gemeten en kwantificeerbare resultaten	Het verschil tussen de uitkomsten voor belanghebbenden als gevolg van de activiteiten van de onderneming en de uitkomsten die zouden zijn behaald als het project niet zou bestaan.	Een meetbaar fenomeen

Figuur 3: Effectenkaart

3.5 Slot

In dit derde hoofdstuk is de definitie van maatschappelijke impact aan bod gekomen en zijn verschillende meetmethoden om maatschappelijke impact te meten behandeld. Uiteindelijk is een afweging gemaakt tussen deze verschillende meetmethoden en is gekozen om een deel van de SROI methode uit te voeren met behulp van de effectenkaart, omdat deze methode het beste aansluit bij het onderzoek naar de maatschappelijke impact van de wijkverpleegkundige. In hoofdstuk 4 zal worden toegelicht hoe dit onderzoek precies is vormgegeven.

Hoofdstuk 4: Methodische verantwoording

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is vormgegeven. Allereerst bespreken we het onderzoeksontwerp, daarna wordt een selectie gemaakt tussen de belanghebbenden, vervolgens worden de meetinstrumenten en het proces van dataverzameling toegelicht en ten slotte wordt beschreven hoe de verzamelde data geanalyseerd is.

4.2 Onderzoeksontwerp

De wijkverpleegkundige is actief in vijf verschillende wijken binnen drie verschillende steden, zoals in hoofdstuk 2.3.2 beschreven staat. Deze steden zijn Hengelo, Almelo en Deventer. Gekozen is om deze drie verschillende steden als uitgangspunt te nemen voor het onderzoek, zodat op deze manier ook een vergelijking gemaakt kan worden tussen de betreffende steden.

Gekozen is voor een kwalitatief onderzoek. "Kwalitatieve analyse heeft betrekking op de wijze waarop uit gegevens (van wat voor aard dan ook) conclusies worden getrokken om de onderzoeksvraag te beantwoorden, en duidt er in het bijzonder op dat dat niet gebeurt door het vastleggen van relaties met behulp van getallen, maar door subjectieve interpretaties" (De Bie&Visser, 1986, p. 128-129). Kwantitatieve gegevens over het project Zichtbare Schakel zijn bij Carintreggeland al bekend. Een groot voordeel van interviews is dat er meer vrijheid is en er meer diepgang bereikt kan worden dan bij enquêtes. De interviews zijn waar mogelijk mondeling maar in een aantal gevallen telefonisch afgenomen. Het kwalitatieve onderzoek geldt nu als verdieping van de kwantitatieve resultaten die al bij Carintreggeland bekend zijn. Daarnaast hebben er, om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen, een aantal groepsinterviews plaatsgevonden. Iedereen individueel interviewen zou binnen de gestelde tijd niet lukken, maar de verschillende belanghebbenden zijn wel van belang om de maatschappelijke impact in kaart te brengen. Het voordeel van een groepsinterview is dat binnen een korte tijd veel informatie verzameld kan worden. Bovendien kan de groep snel op elkaar reageren en elkaar stimuleren, waardoor snel nieuwe ideeën ontstaan. Doordat een aantal van de betreffende groepen al regelmatig bij elkaar komen, kon daarop goed aangesloten worden. Een nadeel van een groepsinterview is dat de groepsdruk kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden.

Voordat de groeps gesprekken zijn aangevangen, is een verwachte effectenkaart ingevuld aan de hand van de literatuur en de verwachtingen van de projectleiders. Dit hielp bij de voorbereiding van de interviews en zette het proces om hierover na te denken in werking. Ook is besloten om alle respondenten vooraf een voorbereidingsdocument te sturen, waarbij werd gevraagd om dit een aantal dagen voor aanvang van het gesprek te retourneren, zodat dit meegenomen kon worden in het gesprek.

De projectleiders hebben geholpen bij het selecteren van de belanghebbenden en het verkrijgen van de contactgegevens. In sommige gevallen maakten zij een afspraak. Ook was de projectleider van de betreffende stad aanwezig bij een aantal van de groeps gesprekken, ter ondersteuning.

Aan de hand van al deze uitkomsten is de vooraf opgestelde effectenkaart aangepast en verfijnd.

4.3 Selectie belanghebbenden

Om het onderzoek te gaan uitvoeren, moest eerst worden bepaald welke belanghebbenden betrokken zouden worden in dit onderzoek. In hoofdstuk 2.5.1 zijn de verschillende belanghebbenden al opgenoemd, nu zal de selectie tussen deze belanghebbenden beschreven worden. Samen met de projectleiders van de verschillende teams rondom de wijkverpleegkundige is deze selectie gemaakt. Dit is gedaan door te kijken welke partijen de meeste invloed op het proces hebben, welke partijen het meest direct effect meten of zouden moeten meten en welke partijen het

best benaderbaar zijn. Verder is er geprobeerd om zoveel mogelijk dezelfde partijen binnen de verschillende steden te interviewen, om zo een goede vergelijking te kunnen maken. Ook is rekening gehouden met de beschikbare tijd voor de dataverzameling.

Voor de selectie is ook gebruik gemaakt van het webbased registratiesysteem dat de wijkverpleegkundigen bijhouden. Daaruit zijn vele kwantitatieve gegevens af te leiden. Zo is onder andere bekend op wiens initiatief het contact tussen de cliënt en de wijkverpleegkundige tot stand is gekomen. Hier is besloten om de partijen die het vaakst contact zoeken/doorverwijzen naar de wijkverpleegkundige te betrekken in het onderzoek.

De belanghebbenden die zijn betrokken in het onderzoek staan weergegeven in tabel 1.

Belanghebbende	Omschrijving
Gemeente	Door de decentralisering van de AWBZ naar WMO, raakt de gemeente steeds meer betrokken op het gebied van zorg. Ook is de gemeente een belangrijke partij die de maatschappelijke gevolgen van een project zou kunnen aantonen, vanwege het overzicht dat zij hebben.
Woningbouwcorporatie	Woningbouwcorporaties sturen cliënten door naar de wijkverpleegkundige, wanneer ze zorgelijke omstandigheden aantreffen.
Huisarts	De huisarts kan contact opnemen met de wijkverpleegkundige en cliënten doorverwijzen.
Zorgkantoor	Hengelo en Almelo vallen onder zorgkantoor Menzis en Deventer valt onder zorgkantoor Salland. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en: <ul style="list-style-type: none"> - geven informatie aan patiënten/consumenten over AWBZ-zorg en stellen vast of de zorgvrager verzekerd is - stellen beleidsplannen op voor het regionale zorgbeleid⁵
Sleutelteam/TOPteam/SAT	Deze uitvoerende teams bestaan uit mensen uit verschillende organisaties die al jaren in een bepaalde wijk werken, veel bewoners kennen en goed op de hoogte zijn van de ontwikkelingen in de wijk. Bewoners uit die wijk kunnen het team benaderen met een vraag of probleem, waarna samen naar een oplossing wordt gezocht. Het uitvoerende team heeft in iedere wijk een andere samenstelling en komt routinematig bij elkaar. Voor dit onderzoek kan daarbij aangeschoven worden.
Thuiszorgteam	Iedere betrokken wijk heeft een eigen thuiszorgteam. Dit team bestaat uit een verzorgende, een gewone wijkverpleegkundige en een thuisbegeleidster.

Tabel 1: Belanghebbenden

Enkele partijen werden niet meegenomen in dit onderzoek vanwege hun beperkte invloed, benaderbaarheid en/of de beperkte tijd:

- Cliënten

Over de impact op de cliënten is al veel geschreven in eerdere onderzoeken en evaluaties, zoals ook beschreven in hoofdstuk 2.5.2. Of deze gegevens ook representatief zijn voor de specifieke wijken in dit onderzoek is niet bekend, maar vanwege de tijd is besloten om dit niet mee te nemen. Ook krijgt men te maken de privacywetgeving rondom cliëntgegevens, die ingewikkeld en tijdrovend is. Een cliënt moet eerst op de hoogte worden gebracht van het onderzoek, toestemming verlenen en daarna mag hen een aantal vragen worden gesteld. Verder is het zo dat de cliënten relatief weinig informatie prijsgeven aan onbekenden. Ook de allochtone groep cliënten is moeilijk bereikbaar, doordat een tolk nodig is. Het idee om dit door de Zichtbare Schakel zelf uit te laten voeren, is ook niet geschikt vanwege de grote kans op sociaal wenselijke antwoorden. Vanwege deze redenen is besloten om de cliënten niet mee te nemen in dit onderzoek.

- Gezinsleden en mantelzorgers van de cliënten
- Buurtbewoners
- Wijkagent, wijkcentrum
- Meldpunt GGD
- Potentiële cliënten
- ZonMw

⁵ <http://www.rijksoverheid.nl/adres/a/adressen-zorgkantoren.html>

Ook is de wijkverpleegkundige zelf niet meegenomen in dit onderzoek, omdat het gaat over welke meerwaarde samenwerkingspartners in haar functie zien en dus niet over welke meerwaarde zij zelf ziet. Wel is bij een aantal groeps gesprekken een wijkverpleegkundige aanwezig geweest, omdat zij deelnemer is van het betreffende team.

4.4 Meetinstrumenten

Er is een voorbereidingsdocument gemaakt, dat de deelnemers aan de groeps gesprekken van tevoren toegestuurd kregen per mail. Het bestaat uit twee onderdelen, namelijk een instructie en een lege effectenkaart. Er werd gevraagd om deze een aantal dagen voor aanvang van het groeps gesprek ingevuld te retourneren. Hiervoor is gekozen omdat op deze manier de groeps gesprekken optimaal voorbereid kunnen worden en in het gesprek zelf meer diepgang kan worden bereikt. Het voorbereidingsdocument is bijgesloten in bijlage 4.

De handreiking voor de individuele interviews en groeps gesprekken is gemaakt aan de hand van de effectenkaart. Aan elk onderdeel van de effectenkaart is een vraag gekoppeld, die aan het eind van het gesprek beantwoord moet zijn. De vragen staan in bijlage 5. Verder is er bij het groeps gesprek gebruik gemaakt van een uitgetekende effectenkaart, die we samen hebben ingevuld.

4.5 Dataverzameling: procedure

Er hebben een aantal procedures plaatsgevonden. Op beleidsniveau zijn interviews afgenomen met de gemeentelijke beleidsambtenaren van de betrokken steden en met zorgkantoor Menzis en Salland. Op uitvoerend niveau zijn drie groeps gesprekken uitgevoerd, namelijk met het Sleutelteam Hengelo (Berflo Es), TOPteam Almelo en SAT Deventer (Keizerslanden). Op thuiszorgniveau hebben twee groeps gesprekken plaatsgevonden, met het thuiszorgteam in Hengelo en het thuiszorgteam in Deventer. Het thuiszorgteam in Almelo is individueel, telefonisch benaderd worden vanwege agendatechnische problemen.

In totaal zijn er 30 respondenten ondervraagd, waarvan 5 op beleidsniveau, 15 op uitvoerend niveau en 10 op thuiszorgniveau.

4.6 Data analyse

De groeps gesprekken zijn opgenomen en de belangrijkste en meest relevante uitspraken zijn uitgeschreven. Deze zijn geordend naar de verschillende onderdelen van de effectenkaart per belanghebbende en per stad. Vervolgens zijn de uitwerkingen van de interviews samengevat in het volgende hoofdstuk, waarin de resultaten van de dataverzameling beschreven worden.

4.7 Slot

In hoofdstuk 4 is beschreven hoe het onderzoek is vormgegeven. Het is een kwalitatief onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van groeps gesprekken en mondelinge en telefonische interviews. Er is een selectie gemaakt tussen de belanghebbenden, waarvan er in totaal 30 zijn ondervraagd. Ook is er een verwachte effectenkaart opgesteld. De gesprekken zijn opgenomen en de belangrijkste en meest relevante uitspraken zijn uitgeschreven. In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek bekend worden gemaakt.

Hoofdstuk 5: Resultaten

5.1 Inleiding

Om tot een antwoord op de hoofdvraag te komen, is het onderzoek uitgevoerd op de manier zoals in het vorige hoofdstuk beschreven staat. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de dataverzameling beschreven. Allereerst wordt de verwachte effectenkaart gegeven, daarna worden de uitkomsten van de interviews en groepsgesprekken beschreven en ten slotte wordt de uiteindelijke effectenkaart gepresenteerd.

5.2 Verwachte effectenkaart

De verwachte effectenkaart is opgesteld aan de hand van eerder onderzoek naar de impact van een wijkverpleegkundige (BMC, 2011) (Omring, 2010) (ZonMw, 2011), vooraf opgestelde doelstellingen van de organisatie, uitvoerende teams en het project (wanneer deze beschikbaar waren) en door eigen inzichten. Ook is aan de projectleiders gevraagd hun verwachtingen in te vullen. Deze resultaten zijn samengevoegd tot één verwachte effectenkaart welke hieronder staat afgebeeld. De verwachte effectenkaart is gebruikt om de groepsgesprekken voor te bereiden en om op die manier diepgang in de gesprekken te krijgen. Ook is, door de verwachte effectenkaart op te stellen, voldaan aan de theorie van verandering doordat er wordt gekeken naar aannames en vooraf opgestelde doelstellingen.

In tabel 2 op de volgende pagina is de verwachte effectenkaart weergegeven. Kruisjes in de tabel staan voor geen input, geen activiteit, geen resultaat of geen effect, afhankelijk van in welke kolom het kruisje staat.

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat (output)	Impact, effect
Beleidsmedewerker gemeente	Tijd	Deelname wijkprogramma is geregeld Deelname aan bijeenkomsten Deelname aan meeloopdagen	Project dat past binnen het WMO-beleid Meerwaarde wordt ingezien	X
Woningcorporatie	Tijd	Doorverwijzen Samenwerken (overleg) Monitoren en signaleren	Zorgvraag wordt neergelegd bij wijkverpleegkundige Gebruik van netwerk Beter handen en voeten geven aan situatie → meer oog voor zorg	Minder uithuisplaatsingen: preventieve rol kan beter ingevuld worden Verbetering woonplezier bewoners
Zorgkantoor	Geld	Middelen verschaffen om werkzaamheden mogelijk te maken	Kostenbesparingen	Efficiëntere inzet middelen
Huisarts	Tijd	Huisarts kan gebeld worden bij acute vragen Huisarts kan wijkverpleegkundige inschakelen Maandelijks afstemming op projectniveau Doorverwijzingen van en naar wijkverpleegkundige	Minder consulten doordat cliënten doorgeschoven worden naar wijkverpleegkundige (draaideurcliënten kunnen beter worden geholpen) Meer kennis over cliënten en hun situatie	Betere invulling preventieve rol Beter afstemming vraag en aanbod Bereikbaarheid zorginstelling verbeterd
Thuiszorgteam	Tijd	Doorverwijzingen van en naar wijkverpleegkundige Coachen vanuit wijkverpleegkundige Cliëntbesprekingen	Gebruik van netwerk	Meer beïnvloeden van cliënten (door visie van wijkverpleegkundige) Vaker naar welzijn kijken Door motivatie cliënten in beweging krijgen

Tabel 2: Verwachte effectenkaart

5.3 Effectenkaart per stad

De samenvattingen van de interviews staan in bijlage 7. Op basis van de uitkomsten, is per stad voor iedere belanghebbende de effectenkaart opgesteld. De effectenkaart bestaat uit de onderdelen input, activiteit, resultaat, impact en indicator zoals uitgelegd in hoofdstuk 2.5. De verschillende effectenkaarten staan in deze paragraaf afgebeeld. Indicatoren zijn niet aan de orde gekomen tijdens de interviews, maar zijn waar mogelijk op eigen initiatief gekoppeld aan de resultaten. Dit is gedaan om Carintreggeland een aantal mogelijkheden te tonen waar zij in eventueel vervolgonderzoek gebruik van kunnen maken. Indicatoren zijn daarbij handige hulpmiddelen, omdat ze de resultaten meetbaar en kwantitatief kunnen maken. Belangrijk is dat deze indicatoren zowel in de situatie vóór de inzet van de wijkverpleegkundige gemeten worden, alswel op minimaal twee momenten na inzet van de wijkverpleegkundige (korte termijn en langere termijn).

5.3.1 Hengelo

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat	Impact, effect	Indicator
BELEIDSNIVEAU					
Beleidsmedewerker gemeente Hengelo	X	X	Meer mensen die het moeilijk hebben worden geholpen door signaleringsfunctie van de wijkverpleegkundige Lijnen tussen wijkverpleging en gemeente zijn nu korter	Clënten worden op een eerdere, snellere en makkelijkere manier geholpen	
Zorgverzekeraar Menzis⁶	X	X	Wijkverpleegkundige draagt bij aan koppeling tussen AWBZ, WMO en Zorgverzekeringswet, maar geen directe gevolgen	X	
UITVOEREND NIVEAU					
Wijkbeheerder Welbions	X	X	X	X	
Project 'achter de voordeur' Welbions	Tijd Kennis	Nauwe samenwerking Gezamenlijke huisbezoeken Monitoren Signaleren Doorverwijzen	Circa 30 doorverwijzingen Door stimulatie van gezinnen wordt gepaste hulp ingeschakeld	Zorginstellingen zijn beter bereikbaar Meer oog voor zorg Problematiek wordt eerder aangepakt en lost sneller op	#uithuisplaatsingen #herstelkosten woning Oordeel bewoners, ervaren baten
Adviseur Stichting Welzijn Ouderen Hengelo (SWOH)	Tijd Kennis	Twee à drie doorverwijzingen oppakken Telefonisch contact (consultatief) Aanwezig bij Sleutelteamoverleg	Twee à drie cliënten zijn geholpen	X ⁷	#cliënten
Consulent MEE Twente	Tijd Kennis	Twee doorverwijzingen opgepakt Aanwezig bij Sleutelteamoverleg	Bekendheid van MEE Twente verbeterd Twee cliënten geholpen	Twee cliënten geholpen die anders afgeleden zouden zijn	% mensen dat MEE Twente kent
WMO consulent gemeente Hengelo	Tijd Kennis	Telefonisch contact met wijkverpleegkundige over twee cliëntgevallen Aanwezig bij Sleutelteamoverleg	Clënten vroegtijdig in beeld bij gemeente Clënten kunnen gemeentelijke bureaucratie omzeilen Versnelde aanvraag voorzieningen	Zorgloket gaat vroegtijdig op aanvraag in Hogere kosten door toename hulpvraag ⁸	#kosten #cliënten
Maatschappelijk werker	Tijd Kennis	Doorverwijzen Consultaties Aanwezig bij Sleutelteamoverleg	Aantal cliënten zijn doorverwezen door wijkverpleegkundige naar maatschappelijk werker ⁹ Ca. vier cliënten zijn door maatschappelijk werker doorverwezen naar wijkverpleegkundige	X	#cliënten

⁶ Ook de stad Almelo valt onder Zorgkantoor Menzis, dit resultaat geldt dus ook voor Almelo maar zal daar niet nog een keer vermeldt staan

⁷ De adviseur van SWOH gaf aan dat cliënten haar op een andere manier hadden gevonden als de wijkverpleegkundige er niet was geweest

⁸ Gewenst effect voor WMO zou juist zijn dat kosten worden bespaard, daarom is de meerwaarde voor hen nu (nog) niet groot

⁹ De maatschappelijk werker had bij aanvang van het project veel meer verwijzingen verwacht, vanwege de signalerende functie van de Zichtbare Schakel

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat	Impact, effect	Indicator
Welzijnswerkster Scala	X	Samenwerking in project 'Scoren in de wijk' (inmiddels afgesloten) Vorig jaar 15 doorverwijzingen naar wijkverpleegkundige, nu niet meer	15 personen hebben gezondheidstest gehad	X	
Huisarts	Tijd Kennis	Regulier overleg (af en toe) Informatie-uitwisseling	Meer cliënten bezoeken huisarts (ook zorgmijders) Aanvulling medische kennis van huisarts met praktische kennis wijkverpleegkundige	Meer cliënten worden door huisarts geholpen ¹⁰	#cliënten
Praktijk ondersteuner huisarts	Tijd Kennis	Enkele doorverwijzingen van en naar wijkverpleegkundige	Doorverwijzingen van wijkverpleegkundige worden behandeld	X ¹¹	#cliënten
THUISZORGNIVEAU					
Verpleegkundige	Tijd Kennis	Overleg Cliënten overnemen van wijkverpleegkundige	Meer en nieuwe kennis opdoen Verbrede eigen kijk op cliëntsituaties Besef van meerwaarde samenwerking en netwerken	Eigen functie is verrijkt door komst wijkverpleegkundige	% parate kennis #contacten met netwerkpartners
Thuisbegeleidster	X	X	X	X	
Verzorgende	Tijd Kennis	Overleg Doorverwijzingen Huisbezoeken	Twee keer een gezamenlijk huisbezoek gebracht Korte lijnen met wijkverpleegkundige (mede door fysieke aanwezigheid in pand) Aanvulling op werk van verzorgende, door brede kijk Doordat wijkverpleegkundige meetinstrumenten ¹² gebruikt, is er betere aansluiting bij andere zorgaanbieders	Er wordt op een bredere manier naar de cliënt gekeken Beter overzicht van de verschillende zorginstellingen Betere aansluiting andere zorgaanbieders	#contacten met netwerkpartners
Verzorgende plus	Tijd Kennis	Introduceren wijkverpleegkundige Doorverwijzen naar wijkverpleegkundige	Minder frustratie omdat ze weet waar ze cliënten nu heen kan sturen	Cliënten krijgen vaker gepaste hulp	Oordeel cliënten, ervaren baten

Tabel 3: Effectenkaart Hengelo

¹⁰ Gezamenlijke huisvesting zou volgens de huisarts een meerwaarde hebben, omdat er dan kortere lijnen zijn

¹¹ De praktijkondersteuner van de huisarts gaf aan dat de praktijk de doelgroep al goed in beeld heeft en de wijkverpleegkundige daar niets aan toevoegt. Ook willen ze de medische preventie binnen hun praktijk houden, en willen ze voorkomen dat twee disciplines op één stoel gaan zitten.

¹² O.a. het meetinstrument EasyCare

5.3.2 Almelo

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat	Impact, effect	Indicator
BELEIDSNIVEAU					
Beleidsmedewerker gemeente Almelo	X	X	Besef van behoefte aan professionals die wijkgericht werken is aanwezig Functie wijkverpleegkundige past binnen verschillende beleidsstukken	X	
UITVOEREND NIVEAU					
Wijkbeheerder St. Jozeph	Tijd Kennis	Doorverwijzen naar wijkverpleegkundige	Lijnen met zorginstanties zijn korter Wijkverpleegkundigen waarschuwen cliënten bij overtreden regels woningcorporatie	Preventief werk Indirecte kostenbesparingen Participatie in de wijk	# uithuisplaatsingen # herstelkosten woning
Welzijnsmedewerker gemeente Almelo (re-integratiecoach)	Tijd Kennis	Cliëntbesprekingen Huisbezoeken	Werkplezier is verhoogd Groter netwerk	Uitstraling binnen gemeente Almelo Betere uitvoering van werk	# gereïntegreerde mensen
Wijkverpleegkundige Buurtzorg	Tijd Kennis	X	Duidelijkheid over verschillende instanties die bij cliënt over de vloer komen Netwerk veel groter Cliënt wordt in zijn geheel benaderd Werk is leuker geworden	X	
Wijkverpleegkundige ZorgAccent	Tijd Kennis	Doorverwijzen van en naar wijkverpleegkundige	Brede perspectief laten doordringen in eigen organisatie Niet alleen aan-bed-zorg maar bredere kijk Groot netwerk	Problemen worden eerder en beter herkend Betere samenwerking	Oordeel cliënten, ervaren baten
THUISZORGNIVEAU					
Verpleegkundige Carintreggeland	Tijd Kennis	Doorverwijzingen van wijkverpleegkundige oppakken	3 doorverwezen cliënten zijn geholpen door verpleegkundige Verpleegkundige maakt gebruik van netwerk wijkverpleegkundige	Cliënten die anders afgegleeden zouden zijn, worden nu geholpen	# cliënten
Thuisbegeleidster Carintreggeland	X	Minimaal contact	1 doorverwijzing naar wijkverpleegkundige Het is duidelijk waar je terecht kunt met vraag of advies nodig hebt	Minder zelf uitzoeken, tijdswinst	
Welzijnsmakelaar Carintreggeland	Tijd Kennis	Samenwerking Gezamenlijke huisbezoeken Casusbesprekingen Gezamenlijke deelname aan wijkactiviteiten	Gezamenlijk netwerk opbouwen Korte lijnen Snelle oplossing voor situaties	Cliënten komen weer in beeld bij huisarts of andere zorginstelling Juiste hulp is eerder op de juiste plek	Oordeel cliënten, ervaren baten

Tabel 4: Effectenkaart Almelo

5.3.3 Deventer

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat	Impact, effect	Indicator
BELEIDSNIVEAU					
Beleidsmedewerker gemeente Deventer	X	Intern draagvlak creëren Terugkoppeling naar andere projecten en organisaties Deelname aan meeloopdag wijkverpleegkundige	Besef meerwaarde wijkverpleegkundige voor wijk en gemeente is aanwezig Wijkverpleegkundige levert bijdrage aan zorgen voor een gezonde stad, wat een wettelijke taak van de gemeente is	X	
Zorgverzekeraar Salland	X	X	Bijdrage aan goede uitvoering en bereikbaarheid van zorg in het werkgebied. Kwaliteitsimpuls	Cliënten worden beter geholpen door de brede kijk, vroegsignalering en regiefunctie Op de korte termijn extra kosten door signaleren, op de lange termijn naar verwachting kostenbesparingen	#zorgkosten
UITVOEREND NIVEAU					
Consulent Woningbouw Ieder1, stedelijk vernieuwingsprogramma 'Keizerslanden vernieuwt'	Tijd Kennis	Doorverwijzen van en naar wijkverpleegkundige Onderling overleg Monitoren Signaleren	In circa 20 gevallen draagt de wijk-verpleegkundige bij aan hulpverlening aan individuele huurders en signaleren ze probleemgevallen Zichtbaarheid in de wijk verbeterd	Aanvulling in het netwerk Gat tussen bemoezorg en maatschappelijk werk is opgevuld, waardoor meer bewoners geholpen kunnen worden Wijkverpleegkundige als sociaal vangnet	
Verpleegkundige Bijzonder Zorgteam	Tijd Kennis	Doorverwijzen van en naar wijkverpleegkundige Cliëntencontact Afstemming	Doordat wijkverpleegkundigen signaleren, worden er meer cliënten geholpen Door preventie op lange termijn zeer waarschijnlijk minder cliënten Overzicht verschillende instanties	Meer cliënten worden geholpen Besef dat samenwerking nodig is Effectiever werken	#cliënten %minder inzet Bijzonder Zorgteam
Wijkopbouwwerker Raster	Tijd	Netwerken Signaleren	Vaker stimuleren van sociale contacten en zelfredzaamheid, op die manier ook preventief te werk gaan	Preventiever werken	
THUISZORGNIVEAU					
Verpleegkundige	Tijd Kennis	Overdrachten van cliënten	Zorgmijders worden nu toch geholpen Meer cliënten, door motiveren door wijkverpleegkundige Nieuwe kennis voor verpleegkundige	Zorgmijders worden nu toch geholpen, mogelijk crisis voorkomen Verpleegkundige heeft nu bredere kijk op de zaak Carintreggeland wordt zichtbaarder in de wijk	Oordeel cliënten, ervaren baten

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat	Impact, effect	Indicator
Ambulant begeleidster	Tijd Kennis	Overnemen cliënten van wijkverpleegkundige	Toename aantal cliënten Meer wijkgericht werken, werknemers worden nu ook ingezet op wijkproblematiek In eerder stadium betrokken bij cliënt	Wijkgericht werken In eerder stadium betrokken bij cliënt Carintreggeland wordt zichtbaarder in de wijk	
Verzorgende	Tijd Kennis	Doorverwijzingen van wijkverpleegkundige	Twee cliënten geholpen Kortere lijnen Meer samenwerking	Verzorgende bekijkt cliënten ook op generalistischere manier Ook zorgmijders worden behandeld Carintreggeland wordt zichtbaarder in de wijk	#mensen dat Carintreggeland kent

Tabel 5: Effectenkaart Deventer

5.4 Vergelijking effectenkaarten

Het grootste gedeelte van de belanghebbenden is in iedere stad geïnterviewd. Deze belanghebbenden worden in onderstaande tabel ter vergelijking naast elkaar gezet, om uiteindelijk de overeenkomsten en verschillen in kaart te brengen.

Niveau	Hengelo	Almelo	Deventer
	BELEIDSNIVEAU		
Beleidsmedewerker gemeente	Meer mensen die het moeilijk hebben worden eerder, sneller en gemakkelijker geholpen door de signaleringsfunctie van de wijkverpleegkundige. Ook zijn de lijnen tussen de wijkverpleging en gemeente nu korter.	De beleidsmedewerker heeft een besef van de behoefte aan professionals die wijkgericht werken. De functie van de wijkverpleegkundige past binnen verschillende beleidsstukken.	De beleidsmedewerker heeft een besef van de meerwaarde van de wijkverpleegkundige voor de wijk en gemeente. De wijkverpleegkundige levert een bijdrage aan het zorgen voor een gezonde stad, wat een wettelijke taak van de gemeente is. De beleidsmedewerker probeert intern draagvlak voor het project te creëren en koppelt terug naar andere projecten en organisaties.
Zorgkantoor	Menzis geeft aan dat de meerwaarde van de wijkverpleegkundige is dat zij bijdraagt aan de koppeling tussen AWBZ, WMO en de zorgverzekeringswet. De wijkverpleegkundige heeft geen directe gevolgen heeft. Ook van indirecte gevolgen is zorgverzekeraar Menzis nog niet overtuigd. Daarvoor moet meer worden veranderd, dan alleen de inzet van de wijkverpleegkundige.		De meerwaarde van de wijkverpleegkundige zit in de regisseursrol, waardoor de wijkverpleegkundige bijdraagt aan zo goed mogelijke beschikbaarheid en uitvoering van de zorg. Er wordt gestructureerder gewerkt. Ook geeft het een kwaliteitsimpuls aan de zorg. Op de korte termijn levert het extra kosten op, door extra signalering, maar op de lange termijn wordt verwacht dat het kostenbesparend gaat werken wat in het belang is van Zorgkantoor Salland. Cliënten worden ook beter geholpen door de brede kijk en vroegsignalering

Niveau	Hengelo	Almelo	Deventer
UITVOEREND NIVEAU			
Woningcorporatie	Wijkbeheerders in Hengelo hebben geen contact met de wijkverpleegkundige, terwijl de meerwaarde ervan wel wordt ingezien. Wel heeft de woningcorporatie een project lopen, waarbij nauwe samenwerking is met de wijkverpleegkundige en er gezamenlijke huisbezoeken worden afgelegd. Dit heeft zo'n 30 doorverwijzingen opgeleverd, waardoor problematiek eerder is aangepakt en sneller wordt opgelost.	De wijkbeheerder in Almelo geeft aan dat door de wijkverpleegkundige de lijnen met de zorgeninstanties korter zijn geworden. Er zijn enkele doorverwijzingen geweest. De wijkbeheerder waardeert het dat wijkverpleegkundigen cliënten waarschuwen bij het overtreden van regels. Dit werkt preventief en leidt tot indirecte kostenbesparingen. Ook participeren bewoners meer in de wijk. Wel is onduidelijk in welke gevallen de wijkbeheerder contact op kan nemen met de wijkverpleegkundige en zou de doorverwijzing andersom vaker mogen gebeuren. Nu is het vaak onduidelijk welke instanties allemaal al bezig zijn op een adres.	In circa 20 gevallen draagt de wijkverpleegkundige bij aan de hulpverlening aan individuele huurders en signaleren ze probleemgevallen. De wijkverpleegkundige wordt als een aanvulling in het netwerk beschouwd, die het gat tussen bemoeizorg en maatschappelijk werk kan opvullen. Ook wordt er eerder gesignaleerd en preventief gewerkt.
THUISZORGNIVEAU			
Verpleegkundige	De verpleegkundige overlegt met de wijkverpleegkundige en neemt soms cliënten van haar over. Ook doet de verpleegkundige meer en nieuwe kennis op, waardoor een verbrede kijk op cliëntsituaties ontstaat. Ook het netwerk van de wijkverpleegkundige wordt gebruikt. De functie van de verpleegkundige is verrijkt na de komst van de wijkverpleegkundige.	De verpleegkundige heeft drie doorverwezen cliënten geholpen, die anders zouden zijn afgeleden. Ook maakt de verpleegkundige gebruik van het netwerk van de wijkverpleegkundige.	De verpleegkundige overlegt met de wijkverpleegkundige en neemt soms cliënten van haar over. Zorgmijders worden nu toch geholpen, mogelijk is daarmee een crisis voorkomen. Ook bekijkt de verpleegkundige de cliënten nu op een generalistischere manier. Verder is Carintreggeland zichtbaarder in de wijk.
Thuisbegeleidster/ambulant begeleidster	Er wordt niet samengewerkt. Er is teveel (fysieke) afstand. Ook zit er een behoorlijke overlap tussen het werk van de wijkverpleegkundige en dat van de thuisbegeleidster. Samenwerking zou meer moeten plaatsvinden.	Er is maar 1 cliëntencontact geweest. Dat werd door de thuisbegeleidster zeer gewaardeerd, ze kreeg advies en wist beter hoe ze met de cliënt om moest gaan. Ze heeft het idee dat ze weet waar ze terecht kan met vragen. De wijkverpleegkundige is nog onbekend terrein voor thuisbegeleidster, het zit nog niet in het patroon.	Het cliëntenaantal van de begeleidster is toegenomen. Ook werkt ze nu meer wijkgericht en wordt er binnen de begeleiding meer ingezet op de wijk en desbetreffende problematiek. Door de wijkverpleegkundige zijn ze in een eerder stadium betrokken bij de cliënt. Verder is Carintreggeland zichtbaarder in de wijk.
Verzorgende	De verzorgende neemt deel aan overleggen en heeft twee keer samen met de wijkverpleegkundige een huisbezoek afgelegd. Er zijn korte lijnen met de wijkverpleegkundige, mede door fysieke aanwezigheid in hetzelfde pand. Voor de verzorgende is de sociale kaart veel duidelijker geworden, door het netwerk van de wijkverpleegkundige. Ook kijkt ze op een generalistischere manier naar de cliënten.	X	Er zijn twee cliënten doorverwezen naar de verzorgende. Zij bekijkt cliënten nu ook op een generalistischere manier. Ook worden nu duidelijk meer zorgmijders behandeld. Verder is Carintreggeland zichtbaarder in de wijk.

Tabel 6: Vergelijkende effectenkaart

De partijen die in het Sleutelteam, respectievelijk TOPteam en SATteam zitten, zijn buiten deze vergelijking gehouden, omdat de samenstellingen van deze teams verschillen. Toch valt er over de samenstellingen van de teams wel iets te zeggen. Opvallend is dat de samenstellingen van de teams van invloed zijn op de samenwerking binnen een wijk. Zo maakt in Almelo de woningcorporatie geen deel uit van het team, waar dit in Deventer en Hengelo wel het geval is. Gevolg is dat de samenwerking in Almelo met de woningcorporatie zeer matig is, waar deze samenwerking in

Deventer en Hengelo een stuk beter is. In Hengelo zijn er ook enkele doorverwijzingen naar bijvoorbeeld de adviseur van Stichting Welzijn Ouderen Hengelo, de maatschappelijk werker en de huisarts die allen in het Sleutelteam aanwezig zijn of waren, terwijl deze partijen in Deventer en Almelo niet eens geïnterviewd zijn vanwege de zeer beperkte invloed, het weinige effect of de slechte benaderbaarheid. Dit zegt wel iets over de samenwerking tussen deze partijen en de wijkverpleegkundige: die is er dus erg weinig. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er meer direct contact is, waardoor de drempel lager is om elkaar in te schakelen. Ook bestaat er een beter beeld van het werk van de wijkverpleegkundige en worden ervaringen uitgewisseld. Een ander detail is dat in Deventer en Hengelo de teams zeer multidisciplinair ingesteld, waar in Almelo drie van de vier deelnemers wijkverpleegkundige zijn. Zeer waarschijnlijk is dit ook van invloed op de samenwerking met de verschillende belanghebbenden.

5.5 Overeenkomsten en verschillen

Op basis van tabel 6 in paragraaf 5.4 is een aantal overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende steden geconstateerd. Deze worden hieronder bij langs gegaan.

Gemeentelijke beleidsmedewerkers van de betreffende steden gaven aan dat hun belang vooral ligt bij het eerder, sneller en beter helpen van cliënten. Zij beseffen dat de wijkverpleegkundige hieraan bijdraagt. De beleidsmedewerker in Deventer gaf ook aan dat zij actief bezig is met het creëren van draagvlak voor de wijkverpleegkundige binnen haar eigen organisatie. De beleidsmedewerkers in Hengelo en Deventer gaven beide aan dat zij geen volledig overzicht hebben van alle verschillende initiatieven rondom wijkgericht werken en dat er daardoor in plaats van aanvulling op elkaar en samenwerking ook nog wel eens concurrentie ontstaat.

Een verschil wordt opgemerkt tussen de zorgkantoren Menzis (voor Hengelo en Almelo) en Salland (voor Deventer). Waar Salland de meerwaarde van de wijkverpleegkundige duidelijk ziet en ook verwacht dat het in de toekomst kostenbesparingen op zal brengen, is Menzis sceptisch en geeft aan dat er meer moet veranderen, als efficiëntie en kostenbesparingen behaald willen worden. Dan zal het voor zorgaanbieders zelf ook aantrekkelijker gemaakt moeten worden om integraal te gaan samenwerken, door middel van perverse prikkels.

De samenwerking tussen de woningcorporatie en de wijkverpleegkundigen is ook per stad verschillend. In Hengelo en Almelo wordt weinig samengewerkt met de wijkbeheerders. Wel is in Hengelo een project gaande bij de woningcorporatie, waarbij de wijkverpleegkundige bij is aangesloten en waardoor veel mensen doorverwezen worden. Dit komt vermoedelijk ook omdat één van de verantwoordelijken voor dit project bij het Sleutelteamoverleg aanwezig is en dus persoonlijk contact heeft met de wijkverpleegkundige. De wijkbeheerder in Almelo gaf aan dat het voor hem nog onduidelijk is in welke gevallen hij de wijkverpleegkundige kan benaderen. In Deventer is er een nauwe samenwerking tussen de wijkbeheerders en de wijkverpleegkundigen. Alle drie de woningcorporaties gaven aan dat voor hen de zorginstellingen beter bereikbaar zijn geworden door het werk van de wijkverpleegkundige.

De verpleegkundigen in alle drie de steden geven aan dat zij soms cliënten overnemen van de wijkverpleegkundigen. Dit zijn veelal zorgmijders, die door ingreep van de wijkverpleegkundigen toch de verpleegkundigen hebben bezocht. Dit komt vooral omdat de wijkverpleegkundigen meer tijd hebben voor cliënten dan dat de verpleegkundigen hebben. Op die manier signaleren wijkverpleegkundigen eerder dan verpleegkundigen. Ook gebruiken alle drie de verpleegkundigen het netwerk van de wijkverpleegkundige om hun eigen kennis te verrijken en ook om cliënten beter te kunnen helpen. Verder geven de verpleegkundigen in Hengelo en Deventer aan dat hun eigen werk ook verrijkt is door de komst van de wijkverpleegkundige, en dat ze zelf ook op een generalistischere manier naar cliënten zijn gaan kijken.

In Deventer maakt de thuisbegeleidster deel uit van het thuiszorgteam, in tegenstelling tot de andere steden. In Almelo en Hengelo wordt weinig tot niet samengewerkt met de thuisbegeleiding, terwijl dit een goede aanvulling zou zijn. De thuisbegeleidster merkte op dat er behoorlijk overlap zit tussen het werk van de wijkverpleegkundige en dat van haarzelf. Het is volgens haar vaak niet duidelijk wie er allemaal werkzaam is op één adres en dit heeft soms tot gevolg dat dingen dubbel worden gedaan. Het zou heel mooi zijn als de wijkverpleegkundige hierin overzicht heeft. Daar valt nog veel winst te behalen. Opvallend detail is dat zowel de thuisbegeleiders als wijkverpleegkundigen in dienst zijn van Carintreggeland.

De verzorgenden in Hengelo en Deventer geven allebei aan dat ze zelf ook op een generalistischere manier naar cliënten zijn gaan kijken. De verzorgende in Hengelo ervaart de korte lijnen met de wijkverpleegkundigen als goed, mede omdat ze in hetzelfde pand werkzaam zijn. Het aantal doorverwijzingen naar beide verzorgenden is niet groot. In Deventer is Carintreggeland nog niet zo lang werkzaam, en het thuiszorgteam gaf daar aan dat de wijkverpleegkundige duidelijk bijdraagt aan de zichtbaarheid van Carintreggeland in de wijk en bij de samenwerkingspartners.

De respondenten op thuiszorgniveau geven vaak aan dat men zelf ook op een generalistischere manier naar cliënten is gaan kijken en daardoor meer signaleren. Ook betekent dit dat ze soms kennis te kort komen, bijvoorbeeld over psychiatrische ziektebeelden, maar vaak kan de wijkverpleegkundige daar weer voor ingelicht worden of heeft zij iemand in haar netwerk die specifieke kennis heeft.

In de interviews en groepsgesprekken werd door veel verschillende partijen aangegeven dat ze het resultaat dat aan de preventieve functie van de wijkverpleegkundige kan worden gekoppeld moeilijk kunnen aantonen. Het vermoeden bestaat vaak wel degelijk, maar in cijfers is het moeilijk uit te drukken. Doordat er geen nulhypothese is in het geval van cliënten, is het moeilijk om hard te maken dat er bijvoorbeeld minder kosten zijn, minder cliënten in een crisissituatie zijn beland, minder (duurdere) tweedelijnszorg wordt ingeschakeld of uiteindelijk minder zorg nodig is. Een andere reden hiervoor is, dat sommige effecten zich pas op de langere termijn zullen laten zien, terwijl het project nog geen twee jaar loopt in de steden. Wanneer je zulke uitspraken wilt doen, zul je je daarom altijd beroepen op een aantal aannames.

5.6 Terugkoppeling verwachte effectenkaart

Wanneer we de verwachte effectenkaart in tabel 2 vergelijken met de resultaten uit het onderzoek, vallen er enkele zaken op.

Het verschil tussen de verwachte effectenkaart en de uiteindelijke effectenkaart van de gemeentelijke beleidsmedewerkers zit hem in het feit dat de zij in het onderzoek een toevoeging gaven, namelijk dat ze belang hebben bij het eerder, sneller (d.w.z. een kortere doorlooptijd) en beter helpen van cliënten omdat dit voor hen een wettelijke taak is.

Een aanvulling op de verwachte effectenkaart van de woningcorporaties is dat woningcorporaties een extra resultaat zien door het werk van de wijkverpleegkundige, namelijk doordat de wijkverpleegkundige mensen stimuleert om gepaste zorg te zoeken, problematieken eerder aangepakt worden en sneller opgelost zijn. In tegenstelling tot wat werd verwacht, heeft geen enkele wijkbeheerder aangegeven dat het woonplezier van bewoners ook werd verbeterd door de komst van de wijkverpleegkundige.

De verwachte effectenkaart gaf aan dat resultaat voor het Zorgkantoor kostenbesparingen en efficiëntere inzet van middelen is. Dit is echter niet direct aantoonbaar, hoewel het vermoeden bij Salland wel bestaat. Wel werd aangegeven dat de wijkverpleegkundige bijdraagt aan de koppeling tussen AWBZ, WMO en de zorgverzekeringswet, iets wat zeker in het belang van het Zorgkantoor

ligt. Ook levert de wijkverpleegkundige een bijdrage aan goede uitvoering en bereikbaarheid van zorg in het werkgebied.

De verwachte effectenkaart van de huisarts is positiever ingevuld dan in de praktijk het geval is. Contact tussen de huisarts en de wijkverpleegkundigen vindt maar weinig plaats. Ook geeft de huisarts aan dat hij niet minder consulten heeft na de komst van de wijkverpleegkundige, eerder meer doordat vraag aanbod creëert. Ook de kennis over cliënten neemt niet toe, de huisarts geeft aan dat de doelgroep al goed genoeg in beeld was.

De verwachtingen over het thuiszorgteam blijken in de praktijk ook te kloppen, wel moeten deze aangevuld worden met de opmerking dat het thuiszorgteam zelf ook verrijking van kennis ervaart en de bredere kijk van de wijkverpleegkundige toepast in hun eigen werk.

5.7 *Impact op de wijk*

Alle dertig respondenten werd gevraagd naar hun mening over de impact van de wijkverpleegkundige op de wijk. Vanuit de wijken worden positieve geluiden ontvangen door hulpverleners op uitvoerend- en thuiszorgniveau. Bewoners geven richting deze hulpverleners aan dat ze de wijkverpleegkundige kennen en het heel fijn vinden dat ze langskomt en tijd heeft om naar de mensen te luisteren en hen serieus neemt. Andere zorginstellingen hebben daar geen tijd voor, vanwege indicatiestellingen. Dingen worden sneller geregeld en gerealiseerd. Ook wordt er regelmatig gekeken of alle verschillende hulp op één adres wel nodig is en of mensen niet meer dingen zelf kunnen doen. Dat instellingen meer en vaker samenwerken, merkt de cliënt ook.

De laagdrempeligheid, het vertrouwen en een bekend gezicht worden aangegeven als kenmerken van de wijkverpleegkundige. Mensen durven haar aan te schieten en komen op haar af. Een voordeel is ook dat ze onder een andere naam binnenkomt. Veel mensen hebben weerstand tegen termen als 'maatschappelijk werk' of 'bemoeizorg', maar staan nog wel relatief open voor een wijkverpleegkundige. Er zit geen grote organisatie achter, het is vrijblijvend.

Speciaal in de situatie van Deventer, waar Carintreggeland nog niet zo lang actief is, werd opgemerkt dat door de wijkverpleegkundige ook Carintreggeland op de kaart is gezet. Ook is daar een Turkssprekende wijkverpleegkundige actief, die een heel nieuwe doelgroep blootlegt. Hij vindt een ingang bij de allochtone gemeenschap, in een wijk waar vele problematieken spelen. Dat levert veel cliënten op, die anders alleen al vanwege de taalbarrière nooit zorg hadden gezocht.

Op de lange termijn zal het ingrijpen van de wijkverpleegkundige leiden tot verbetering van de leefbaarheid in de wijk en participatie van bewoners. Dat de wijkverpleegkundige wijkgericht werkt, geeft een kwaliteitsimpuls aan andere organisaties, die niet meer om deze manier van organiseren heen kunnen. De ambulante begeleider in Deventer gaf al aan dat zij intern ook meer wijkgericht zijn gaan werken en de verpleegkundige van het Bijzonder Zorgteam in Deventer gaf ook aan dat zij signalen ontvangt van andere thuiszorgorganisaties die ook aan het nadenken zijn over wijkgericht werken, waaruit blijkt dat ook zij de meerwaarde van deze manier van werken inzien. Uiteindelijk zal dit zijn impact hebben op de wijk.

5.8 *Knel- en verbeterpunten*

Er is natuurlijk niet alleen gevraagd naar positieve punten van de wijkverpleegkundige. Er zijn tijdens de interviews en groeps gesprekken ook een aantal knel- en verbeterpunten naar voren gekomen.

Wat vaak genoemd werd, voornamelijk door partijen die zelf niet wijkgericht werken: breid het werk van de wijkverpleegkundige uit over meerdere wijken en postcodegebieden! Veel instanties werken niet wijkgericht, maar gemeentebreed en kunnen daarom niet voor elke situatie die ze tegenkomen de wijkverpleegkundige inschakelen. Wanneer dit wel het geval zou zijn, zou dit ook voor de wijken

waar ze wél actief is gevolgen hebben, omdat er dan eerder gedacht wordt aan de wijkverpleegkundige en haar taken. Er is behoefte aan continuïteit en duidelijkheid over de borging van de functie.

Een ander knelpunt dat naar voren kwam, is het creëren van draagvlak richting leidinggevenden. Alle resultaten lijken voor de werkvloer zo 'normaal' maar zijn het niet. Hierin moet een omschakeling van denken komen: "presenteer elk positief resultaat als een succes!" Vaak is het management voornamelijk gericht op kostenbesparingen, die in dit soort projecten niet direct zijn en ook niet goed aantoonbaar. Toch zijn de resultaten zo goed. Ook is op de werkvloer heel duidelijk het besef aanwezig dat samenwerken nodig is, terwijl dit op managementniveau nog vaak wordt gezien als 'iets uit handen geven aan de concurrent'. Ook vanuit Zorgkantoor Menzis wordt dit punt aangedragen. Directe kostenbesparingen zijn niet merkbaar, wat voor hen juist wel wenselijk is. Zolang het voor zorgaanbieders zelf niet aantrekkelijk wordt om integraal samen te werken, zal deze manier van samenwerken niet of weinig plaatsvinden. Volgens de medewerker van Zorgkantoor Menzis moeten in de systematiek prikkels ingebouwd worden, waardoor het voor de zorgaanbieders aantrekkelijker wordt om integraal samen te werken. Ook zou de financiering niet alleen door ZonMw of zorgkantoren moeten worden uitgevoerd, maar door zowel zorgkantoren als de gemeente. Pas dan kan volgens Menzis de wijkverpleegkundige ook kostenbesparend werken.

Vooraf belanghebbenden die niet direct in een team zitten met de wijkverpleegkundige, zoals de wijkbeheerder in Almelo en thuisbegeleidsters in Hengelo en Almelo, geven aan dat voor hen nog niet duidelijk is wie de wijkverpleegkundige nu precies is en in welke gevallen ze benaderd kan worden. Wanneer dit wat meer onder de aandacht wordt gebracht, verwachten zij dat ze de wijkverpleegkundige vaker zullen benaderen.

Verder kwam regelmatig het verbeterpunt naar voren: richt één centraal dossier op! Er kan nog zoveel efficiënter gewerkt worden als duidelijk is welke verschillende instanties op een bepaald adres werkzaam zijn. Dit overzicht is er nog veel te vaak niet. Op deze manier wordt dubbel werk verricht en kunnen cliënten 'shoppen' bij verschillende instanties. De wijkverpleegkundige wordt al gezien als iemand die dit overzicht in ieder geval meer heeft dan andere zorgverleners, maar dit moet nog veel beter kunnen.

De gemeentelijke beleidsmedewerkers van de steden Almelo en Deventer gaven aan dat zij geen volledig overzicht hebben van alle verschillende initiatieven rondom wijkgericht werken, en dat er daardoor in plaats van aanvulling op elkaar en samenwerking ook nog wel eens concurrentie ontstaat. Dit is ook een verbeterpunt.

5.9 Slot

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek aan bod gekomen. De resultaten zijn inzichtelijk gemaakt door ze in de effectenkaart te verwerken. Voor elke stad waarbinnen de wijkverpleegkundige werkzaam is, is een effectenkaart opgesteld. Daarin staan input, activiteiten, resultaten, effecten en waar mogelijk indicatoren per partij vermeld. Uiteindelijk zijn deze effectenkaarten naast elkaar gezet en vergeleken, waardoor overeenkomsten en verschillen duidelijk werden. Ook de impact op de wijk is beschreven en uiteindelijk zijn de knel- en verbeterpunten van het project Zichtbare Schakel behandeld. De meest opvallende resultaten zijn dat de bereikbaarheid van zorginstellingen is verbeterd, de wijkverpleegkundige eerder problemen signaleert dan andere hulpverleners, de generalistische aanpak van de wijkverpleegkundige ook door andere hulpverleners wordt overgenomen en dat de samenstelling van de teams van invloed is op de samenwerking tussen de belanghebbende en de wijkverpleegkundige. In hoofdstuk 6 zullen deze conclusies verder worden uitgewerkt.

Hoofdstuk 6: Conclusies en aanbevelingen

Gaandeweg het rapport is er een antwoord gegeven op de verschillende deelvragen en de hoofdvraag. In dit hoofdstuk worden hieruit conclusies getrokken, komen de beperkingen van het onderzoek aan bod, worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven en worden de beperkingen van het onderzoek besproken. Tot slot is er een praktijkadvies geformuleerd.

6.1 Conclusies

De vraag die gedurende dit onderzoek centraal stond is:

Wat is volgens belanghebbenden van Carintreggeland de maatschappelijke impact van het project Zichtbare Schakel?

Gedurende dit onderzoek is er antwoord gegeven op bovenstaande vraag, door vele verschillende belanghebbenden. Een meerwaarde van de wijkverpleegkundige die duidelijk naar voren kwam, is haar grote netwerk waar gebruik van gemaakt kan worden. Hierdoor is er bij de hulpverleners een beter beeld van de verschillende zorginstellingen binnen de regio. Dit verrijkt kennis van de belanghebbenden, verhoogt het werkplezier, scheelt veel uitzoekwerk en draagt bij aan het beter en sneller helpen van de cliënt. Ook draagt het bij aan het besef dat samenwerken met andere partijen nodig is, ook al wordt het op een hoger niveau binnen de organisatie nog vaak als concurrentie gezien. De bereikbaarheid van zorginstellingen is verbeterd.

Doordat de wijkverpleegkundige niet-geïndiceerde zorg levert, heeft zij doorgaans veel meer tijd voor een cliënt dan andere zorgaanbieders. Dit wordt door veel belanghebbenden als een aanvulling op hun werk gezien. Door de uitgebreide tijd, kan de wijkverpleegkundige de wijk in gaan, wordt er meer en eerder gesignaleerd en worden ook zorgmijders gestimuleerd om toch zorg te aanvaarden. Op deze manier kan gepaste hulp ingeschakeld worden. Hiervoor hebben andere zorgaanbieders simpelweg niet de tijd. Op deze manier worden vele cliënten geholpen, wiens situatie anders duidelijk verslechterd zou zijn. Ook komen cliënten op deze manier in een eerder stadium in beeld bij de organisatie.

De generalistische blik van de wijkverpleegkundige, vindt ook weerklank bij een aantal samenwerkingspartners. Zij geven aan dat ze zelf ook op een bredere manier naar hun cliënten zijn gaan kijken, en daardoor meer signaleren. Waar het vroeger alleen specialistische hulp was, wordt nu op een generalistischere manier gekeken naar de cliënt. Een gevolg is wel dat de hulpverleners soms kennis missen, die ze wel graag zouden toepassen. Voor een deel wordt hier gebruik gemaakt van de kennis van de wijkverpleegkundigen en voor een deel wordt haar netwerk gebruikt om informatie in te winnen.

Enkele samenwerkingspartners zijn samen met de wijkverpleegkundige op huisbezoek geweest bij een cliënt. Dit werd erg gewaardeerd, omdat de wijkverpleegkundige met een andere blik naar de cliënt keek en advies kon geven over een mogelijke aanpak. Het feit dat er iemand is die vragen kan beantwoorden of advies kan geven, geeft een veilig gevoel.

Verschillende partijen gaven ook aan dat het werk van de wijkverpleegkundige hen op de korte termijn kosten bezorgd, door een toename van de hulpvraag. Hoewel dit in het belang van de cliënt is, zitten organisaties daar niet altijd op te wachten. De ene organisatie is meer overtuigd van de opbrengst op de lange termijn, dan de andere. Dit zal pas in de toekomst daadwerkelijk aangetoond kunnen worden. Belangrijke opmerking hierbij is dat het vooral gaat over de partijen die op basis van een financiële prikkel werken, zoals de WMO-consulent en de zorgkantoren. Zij hebben naast passende hulp voor de cliënt ook een groot belang bij kostenbesparingen. Ook de huisarts geeft aan dat hij niet zit te wachten op een toename van de hulpvraag, omdat hij nu al meer dan genoeg cliënten heeft.

Ook zijn er organisaties die nog niet helder hebben in welke gevallen hij of zij de wijkverpleegkundige kan inschakelen. Ook werd aangegeven dat uitbreiding van het werkgebied van de wijkverpleegkundige zeer welkom is. Verder wordt de wijkverpleegkundige als iemand gezien die een beter overzicht heeft van de verschillende instanties die op een bepaald adres werkzaam zijn, dan andere hulpverleners. Deze coördinerende rol wordt erg gewaardeerd. Toch is er behoefte aan een beter ingevulde coördinatiefunctie of een centraal dossier. Er wordt nog teveel dubbel werk verricht en cliënten 'shoppen' bij verschillende instanties. Kortom, er kan nog veel efficiënter gewerkt worden. Wellicht kan de wijkverpleegkundige hier een bijdrage aan leveren.

Dat de wijkverpleegkundige wijkgericht werkt, geeft een kwaliteitsimpuls aan andere organisaties, die niet meer om deze manier van organiseren heen kunnen. Het wijkgerichte werken krijgt steeds meer aandacht, mede dankzij het werk van de wijkverpleegkundige.

De laatste, maar zeker niet de minst belangrijke conclusie is dat de samenstellingen van de verschillende teams van invloed zijn op de samenwerking binnen een wijk. Een verklaring hiervoor is dat er meer direct contact tussen de belanghebbende en de Zichtbare Schakel is wanneer zij beiden deelnemen in een team en de overleggen, waardoor de drempel lager is om elkaar in te schakelen. Hierdoor bestaat er ook een beter beeld van het werk van de wijkverpleegkundige en worden ervaringen uitgewisseld.

6.2 Beperkingen onderzoek

Er zijn een aantal beperkingen in dit onderzoek. De cliënten in de betreffende steden zijn niet meegenomen in het onderzoek, terwijl het wel belangrijke belanghebbenden zijn. Ook is geen rekening gehouden met de bevolkingsopbouw van de steden en hun wijken, terwijl dit wel van invloed kan zijn op het effect van de wijkverpleegkundige.

Verder is maar binnen drie steden gekeken naar het effect van de wijkverpleegkundige. Of dit effect ook representatief is voor andere steden en wijken waarbinnen de wijkverpleegkundige actief is, is niet bekend.

Ook is er geen vergelijking gemaakt met steden en wijken waarbinnen de wijkverpleegkundige niet actief is. Hierdoor is niet volledig uit te sluiten dat de effecten niet alsnog hadden plaatsgevonden, ook al was de wijkverpleegkundige niet actief geweest.

6.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Aan de hand van de opgestelde indicatoren kunnen er meer kwantitatieve gegevens verzameld worden over de effecten van de wijkverpleegkundige. Ook kan aan de hand daarvan het financiële effect uitgewerkt worden. Verder is het van belang dat er gekeken wordt naar de resultaten op de lange termijn, wanneer het project een langere looptijd heeft gehad. Over die effecten bestaan nu verwachtingen, maar de tijd zal leren of ook daadwerkelijk aan deze verwachtingen is voldaan.

Een aantal groepen is buiten dit onderzoek gehouden, maar kan wel effecten ervaren. Het gaat hierbij om de gezinsleden en mantelzorgers van de cliënten, buurtbewoners, wijkagent/wijkcentrum, Meldpunt GGD en potentiële cliënten. Met name de buurtbewoners zijn een belangrijke groep: kennen zij de wijkverpleegkundige? Weten ze waarvoor ze haar kunnen benaderen? Merken ze veranderingen op wijkniveau na invoering van de wijkverpleegkundige? Dit zijn allemaal vragen die tijdens vervolgonderzoek beantwoord moeten worden.

Er werd tijdens dit onderzoek regelmatig aangegeven dat er veel werk op de werkvloer dubbel wordt gedaan, omdat niet bekend is welke instellingen er precies over de vloer komen. De wijkverpleegkundige draagt al bij aan coördinatie, maar er valt op dit gebied nog veel winst te behalen. Menzis gaf aan dat er hiervoor meer moet veranderen. In de systematiek van

zorgaanbieders moeten (financiële) prikkels ingebouwd worden, waardoor het voor de zorgaanbieder aantrekkelijker wordt om integraal te gaan werken. Vervolgonderzoek naar dit onderwerp kan veel winst opleveren.

Wat tijdens het onderzoek ook aan het licht kwam, is dat er binnen een stad vele verschillende initiatieven zijn rondom wijkgericht werken. Hoewel theoretisch gezien de gemeentelijke beleidsmedewerker een overzicht hiervan zou moeten hebben, is dit in de praktijk niet het geval. Niemand heeft het overzicht, terwijl al deze verschillende projecten elkaar kunnen tegenwerken en ook het effect van de wijkverpleegkundige kunnen beïnvloeden. Het is de moeite waard om dit in kaart te brengen.

6.4 Aanbevelingen voor Carintreggeland

Carintreggeland is met het project Zichtbare Schakel hard op weg om de vooraf opgestelde doelstellingen te behalen. Een roep die veel bij samenwerkingspartners vandaan komt is: breid het werk alsjeblieft uit! Een mooi compliment voor een mooi initiatief. Doordat veel organisaties (nog) niet wijkgericht werken, is het voor hen lastig om te accepteren dat de wijkverpleegkundige maar in enkele wijken werkt en er in andere wijken andere zorginstanties gecontacteerd moeten worden.

Wat ook naar boven is gekomen, is het feit dat beeldvorming en communicatie naar de belanghebbenden toe erg belangrijk is. Sommige partijen hebben nog niet helder voor ogen in welke situaties ze de wijkverpleegkundige kunnen benaderen en wat haar werk precies inhoudt. Er werd aangegeven dat dit ook komt door het patroon waarin werknemers vaak nog zitten, de wijkverpleegkundige heeft daarin nog niet een vaste plek gekregen. Wanneer ze de wijkverpleegkundige persoonlijk kennen en contactgegevens uitwisselen, wordt er al vaker contact met haar opgenomen. Het is dus van belang dat er (nog) meer aandacht wordt besteed aan de beeldvorming en communicatie.

Eén van de conclusies van dit onderzoek is dat de samenstelling van de teams waarbinnen de wijkverpleegkundige functioneert, van invloed is op de mate van samenwerking op wijkniveau. Wanneer met bepaalde belanghebbenden een betere samenwerking mogelijk is, dan kan het het overwegen waard zijn om de teams uit te breiden. Dit kan ook bijdragen aan de beeldvorming en communicatie, zoals hierboven beschreven.

Bibliografie

Artikelen

Clark, C., Rosenzweig, W., Long, D., Olsen, S. (2004), Double bottom line project report: Assessing social impact in double bottom line ventures. Methods catalog. Verkregen op 25 april van: http://www.riseproject.org/DBL_Methods_Catalog.pdf

Davies, R., & Dart, J. (2003). A Dialogical, Story-Based Evaluation Tool: The Most Significant Change Technique [elektronische versie]. *American Journal of Evaluation* 24(2)

Davies, R., & Dart, J., (2005), The 'Most Significant Change' (MSC) Technique: A Guide to its Use. Verkregen op 27 april van www.mande.co.uk/MSC.html

Freeman, R.E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman

Kaplan, R.S. & Norton, D.P. *The Balanced Scorecard—Measures that Drive Performance*, Harvard Business Review (January-February 1992).

Kaplan, R.S. & Norton, D.P. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, (Harvard Business School, 1996).

Maas, K.E.H. *Corporate Social Performance: From output measurement to impact measurement*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009.

MCNeil, J. (2009). How to measure social impact. *Third Sector*. Verkregen op 8 mei 2012 van http://thirdsectormagazine.com.au/news/how_to_measure_social_impact/008061/

Moore, M.H. *The Public Value Scorecard: A Rejoinder and an Alternative to "Strategic Performance Measurement and Management in Non-Profit Organizations"* by Robert Kaplan. Harvard University, 2003

Nef (2001). *Proving and improving. A quality and impact toolkit for social enterprise*. Verkregen op 9 mei 2012 van <http://www.proveandimprove.org/new/tools/socialaccounting.php>

Rosendal, H., Erve, R. van het (2011) *Wijkverpleging: de geest is uit de fles*. TZV tijdschrift voor verpleegkundigen. Jaargang 121 (6), 12-17

Veldhuizen, T.J. (2009) *Het Kulturhus nader bekeken: het ontdekken van meerwaarde binnen de Kulturhusen*.

Weiss, C.H., (1995) *Nothing as Valuable as a Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families*, in *New Approaches to Evaluating Community Initiatives, Volume 1*, edited by James Connell et al. (Aspen Institute).

Weiss, C.H. (1998) *Evaluation, second edition* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall).

Weiss, C.H. (1997) *How Can Theory-Based Evaluation Make Greater Headway?* Verkregen op 8 mei 2012 van <http://erx.sagepub.com/content/21/4/501>

Voorgaande publicaties

BMC (2011). *De wijkzuster terug in West-Brabant: worden we er beter van?*

BMC (2012). De 'Zichtbare Schakel'- wijkverpleegkundige: een hele zorg minder.

Carintreggeland (2011). Strategisch meerjarenbeleid Carintreggeland 2012-2015.

Carintreggeland (2012). Tussenbalans van bijna 1 jaar Zichtbare Schakel.

Hummelink, A. & Ten Have, S. (2012) De wijkverpleegkundige Zichtbare Schakel van STMG: een maatschappelijke meerwaarde?

Omring (2010). Maatschappelijke Business Case: Van Solex naar Laptop.

Sleutelteam Berflo Es (2010). Wonen met zorg en welzijn in Berflo Es, Plan van aanpak voor een integraal wijkteam.

TOPteam (2011). Team Ossenkoppelerhoek Participeert, Plan van Aanpak, versie 24 mei 201.

ZonMw (2009). Programmatekst Zichtbare Schakel.

ZonMw (2011). Tussenbalans Zichtbare Schakel.

Boeken

De Bie, S. & Visser, R. (1986) Onderzoek puntsgewijs. Meppel, Amsterdam: Boom

Deuten, J. (2007) Praktijkboek Maatschappelijk Rendement, deel 1:methoden. Utrecht: Quattro

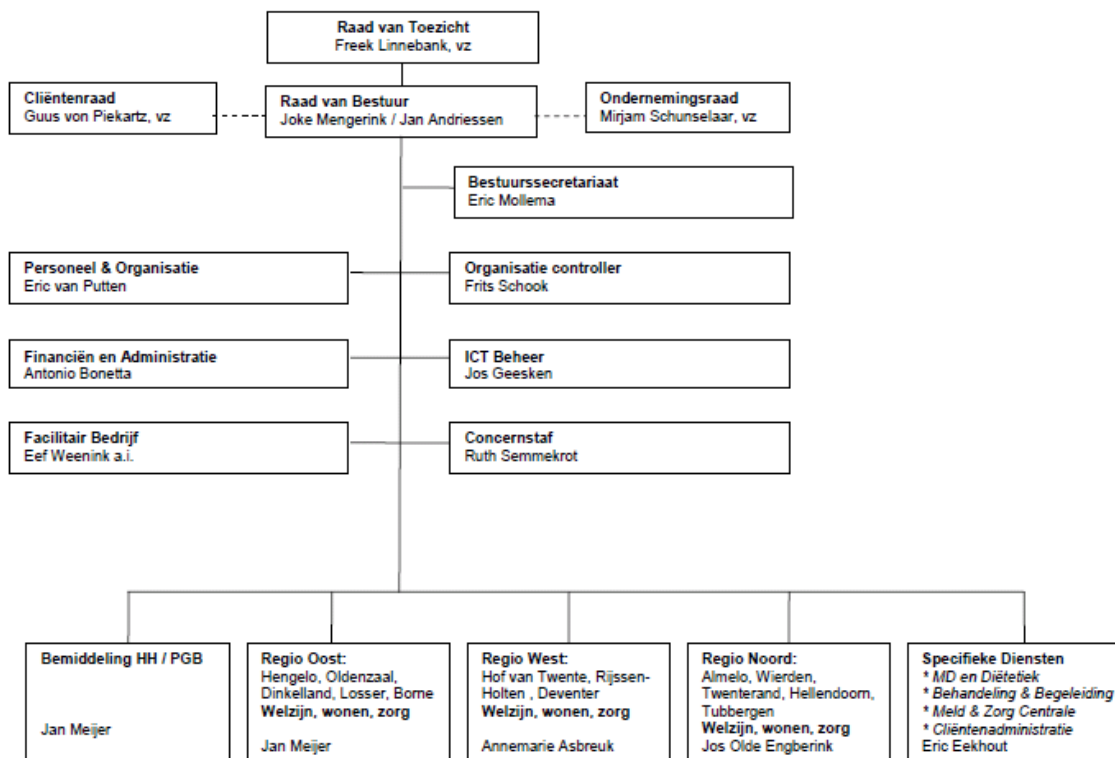
Franssen, B. & Scholten, P (2007) Handboek voor sociaal ondernemen in Nederland. Van Gorcum.

Scholten, P. (2005) Social Return On Investment, State of Art.

Bijlagen

Bijlage 1: Organogram Carintreggeland

Functionele structuur Carintreggeland



Verkregen op 7 mei van <http://www.carintreggeland.nl/dbimages/bijlagen/2011-06-27%20-%20organogram%20Carintreggeland.pdf>

Bijlage 2: Samenstellingen teams

Hieronder staan de samenstellingen van de wijkgerichte teams vermeld. De dikgedrukte namen waren aanwezig tijdens het overlegmoment waarin het interview is afgenomen.

Hengelo: Berflo Es

Philippine de Zoeten

Ellis-Marie Altena

Birgit van der Heide

Louise Pigge

Nura Aygür

Evert van der Wel

Marjan Stroot

Paul Breunesse

Bernard Assen

Martina Visser

Erna Pikkemaat

Wijkverpleegkundige Bureau SPV

Carintreggeland

Sociale Zaken gemeente Hengelo

Wijkverpleegkundige Carintreggeland/project Zichtbare Schakel

Welbions/project 'Achter de voordeur'

Huisartsenpraktijk Lodewijkstraat

Welbions/project 'Achter de voordeur'

Wmo gemeente Hengelo

Maatschappelijk werk

Welzijn Ouderen Hengelo

Consulent MEE-twente

Almelo

Johan Oude Voshaar

Diane Marissen

Rianne van Eerden

Marieke Huiskes

Welzijnswerker gemeente Almelo

Wijkverpleegkundige Buurtzorg

Wijkverpleegkundige ZorgAccent

Wijkverpleegkundige Carintreggeland/Zichtbare Schakel

Deventer: Keizerslanden

Aart de Graaf

Martin Enderink

Joan Flikweert

Willy Grieving (niet altijd)

Nuray Oguray

Yilmaz Yildirim

Corinne Cornet

Ruud Schimmel

Marc Kamp

Projectleider Stedelijke Vernieuwing Ieder1*

*Woonconsulent Ieder1**

Bijzonder Zorgteam

Wijkconsulent Ieder1 (alleen op afroep)*

*Wijkopbouwwerker Raster en nu werkzaam voor Ieder1**

Wijkagent

Maatschappelijk werker Carinova

*Ieder1**

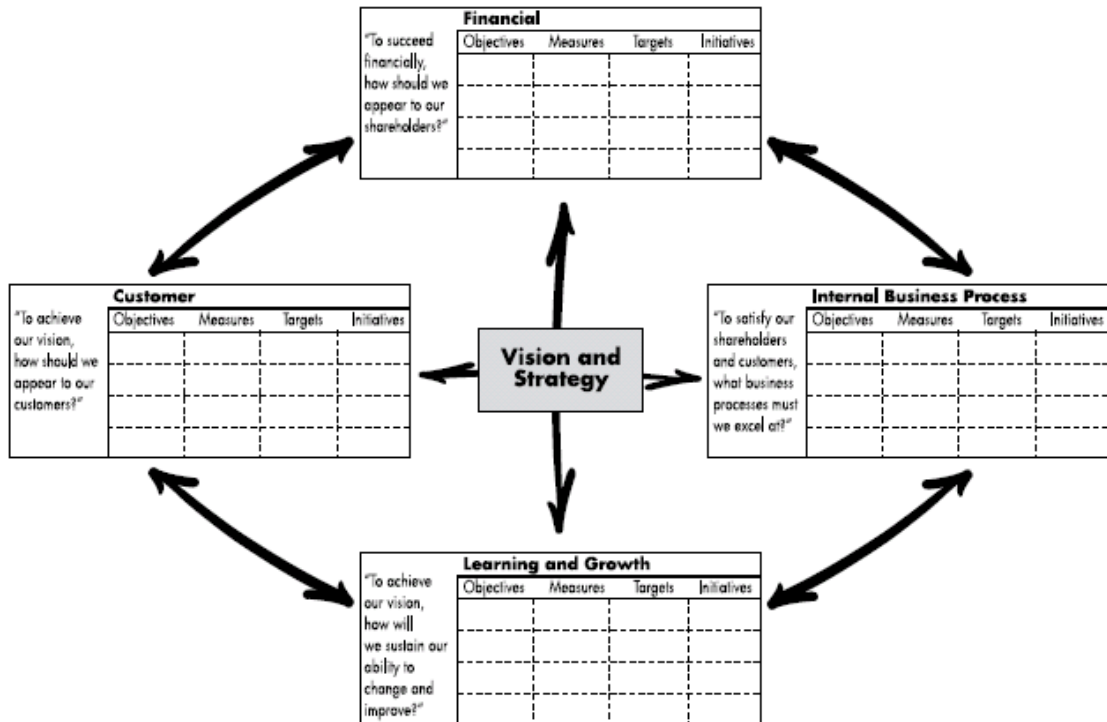
Wijkopbouwwerker Raster

*Ieder1 is een woningcorporatie in Deventer

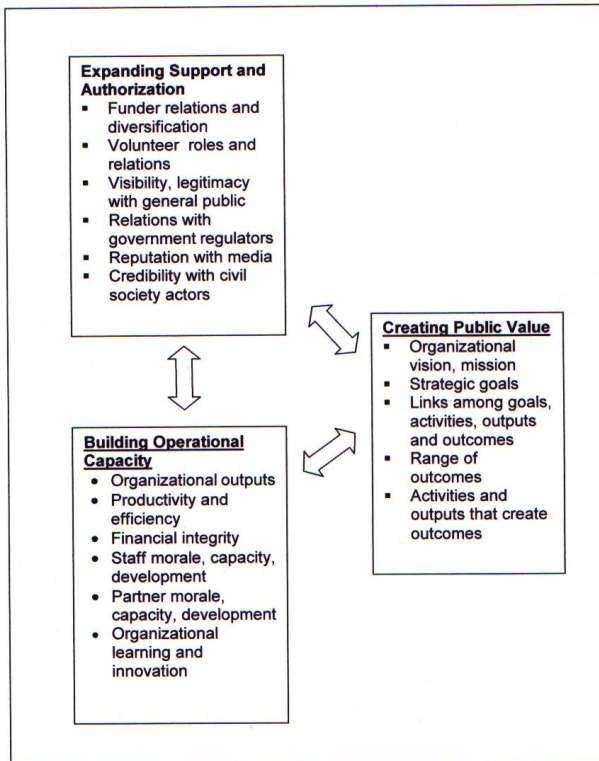
Bijlage 3: Meetmethoden

3.1 Balanced Scorecard

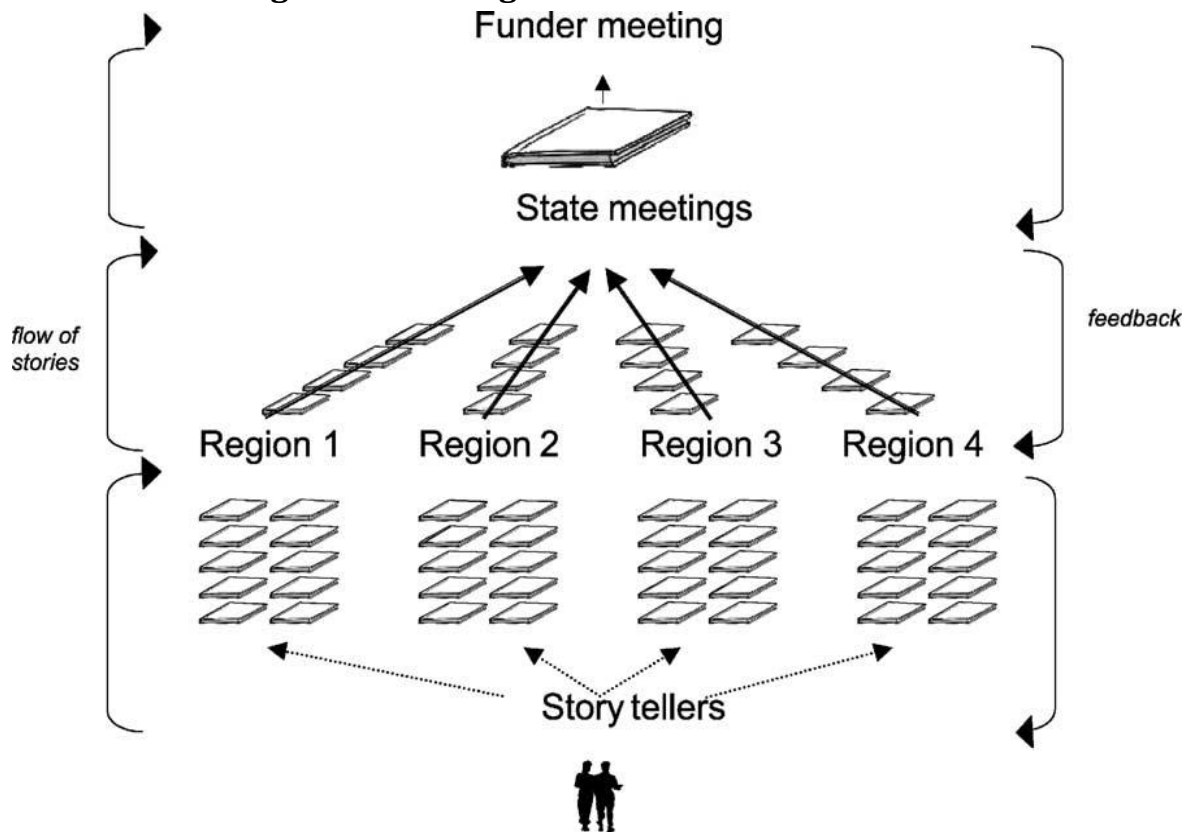
Translating Vision and Strategy: Four Perspectives



3.2 Public Value Scorecard



3.3 Most Significant Change Method



Figuur 1

Flow of stories and feedback in MSC (American Journal of Evaluation 24(2), 2003 p.139)

Bijlage 4: Voorbereidingsmateriaal respondenten

Beste meneer/mevrouw,

Met oog op het telefonische interview over de maatschappelijke impact van de Zichtbare Schakel, wil ik u vragen om een korte voorbereiding te doen. **Wilt u deze voorbereiding uiterlijk a.s. dinsdag 5 juni mailen naar a.vanderlugt@carintreggeland.nl?** Hieronder volgt een korte toelichting.

Effectenkaart

Om maatschappelijke impact in kaart te brengen, is een hulpmiddel ontwikkeld: de effectenkaart. Deze brengt de verschillende aspecten van een maatschappelijke investering in verband met elkaar en presenteert deze op een overzichtelijke manier. De opzet van een effectenkaart is als volgt:

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat (output)	Impact, effect	Indicator
	Alle middelen (tijd, geld, andere investeringen) die in een project worden ingebracht	Dat wat in het project plaatsvindt	De gemeten en kwantificeerbare resultaten van de investering	Maatschappelijke verandering MINUS wat er toch al zou zijn gebeurd	

Voorbereiding

Als voorbereiding wil ik u vragen om kolommen 'input', 'activiteit' en 'resultaat (output)' in te vullen, vanuit het oogpunt van uw eigen functie. Het interview zal hier dan verder op ingaan. De laatste 2 kolommen, namelijk 'impact/effect' en 'indicatoren' hoeft u nog niet vooraf in te vullen. In de bijlage vindt u een voorbeeld van een ingevulde effectenkaart en ook een lege effectenkaart die u kunt gebruiken om in te vullen voor uw organisatie.

Bel of mail mij bij vragen gerust: a.vanderlugt@carintreggeland.nl of 06-... ..

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Vriendelijke groet,
Annemarie van der Lugt
Stagiaire Carintreggeland/ UT Bedrijfskunde

Vorbereidingsmateriaal bijlage 1: voorbeeld ingevulde effectenkaart

Om u bij het invullen te helpen, geef ik hier een voorbeeld van een ingevulde effectenkaart in een gelijksoortig onderzoek naar het effect van Buurt Maatschappelijk Werk, gezien vanuit de politie en de bewoners:

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat (output)	Impact, effect	Indicator
Politie	€1500,- in project	Monitoren Adviseren Uitvoeren	Problematieken zijn beter in beeld (aard en omvang)	Effectievere inzet van middelen in het gebied	Minder inzet politie
			Overlast is verminderd	Verbetering leefbaarheid	Oordeel politie en stadsdeel-management
			Zorgmijders maken meer gebruik van hulp-zorg en dienstverlening	Hogere kosten of ontstaan van wachtlijsten	Oordeel sociaal werkers en politie

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat (output)	Impact, effect	Indicator
Bewoners	Tijd	Deelname	Toegankelijkheid reguliere hulpverlening is verbeterd	Betere gezondheid	Oordeel zorggebruikers, ervaren baten
			Overlast is verminderd	Verbetering leefbaarheid	Oordeel buurtbewoners
			Multi-problematiek is afgenomen	Leefbaarheid van betrokken gezinnen is verbeterd	Ervaren baten door betrokkenen Oordeel sociaal werkers

Vorbereidingsmateriaal bijlage 2: lege effectenkaart

Belanghebbende	Input	Activiteit	Resultaat (output)
	Alle middelen (euro's, uren, andere investeringen) die in het project 'Zichtbare Schakel' worden ingebracht	Dat wat in het project plaatsvindt	De gemeten en kwantificeerbare resultaten van de investering
Uw functie/organisatie			

Bijlage 5: Interviewvragen

Tijdens de telefonische interviews en groepsgesprekken is steeds gebruik gemaakt van onderstaande handreiking. De vragen werden voor elke situatie iets bijgesteld, om ze zo goed mogelijk toe te spitsen op de functie van de geïnterviewde.

Introductie

Voorstellen onderzoeker. Bedanken voor deelname onderzoek. Doel van onderzoek toelichten. Procedure toelichten. Toestemming vragen om op te nemen.

Kennismaking: kan geïnterviewde zich voorstellen en relatie met 'Zichtbare-schakel'-wijkverpleegkundige toelichten?

Gesprek

1. Kunt u uw samenwerking met de 'Zichtbare-schakel'-wijkverpleegkundige toelichten?
2. Wat investeert uw organisatie in het project Zichtbare Schakel? Hoe bereikt u hiermee resultaat?
3. Wat is er veranderd voor uw functie na invoering van de 'Zichtbare-schakel'-wijkverpleegkundige?
Eventuele suggesties:
 - Meer contact met andere zorginstellingen/verandering samenwerking?
 - Effectievere inzet?
 - Preventief handelen?
 - Kostenbesparingen?/ Zijn er besparingen in de betreffende stad die ontstaan zijn door activiteiten van de 'Zichtbare-schakel'-wijkverpleegkundige?
 - Gemeten en kwantificeerbare resultaten?
4. Wat betekent volgens u de 'Zichtbare-schakel'-wijkverpleegkundige voor de stad Hengelo/Almelo/Deventer?
5. Wat als het project er niet zou zijn geweest?
6. Wat zijn volgens u knelpunten of verbeteringen in het project?

Afsluiting

Wilt u nog iets toevoegen aan het gesprek? Interview parafraseren. Bedanken voor medewerking.

Bijlage 6: Logboek dataverzameling

1. Beleidsniveau

Hengelo

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Marieke van den Berg	Beleidsambtenaar Gemeente Hengelo	20 juni 2012	Mondeling interview
Olivier van Noort	Zorgverzekeraar Menzis	15 juni 2012	Telefonisch interview

Almelo

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Leny Claessens	Beleidsambtenaar Gemeente Almelo	-	Gebruik gemaakt van eerder geschreven verslag

Deventer

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Harmke Tack	Beleidsambtenaar Gemeente Deventer	12 juni 2012	Mondeling interview
Jitse Smid	Zorgverzekeraar Salland	18 juni 2012	Telefonisch interview

2. Uitvoerend niveau

Hengelo

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Martina Visser	Stichting Welzijn Ouderen Hengelo	Sleutelteamoverleg, 5 juni 2012	Groepsgesprek
Erna Pikkemaat	Consulent MEE Twente	Sleutelteamoverleg, 5 juni 2012	Groepsgesprek
Paul Breunesse	WMO consulent gemeente Hengelo (Zorgloket)	Sleutelteamoverleg, 5 juni 2012	Groepsgesprek
Marjan Stroot	Welbions/ project 'Achter de voordeur'	Sleutelteamoverleg, 5 juni 2012	Groepsgesprek
Bernard Assen	Maatschappelijk werk	Sleutelteamoverleg, 5 juni 2012	Groepsgesprek
Evert van der Wel	Huisarts Berflo Es	13 juni 2012	Telefonisch interview
Ellen Ruwe	Praktijk Ondersteunend Huisarts Hengelose Es	13 juni 2012	Telefonisch interview
Zohra de Jong	Scala Welzijn	29 juni 2012	Telefonisch interview

Almelo

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Huub Oude Vrielink	Wijkbeheerder woningcorporatie St. Jozeph	1 juni 2012	Telefonisch interview
Johan Oude Voshaar	Welzijnswerker gemeente Almelo	TOPteam overleg, 8 juni 2012	Groepsgesprek
Diane Marissen	Wijkverpleegkundige Buurtzorg	TOPteam overleg, 8 juni 2012	Groepsgesprek
Rianne van Eerden	Wijkverpleegkundige ZorgAccent	TOPteam overleg, 8 juni 2012	Groepsgesprek

Deventer

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Joan Flikweert	SPV-er bijzonder zorgteam	12 juni 2012 SAT	Groepsgesprek
Aart de Graaf	Woningbouw Ieder1, programmaleider sociale herstructurering	12 juni 2012 SAT	Groepsgesprek
Marc Kamp	Wijkopbouwwerker Raster	12 juni 2012 SAT	Groepsgesprek

3. Thuiszorgniveau

Hengelo

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Marianne Mulder	Coördinator zorg en welzijn/verzorgende	14 juni 2012	Groepsgesprek
Wil Backers	Verpleegkundige Carintreggeland	14 juni 2012	Groepsgesprek
Jet Giesen	Thuisbegeleiding	14 juni 2012	Groepsgesprek
Jeanette Wilmink	Verzorgende plus	14 juni 2012	Groepsgesprek

Almelo

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Monique Niemeijer	Verpleegkundige Carintreggeland	4 juni 2012	Telefonisch interview
Wilma van Veen	Thuisbegeleiding Carintreggeland	7 juni 2012	Telefonisch interview
Heleen Tijhuis	Welzijnswerker Carintreggeland	12 juni 2012	Telefonisch interview

Deventer

Wie	Functie	Wanneer	Hoe
Jeanette Willems	Verzorgende Carintreggeland	12 juni 2012	Groepsgesprek
Sandra Fransen	Verpleegkundige Carintreggeland	12 juni 2012	Groepsgesprek
Anne Hoevenaars	Thuisbegeleiding Carintreggeland	12 juni 2012	Groepsgesprek

Bijlage 7: Samenvattingen interviews

7.1 Hengelo

7.1.1 Beleidsniveau

Beleidsmedewerker gemeente Hengelo: De beleidsmedewerker geeft aan dat de wijkverpleegkundige op een outreachende manier werkt, iets dat de gemeente met het Zorgloket ook graag wil bereiken. Ze is zichtbaar aanwezig in de wijk. Niet wachten tot de cliënten komen, maar thuis kijken hoe het is. Op die manier komt de signalerende functie beter naar voren. Wij hebben ook afspraken met andere zorginstellingen, zoals SWOH en maatschappelijk werk. Samen zetten zij zich in om zoveel mogelijk mensen die het moeilijk hebben te helpen. Dat is het belang van de gemeente. De wijkverpleegkundige maakt dat dit eerder, sneller en op een makkelijkere manier gebeurt. Mensen vertellen hun verhaal eerder aan de wijkverpleegkundige dan dat ze de telefoon pakken en een instelling opbellen. Hierdoor signaleert de wijkverpleegkundige beter dan andere instellingen. Zij kan de cliënten dan doorverwijzen. Wanneer de wijkverpleegkundige er niet was geweest, dan was er vanuit de gemeente en andere organisaties minder contact geweest met de wijkverpleging. De lijnen zijn nu korter. Het is wel zo dat er veel verschillende projecten rondom wijkgericht werken lopen. De wijkverpleegkundige is daar een onderdeel van. Dit project zou aanvullend moeten zijn op andere projecten, maar dit is niet altijd het geval. Een taak van de gemeente hierin is dat er een betere afstemming is tussen deze projecten, zodat de wijkverpleegkundige geen concurrentie ervaart. Verbeterpunt is dat er beter moet worden gekeken naar de competenties en kwaliteiten van de wijkverpleegkundige. De gemeente is niet over alle wijkverpleegkundige even positief. Wanneer het andere personen zouden zijn, wordt er mogelijk ook een ander effect bereikt.

Menzis: Menzis ziet de wijkverpleegkundige als schakel tussen de AWBZ, WMO en de zorgverzekeringswet. De wijkverpleegkundige is erg laagdrempelig, niet bedreigend voor cliënten en kan vanuit een integrale visie handelen. Gevolgen merken ze niet en is een moeilijk punt. Graag zou Menzis gevolgen zien in de kostensfeer, dat zorgkosten dalen, ruimte wordt gemaakt voor voorzieningen en dingen niet dubbel hoeven worden gefinancierd. In het rapport van BMC worden teveel aannames gedaan en om dingen te meten moet je dat over een langere termijn doen. Vanuit de wijkverpleegkundige bij Carintreggeland is nog geen evidence gezien dat het inderdaad zo werkt.

Het belang dat de zorgverzekeraar heeft is de verbinding tussen de AWBZ, WMO en zorgverzekeringswet. Dat is een dynamisch arsenaal. Menzis denkt wel dat de wijkverpleegkundige daar een rol in kan spelen, maar dan moet er meer veranderen. Wanneer het voor zorgaanbieders zelf niet aantrekkelijk wordt om integraal te gaan werken, zal het niet oplossen. Dan is de wijkverpleegkundige alleen maar een extra poppetje of een extra bal in de kerstboom en zal het niet tot besparingen leiden. In de systematiek moeten prikkels ingebouwd worden, waardoor het voor de zorgaanbieders aantrekkelijker wordt, zowel eerstelijns als in de ziekenhuizen.

Afgelopen jaren is financiering gelopen via ZonMw en zorgkantoren, maar als je wilt dat het een wijkverpleegkundige wordt, moet je de financiering ook gemeenschappelijk maken. Niet alleen de verzekeraar of de gemeente, maar gezamenlijk beslissen.

7.1.2 Uitvoerend niveau

Adviseur Stichting Welzijn Ouderen Hengelo (SWOH): De wijkverpleegkundige heeft ongeveer 2 à 3 keer een cliënt doorverwezen naar de SWOH. Ook is er af en toe telefonisch contact geweest. De adviseur van SWOH geeft duidelijk aan dat ze meer doorverwijzingen had verwacht, maar dit komt mogelijk door de samenstelling van de wijk (misschien zijn er minder kwetsbare ouderen dan verwacht). Wanneer de wijkverpleegkundige er niet was geweest, was de adviseur van SWOH waarschijnlijk ook wel gevonden door de cliënten, hetzij via andere instanties als de woningcorporatie Welbions.

Consulent MEE Twente: De consulente is pas sinds begin 2012 actief in het Sleutelteam. Door de wijkverpleegkundige is de bekendheid van MEE Twente toegenomen. De wijkverpleegkundige kent nu het werk van MEE Twente en andersom ook. Zo kan zij ook cliënten hierover vertellen. Er zijn circa 2 cliënten doorverwezen naar MEE Twente door de wijkverpleegkundige. Deze cliënten zouden zonder de hulp van MEE Twente duidelijk afgegleden zijn. Signalen die door de wijkverpleegkundige worden opgevangen, worden vervolgens door MEE Twente opgepakt. Ook hebben er af en toe consultatieve gesprekken plaatsgevonden, waarbij door de wijkverpleegkundige naar kennis van MEE Twente werd gevraagd.

WMO-consulent gemeente Hengelo (Zorgloket): De WMO-consulent heeft ongeveer 2x contact gehad met de wijkverpleegkundige over cliënten. Cliënten komen hierdoor vroegtijdig in beeld bij de gemeente. Er wordt vroeg gesignaleerd. Ook kunnen cliënten op deze manier een beetje de gemeentelijke bureaucratie omzeilen, doordat de wijkverpleegkundige de situatie al in beeld heeft gebracht. Het zorgloket gaat dan sneller op de aanvraag in. In één situatie was het zo dat een cliënt anders niet uit het ziekenhuis ontslagen had kunnen worden, maar door de versnelde aanvraag van voorzieningen kon de mevrouw naar huis. Wel benadrukt hij dat dit vooral een belang voor de cliënten is, en niet direct van het Zorgloket.

Het uitgangspunt van het Zorgloket is: 'de cliënten komen toch wel'. Een gevaarlijke uitspraak, maar dat maakt wel dat zij geen directe meerwaarde in het project zien. Directe kostenbesparingen voor de gemeente zijn er ook niet. Sterker nog, misschien worden er wel meer uitgaven gedaan doordat mensen naar het zorgloket worden gestuurd, maar dat is natuurlijk moeilijk aan te tonen. Verder is de zichtbaarheid van de wijkverpleegkundige voor de WMO-consulent geen speerpunt, dus wordt dat niet als meerwaarde gezien. Wat voor de WMO juist een heel mooi effect zou zijn, is dat er minder mensen een hulpvraag indienen, vanwege het kostenaspect. Dat gebeurt nu nog niet.

Het belang van de gemeente is dat ze hun doelstelling halen, namelijk om zoveel mogelijk mensen maatschappelijk te laten participeren tegen zo laag mogelijke kosten. Er kan dus een verschil zitten tussen het belang van de cliënt en het belang van de gemeente. Kortom: voor de gemeente is de meerwaarde van het project niet zo groot, voornamelijk omdat (nog) niet aan het laatste gedeelte van hun doelstelling wordt voldaan.

Wijkbeheerder Welbions: De wijkbeheerders maken geen gebruik van de wijkverpleegkundige. Dit zou wel moeten, maar lukt nog niet, mede door interne veranderingen. Nu wordt nog contact opgenomen met andere zorginstanties. Wanneer van te voren goede voorlichting was gegeven en persoonlijke contacten waren gelegd, was hier waarschijnlijk meer gebruik van gemaakt. Vooral vanuit Welbions is dit niet gebeurd, waardoor wijkbeheerders de wijkverpleegkundige niet (goed) kennen en haar dus ook niet benaderen. Binnen het project 'achter de voordeur' van Welbions is dit een heel ander verhaal. De huisbezoekster en de wijkverpleegkundige werken heel nauw samen. Zij doen vaak een gezamenlijke intake en overdracht, waarna de wijkverpleegkundige ermee verder gaat. De huisbezoekster komt problematiek tegen, analyseert dit en sluit het kort met de wijkverpleegkundige. Bij benadering zijn er naar aanleiding hiervan zo'n 30 cliënten doorverwezen naar de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige heeft de tijd en ruimte om outreachend te werken, tijd te investeren etc. Dat is voor Welbions tien keer gemakkelijker dan bestaande zorginstellingen die altijd volgeboekt zijn. Wanneer de wijkverpleegkundige er niet was geweest, had Welbions langer omhoog gezeten met klanten en moeilijker toe kunnen leiden naar de zorginstanties. De wijkverpleegkundige heeft ook heel veel in de motivatie van de gezinnen een rol gespeeld, om inderdaad gepaste hulp in te schakelen. Dat vind je niet bij andere, reguliere instellingen en kan Welbions zelf ook niet goed oppakken.

Maatschappelijk werker: De wijkverpleegkundige heeft een aantal cliënten doorverwezen naar de maatschappelijk werker en andersom zijn er ongeveer 4 cliënten doorverwezen. Ook zijn er een aantal consultaties geweest. Verder heeft de wijkverpleegkundige meer tijd om te 'masseren', dat wil zeggen om cliënten over te halen om van de juiste zorg gebruik te maken. Die mogelijkheden heeft

een maatschappelijk werker niet. De maatschappelijk werker geeft aan dat hij meer van het project had verwacht, voornamelijk meer verwijzingen door het outreachende werk in de wijk en omdat maatschappelijk werkers ook eerstelijnszorg aanbieden. Specifieke meerwaarde komt er voor de maatschappelijk werker niet uit.

Huisarts Berflo Es: Vroeger was er al een wijkzuster, maar zij was zeg maar de onzichtbare schakel. Nu heeft de wijkverpleegkundige een veel prominentere plaats en wordt ze eerder gevonden. Af en toe is er regulier overleg. De huisarts geeft aan dat het contact goed loopt en met elkaar weet te vinden voor directe vragen en informatie-uitwisseling. Tussen de agenda van de wijkverpleegkundige en die van de huisarts vindt een directe koppeling plaats. Vroeger was dat zeker anders.

Door het werk van de wijkverpleegkundige krijgt de huisarts eerder meer cliënten dan minder cliënten. Aanbod creëert vraag. Mensen worden gevonden en naar de huisarts doorverwezen. Of de preventieve functie ook helpt is nu nog niet zichtbaar, dat zal de toekomst moeten uitwijzen.

De meerwaarde van de wijkverpleegkundige voor de huisarts is dat ze groepen kan opsporen. Ook heeft ze een regiefunctie en stemt ze af met de huisarts. Wanneer de wijkverpleegkundige zich in de huisartsenpraktijk zou vestigen, zouden de lijnen nog korter zijn. Een huisarts krijgt nu veel oneigenlijke zorgtaken op zijn bord, waarvan het prettig zou zijn als deze doorgeschoven kunnen worden naar de wijkverpleegkundige. Ook heeft de wijkverpleegkundige andere, praktischere kennis dan de huisarts, die meer medisch inhoudelijke kennis heeft. Op deze manier kan iedereen vanuit zijn of haar eigen discipline werken. Gezamenlijke huisvesting zou dus zeker een meerwaarde zijn. De samenwerking met de huisarts wordt dan verbeterd. Een wijkverpleegkundige heeft ook een deel overlap met de Praktijk Ondersteuner Huisarts, welke o.a. ook ouderenzorg levert. Hierover vallen wel afspraken te maken.

In één casus is er vanuit de wijkverpleegkundige aanvullende informatie gegeven over een cliëntsituatie. Verder heeft de huisarts naar zijn mening de populatie aardig in beeld. Ook is er één casus waarin een zorgmijder naar de huisarts is doorverwezen door inzet van de wijkverpleegkundige. Deze persoon zou anders duidelijk zijn afgeleden.

Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) Hengelose Es: In het begin van het project is de huisartsenpraktijk op de hoogte gebracht van het werk van de wijkverpleegkundige. Ook waren er toen structurele overleggen, die zijn inmiddels al een tijd afgerond. Nu is er nog weinig contact. Af en toe zijn er nog doorverwijzingen, dat gaat dan om personen waar niet de huisarts niet meer echt kan helpen maar die nog wel sociale contacten kunnen gebruiken (op welzijnsgebied). De korte lijnen zijn prettig. De wijkverpleegkundige hier werkt al vanuit de wijk. Aanvulling op de huisartsen is dat de wijkverpleegkundige langs gaat bij geïsoleerde mensen, waar de huisarts niet bij komt.

De bijdrage van de wijkverpleegkundige aan preventieve gezondheidszorg heeft de huisarts niet. Hun praktijk heeft dat al goed in de gaten en in beeld. Ze willen niet hebben dat twee disciplines op één stoel gaan zitten. Het is héél duidelijk aangegeven richting de wijkverpleegkundige dat de dingen als bloeddrukmeten en glucosetesten bij de POH'er moet blijven. Daar is de wijkverpleegkundige niet nodig. Medische preventie hoort bij de huisarts en POH. Doorverwijzingen zijn welkom maar de wijkverpleegkundige moet dit niet zelf uitvoeren.

Als de wijkverpleegkundigen er niet zouden zijn geweest hadden ze niets gemerkt. Alleen aanvulling in sociale contacten. Ze hebben niet meer cliënten gekregen, omdat contact met oudere cliënten er al was. Er wordt alleen gevraagd of wijkverpleegkundigen langs gaan om te kijken of alles oké is qua sociale diensten.

Welzijnsmedewerkster Scala: Toen de wijkverpleegkundigen begonnen met hun werk, is er kennisgemaakt. In het project wat toen liep, 'scoren in de wijk', is toen samengewerkt. Er zijn daardoor zo'n 15 vrouwen door de wijkverpleegkundige op gezondheid getest. Daarna zijn er geen mensen meer doorverwezen. Wel komen de welzijnsmedewerkster van Scala en de wijkverpleegkundigen elkaar nog tegen in het wijkcentrum of het sociaal café.

In de toekomst moet er meer samengewerkt worden tussen zorginstellingen, volgens de welzijnsmedewerkster. Er wordt op dit moment nog kennisgemaakt met elkaars werkveld. Vanuit Scala wordt een integraal team opgezet, waarbij ook iemand van SWOH en Carintreggeland betrokken gaat worden (overigens niet de wijkverpleegkundige). Scala zou bijvoorbeeld een stuk nazorg op zich kunnen nemen, zodat Carintreggeland meer mensen kan bereiken in de wijk. De welzijnsmedewerkster geeft aan dat er nog teveel in dezelfde vijver wordt gevestigd, terwijl voor de cliënt juist duidelijk moet zijn hij/zij waarvoor kan inschakelen. Er wordt teveel naast elkaar gewerkt en dingen zijn te versnipperd geraakt. Van de sociale kaart wordt te weinig gebruik gemaakt. Voor de welzijnsmedewerkster is het ook nog niet altijd duidelijk waarvoor ze de wijkverpleegkundige kan inschakelen, maar ook geeft ze aan dat ze niet vaak mensen tegen komt die ze zou kunnen doorverwijzen. Scala werkt meer in groepsverband, en minder op individueel niveau. De mensen die al naar groepsactiviteiten gaan zijn meestal geen zorgmijders. Scala werkt nog niet outreachend, maar wil dat in de toekomst wel meer gaan doen. De welzijnsmedewerkster van Scala merkt niet dat er iets veranderd is door de komst van de wijkverpleegkundige. Daarvoor weet ze te weinig af van de resultaten die de wijkverpleegkundige bereikt.

7.1.3 Thuiszorgniveau

Verpleegkundige: De verpleegkundige geeft aan dat hij heel duidelijk mee kan liften op de kennis en ervaringen van de wijkverpleegkundigen. Hij doet daardoor meer kennis op en kan ook zijn eigen visie verbreden. Ook het besef van het belang van samenwerking en netwerken is bij hem doorgedrongen en daar is hij zelf dan ook steeds meer bewust mee bezig. Hij weet zo in bepaalde situaties veel beter waar hij terecht kan. De wijkverpleegkundige verrijkt zijn functie. Als de wijkverpleegkundige er niet zou zijn geweest zou hij meer zelf hebben moeten ontdekken. Hij overlegt veel met de wijkverpleegkundigen en soms worden er ook cliënten overgedragen aan de verpleegkundige, zodat de wijkverpleegkundigen zich weer terug kunnen trekken.

Thuisbegeleidster: De thuisbegeleider vertelt dat er vooral in het begin een aantal keer contact is geweest, vooral om te inventariseren wie welk soort werk doet en hoe de sociale kaart eruit ziet. Toen was er ook af en toe nog contact over een individuele cliënt, maar dat gebeurt nu niet meer. Ze geeft aan dat er veel meer samengewerkt zou kunnen worden. Daarvoor zitten ze nu nog (ook fysiek) te ver bij elkaar vandaan. De thuisbegeleider merkt dat als ze bij een overleg aanwezig is geweest, ze het even drukker krijgt maar na 2 of 3 maanden is dat weer weggezaakt. Een nadeel is ook dat het project maar in een klein deel van Hengelo plaatsvindt, terwijl de thuisbegeleider gemeentebreed werkt.

Er zit behoorlijk overlap tussen het werk van de wijkverpleegkundige en dat van de thuisbegeleider. Wel is de thuisbegeleider meer op welzijn gericht. Het zou mooi zijn als die overlap in de toekomst meer één zou worden. Je moet oppassen dat je geen dingen dubbel doet en goed van elkaar weten wat je doet. Haar ervaring is dat iedereen zijn ding doet, zodat bij een cliënt heel veel verschillende mensen over de vloer komen, zonder dat je het van elkaar weet. Het zou heel mooi zijn als de wijkverpleegkundige hiervan het overzicht heeft. Wijkgericht samenwerken is echt belangrijk. Het mooie van de wijkverpleegkundige is dat zij de tijd heeft en ook eens terug kan gaan naar een adres en ook meer te achterhalen. Door meer en beter samen te werken, zou dat 'dubbele werk' beter voorkomen kunnen worden. Opvallend detail is dat zowel de wijkverpleegkundige als de thuisbegeleider bij Carintreggeland in dienst is.

Verzorgende: Doordat de wijkverpleegkundige in hetzelfde pand zitten als de verzorgende, zijn de lijnen extra kort. Er zijn regelmatig overleggen en doorverwijzingen. De wijkverpleegkundige heeft voor de verzorgende een meerwaarde omdat ze breder kijkt. Wat ook een voordeel is, dat de wijkverpleegkundige meetinstrumenten gebruikt (bijv. EasyCare) die meer naar boven halen dan verzorgenden kunnen en ook beter aansluiten bij bijvoorbeeld huisartsen. Een verzorgende is doorgaans alleen maar bezig met datgene wat er op dat moment speelt bij een cliënt en kijkt niet verder. Juist een compleet beeld is een hele goede aanvulling op het werk van een verzorgende. Ook vindt er af en toe een gezamenlijk bezoek plaats, wat meer gewicht in de schaal legt of helpt bij de

introductie van de wijkverpleegkundige op een adres. Als de wijkverpleegkundige er niet zou zijn geweest zou de zorg beperkter blijven tot alleen dat stukje standaardzorg dat een verzorgende geeft. Het stuk extra kennis wat een wijkverpleegkundige heeft, heeft de verzorgende niet. Ook zou ze dan minder gericht zijn op de sociale kaart. Verder is het zo dat de wijkverpleegkundige preventiever kan werken, doordat ze meer tijd uit kunnen trekken voor een cliënt en de cliënt geen indicatie hoeft te hebben. Die tijd is echt nodig om een compleet beeld te krijgen en mensen de ruimte te geven om te vertellen.

Verzorgende plus: De verzorgende merkt dat mensen langzamerhand steeds vaker de wijkverpleegkundige kennen. Ze geeft richting cliënten aan dat de wijkverpleegkundige er is en hen zou kunnen helpen. Sommige willen daar dan mee in contact komen. Dan schuift de verzorgende het door op het bordje van wijkverpleegkundige. De meerwaarde voor haar eigen functie ziet zij specifiek in het feit dat ze minder gefrustreerd is over het feit dat ze geen gepaste hulp kan bieden of vinden. Nu kan de wijkverpleegkundige best veel betekenen terwijl de verzorgende het zelf niet had kunnen oplossen. Dit komt ook door de rust en tijd die de wijkverpleegkundige heeft. Hierdoor ziet ze als verzorgende dat de wijkverpleegkundigen met de cliënt bezig zijn en de situatie stap voor stap verandert. Als het project er niet was geweest was het roeien met de riemen die je hebt en haken mensen toch sneller af omdat je als verzorgende te weinig de rust hebt om cliënten te helpen.

7.2 Almelo

7.2.1 Beleidsniveau

Beleidsmedewerker: Binnen de gemeente Almelo bestaat het besef dat het in aandachtswijken belangrijk is om de beste professionals toegankelijk en dichtbij de (kwetsbare) inwoners te hebben. Deze mensen vragen anders geen hulp of verdwalen in het woud van voorzieningen, waardoor de kans op afglijden groot is. Of ze gaan juist overal shoppen, maar dit leidt niet tot verbeteringen in hun leefomstandigheden en al helemaal niet tot maatschappelijke participatie. Er is behoefte aan generalisten die functioneren op HBO niveau, die brede kennis en oriëntatie hebben, die de wijk goed kennen en andersom ook goed gekend worden door de wijkbewoners, sleutelfiguren en organisaties. Die op basis van hun functie al toegang hebben bij diverse (kwetsbare) inwoners en vanuit hun eigen vertrekpunt, bijv. de zorgexpertise van een wijkverpleegkundige, breder en praktisch signaleren en oppakken wat nodig is in een gezin. Die ook weten wanneer ze moeten opschalen naar een specialist.

Andersom geeft deelname aan een TOPteam ook de wijkverpleegkundige al werkende weg een bredere kijk op andere aspecten dan medische zorg, meer zelfoplossende kennis en vaardigheden, en een breder professioneel netwerk om op terug te vallen of naar door te verwijzen in het belang van de patiënt. Het maakt het werk van een verpleegkundige ook leuker, uitdagender en bevredigender.

In de toekomst biedt dit de beleidsmedewerker veel perspectief, ook gezien de indicatiestelling. Beleidsinhoudelijk past het TOP team, waar de wijkverpleegkundige onderdeel van is, in het WMObeleid, participatiebeleid voor minima en in het overkoepelende beleid cf Sociale Agenda 2020. Samen komen we verder dan iedere koker voor zich.

7.2.2 Uitvoerend niveau

Wijkbeheerder woningcorporatie St. Jozeph: Een woningcorporatie stelt eisen aan een huurder, zodat de woonkwaliteit goed kan blijven. Woningcorporatie St. Jozeph heeft deze samengevat in drie steekwoorden: schoon, heel en veilig. Wanneer aan één van deze voorwaarden niet wordt voldaan, wordt er geïnventariseerd wat daarvoor de redenen zijn. Wanneer de wijkbeheerder constateert dat er meer aan de hand is dan alleen een slecht onderhouden tuin, verwaarloosd huis enz. neemt de wijkbeheerder contact op met de wijkverpleegkundige of een andere zorginstantie, omdat de woningcorporatie zelf geen gezondheidszorg levert. Samen wordt dan geprobeerd om tot een oplossing voor de situatie te komen. Door de invoering van de wijkverpleegkundige zijn de lijnen met deze zorginstanties korter geworden. Ook geeft de wijkbeheerder aan dat hij meerwaarde ziet in het

feit dat de wijkverpleegkundige ook de spelregels van de woningcorporatie kent, en als ze constateren dat bewoners deze overtreden geven ze aan dat ze in de problemen kunnen raken met de woningcorporatie. Ze stimuleren de bewoners om de situatie op orde te krijgen. Zo wordt voorkomen dat de wijkbeheerder hier zelf achteraan moet. Uiteindelijke kostenbesparingen volgen ook, doordat ergere situaties voorkomen worden. Zo kunnen bijvoorbeeld herstelkosten na vertrek van bewoners worden voorkomen. Deze kostenbesparingen zijn natuurlijk wel moeilijk aan te tonen. Bovendien, als iemand goed in z'n vel zit, zal hij of zij ook meer oog hebben voor de omgeving. Dat komt de omgeving en buurt ten goede. Die bewoner zal zich eerder inzetten voor de buurt en zich meer betrokken voelen. Vanuit dat oogpunt ziet de wijkbeheerder zeker een win-situatie.

De wijkverpleegkundige verwijst nooit door naar de woningcorporatie. Dit zou volgens de wijkbeheerder vaker kunnen en mogen. Hij heeft situaties meegemaakt waarin duidelijk thuiszorg over de vloer kwam bij een bewoner, maar de tuin werd vreselijk verwaarloosd. De wijkbeheerder zou dan graag willen weten dat er al zorg op dat adres komt en dat er ook aandacht komt voor de woonomgeving van de bewoner. Het is nu vaak onduidelijk welke instanties er op een bepaald adres komen, hij zou hier graag meer inzicht in krijgen. Het zou goed zijn als dat via een centraal punt geregistreerd zou kunnen worden. Je constateert dan iets en kunt dat bij dat punt neerleggen, ook om te kijken of er al zorg is op dat adres. Dan hoeft je dat niet allemaal zelf in te schakelen. Nu zijn er verschillende instanties die in dezelfde vijver vissen, met dezelfde problematiek bezig zijn en dingen constateren, maar onduidelijk is wat er dan vervolgens mee wordt gedaan.

Ook geeft de wijkbeheerder aan dat hij het nog lastig vindt met welke vragen en situaties hij nou precies terecht kan bij de wijkverpleegkundige. Kan en mag hij haar altijd rechtstreeks benaderen? Hier zou veel meer duidelijkheid over moeten komen.

Welzijnswerker gemeente Almelo (re-integratiecoach): Tijdens de wekelijkse casusbesprekingen worden situaties naar voren gebracht en wordt samen overlegd waarnaar verwezen moet worden. Vaak komt daarin herkenning naar boven en weten partners wat ze ermee aan moeten. Soms wordt dan samen op huisbezoek gegaan. Er is nog nooit een situatie geweest waarin niemand wist wat er kon of moest gebeuren. Ook vanuit andere instanties (huisarts, wijkagent, woningcorporatie e.d.) worden wel situaties aangedragen die we dan tijdens onze overleggen bespreken. Na de invoering van de wijkverpleegkundige is er voor de re-integratiecoach veel veranderd. De manier waarop nu samengewerkt wordt, heeft ook zijn uitstraling binnen zijn werk (bij de gemeente) waar mensen er achterkomen dat ze toch wel erg veel met wetjes en regeltjes bezig zijn. Als je op die manier met mensen omgaat kun je geen participatie verwachten. In plaats van verenging is de re-integratiecoach nu bezig met een verbredende aanpak. Zijn collega's komen steeds vaker naar hem toe met bepaalde gevallen, die ze toch even willen overleggen. Verder is er een groter netwerk gekomen met de zorginstellingen. Als de wijkverpleegkundige er niet zou zijn geweest, had hij veel minder plezier gehad in zijn werk. Omdat hij nu meer inzet en motivatie toont, pakt hij eerder situaties aan. Het wordt beter uitgevoerd, doordat zijn netwerk is verrijkt. De wijkverpleegkundige heeft er echt aan bijgedragen dat er nu op een goede manier met elkaar wordt samengewerkt, vanuit allerlei verschillende disciplines.

Wijkverpleegkundige Buurtzorg: De rol van een wijkverpleegkundige is breder. Zij hebben ook oog voor participatie, wonen en welzijn. Een generalistische aanpak is mogelijk door de koppeling van de meerdere deskundigheden aan elkaar. Door het overleg in het TOPteam en met de wijkverpleegkundige is het netwerk veel groter geworden. Ook ontstaat er duidelijkheid over welke verschillende instanties er bij een cliënt over de vloer komen. Iets wat zeker voor de wijk Ossenkoppelerhoek van belang is, omdat de bewoners daar 'instantiemoe' zijn. Door het werk van een wijkverpleegkundige wordt een mens in zijn geheel benaderd en niet alleen de specifieke 'pijn' die aangegeven wordt. Dit is een belangrijke meerwaarde. Ook het werk is veel leuker geworden en doordat je elkaar goed kent weet je goed wie je in kunt schakelen.

Wijkverpleegkundige ZorgAccent: De wijkverpleegkundige van ZorgAccent heeft wel eens cliënten uitgewisseld met de Zichtbare Schakel-wijkverpleegkundige, omdat ze er zelf geen tijd voor had. Ook

wordt de wijkverpleegkundige van ZorgAccent ingeschakeld als het gaat om jeugdproblemen, vanwege haar achtergrond daarin. Ook probeert ze in de rest van haar organisatie het bredere perspectief door te laten dringen, waardoor meer problemen worden herkend en het niet meer alleen bij aan-bed-zorg blijft. De meerwaarde van de wijkverpleegkundige en het TOPteam is vooral ook het grote netwerk wat je krijgt.

7.2.3 Thuiszorgniveau

Verpleegkundige: De verpleegkundige geeft duidelijk aan dat de meerwaarde van de wijkverpleegkundige voor haar zit in het netwerk dat de wijkverpleegkundige heeft en waar de verpleegkundige ook gebruik van kan maken. Als ze vragen heeft over bij welke instanties ze moet zijn voor bepaalde dingen, kan ze bij de wijkverpleegkundige terecht, omdat die een veel beter beeld hiervan heeft.

Ook krijgt zij cliënten doorverwezen, die ze anders niet geholpen zou hebben. Dit komt door de goede signalerende functie van de wijkverpleegkundige, iets waar een gewone verpleegkundige geen tijd voor heeft. Zij doen alleen zorg waar al een indicatie van is gesteld, door een andere partij. Het doorverwijzen van cliënten door de wijkverpleegkundige is nog geen routine, maar is in het afgelopen jaar ongeveer 3x gebeurd. Deze cliënten zouden anders zeker zijn afgegleden en er zou een crisis zijn ontstaan. Dat is nu voorkomen. De wijkverpleegkundige is een goede aanvulling op het werk van een verpleegkundige en de samenwerking is dan ook erg belangrijk.

Verbeterpunt is dat er meer duidelijkheid wordt gegeven over de functie van de wijkverpleegkundige en waarvoor zij benaderd kan worden. Als daar meer helderheid over is, kan ze beter en vaker benaderd worden.

Thuisbegeleidster: Er is tussen de thuisbegeleidster en de wijkverpleegkundige weinig contact geweest. Er is één cliënt door de welzijnsmakelaar naar de wijkverpleegkundige doorverwezen, waar de thuisbegeleidster ook over de vloer komt. Dat de wijkverpleegkundige ook op bezoek bij die cliënt is geweest, werd door de thuisbegeleidster zeer gewaardeerd, omdat ze nu beter weet hoe ze met de cliënt om moet gaan. Het is prettig om te weten dat je ergens terecht kunt met een vraag, kan overleggen en dat er even met je meegekeken wordt op de werkvloer. Dat is volgens de thuisbegeleidster de meerwaarde van de wijkverpleegkundige. Nu moet je dat zelf uitzoeken en dat kost veel tijd. Dat er nu nog weinig tot geen contact is, komt volgens haar doordat het nog een onbekend terrein is. Werknemers zitten in patronen vast en komen daar (nog) niet uit. Wel is er een informatiemiddag geweest en zijn er brochures over de wijkverpleegkundige in omloop. De wijkverpleegkundige wordt steeds meer genoemd. Ook vanuit het management wordt er steeds meer aangemoedigd om ook met de wijkverpleegkundige samen te gaan werken.

Welzijnsmakelaar: De welzijnsmakelaar werkt net als de wijkverpleegkundige zonder indicatie. Voor haar is het dan ook van belang dat mensen haar vinden en er een netwerk is opgebouwd. Zij bundelt deze speerpunten samen met de wijkverpleegkundige en gaat samen met haar op pad. De wijkverpleegkundige is meer gespecialiseerd in de zorgkant en de welzijnsmakelaar in welzijn. Daarin zijn ze een mooie aanvulling op elkaar. Soms gaan ze samen op huisbezoek. Door hun ingrijpen komen mensen weer in beeld bij de huisarts of andere zorginstellingen en worden ze geholpen. Er zijn concrete doorverwijzingen geweest, van en naar de wijkverpleegkundige. Ook bespreken de welzijnsmakelaar en de wijkverpleegkundige regelmatig samen een casus, die ze dan allebei vanuit hun eigen invalshoek benaderen. Eén keer in de drie weken is er een overleg, maar ze komen elkaar ook regelmatig tegen in de 'wandelingen'. Ook als er activiteiten in de wijk zijn, pakken ze dat samen op om hun gezicht daar te laten zien. Voor de wijk is de wijkverpleegkundige een heel laagdrempelige manier om hulp te vragen. Dat kan mensen helpen, hoe eenvoudig de vraag soms ook is. Mensen waarderen het erg als je tijd hebt voor hen. Naast het motiveren van mensen om hulp in te schakelen, wordt ook de zelfredzaamheid: 'hebt u de buurvrouw, uw zoon of iemand anders wel eens gevraagd'? Dit kan professionele hulp voorkomen. Als het project er niet zou zijn geweest zou het langer duren voordat de juiste hulp op de juiste plek is. Het is fijn dat de lijnen nu kort zijn en er snel een oplossing voor een situatie gevonden is. Voordat de wijkverpleegkundige er

was, was het nog regelmatig zoeken naar de juiste persoon en ook werd het feit dat er (nog) geen indicatie was als een probleem gezien. Dan duurt alles veel langer. Wat echt een meerwaarde is, dat mensen niet meer van het kastje naar de muur worden gestuurd. De welzijnsmakelaar is erg blij met de wijkverpleegkundige.

7.3 Deventer

7.3.1 Beleidsniveau

Beleidsmedewerker gemeente: De beleidsmedewerker is niet direct betrokken bij het project, maar investeert er wel indirect in door intern draagvlak te creëren voor het project. Positionering in de gemeente en preventief werken zijn verantwoordelijkheden die de gemeente heeft. Ook (terug)koppeling naar andere projecten en organisaties is een activiteit die zij uitvoert. Bij de beleidsmedewerker ontstaat steeds meer het besef van de meerwaarde van de wijkverpleegkundige voor een wijk en daarmee ook voor de gemeente. De gemeente heeft als wettelijke taak het zorgen voor publieke gezondheid. De wijkverpleegkundige levert een bijdrage aan een gezonde stad door (preventieve) zorg te verlenen en te stimuleren dat mensen mee kunnen doen in de wijk. Deze rol begint klein en heeft tijd nodig, maar een wijkverpleegkundige staat dichtbij de mensen en kan daardoor veel bewerkstelligen.

Een knelpunt, of beter gezegd uitdaging, waar de beleidsmedewerker tegenaan loopt is hoe ze voorkomt dat er geen dingen dubbel gedaan worden binnen een gemeente. Wie heeft het overzicht? In theorie is dat de gemeente, maar dit is in praktijk niet het geval en ook bijna onmogelijk. Er wordt nog teveel in elkaars straat gewerkt. Ook worden er tegengestelde projecten uitgevoerd. Deze moeten slimmer bij elkaar worden gebracht. Toevoegen van nieuwe dingen kan altijd nog, eerst moet er gekozen worden en eventueel geschrapt. Dit levert een veel efficiëntere manier van werken op, met alle gevolgen van dien. Het zou dan ook goed zijn om het project wijkverpleegkundige op één of andere manier te koppelen aan andere lopende projecten binnen de gemeente. Maar hoe, dat is een grote uitdaging. Het besef over de meerwaarde van de wijkverpleegkundige is in ieder geval aanwezig.

Zorgkantoor Salland: Een algemeen belang van zorgkantoor Salland is dat in hun werkgebied alle functies zo goed mogelijk worden uitgevoerd en beschikbaar zijn. De wijkverpleegkundige draagt hieraan bij, door de multibenadering van het cliëntsysteem. Er is door deze structuur één thuiszorgorganisatie die zich opwerpt als regisseur om andere probleemgebieden rondom de cliënt te bekijken en eventuele problemen daar te signaleren en door te verwijzen. De wijkverpleegkundige is een verbindende schakel naar alle overige gebieden. Er wordt meer gecompriëerd, gestructureerd gekeken naar wat nodig is om te doen aan verbeteringen en begeleiding. Daar hecht Salland belang aan, omdat het een kwaliteitsimpuls geeft in tegenstelling tot organisaties die mono-disciplinair diensten aanbieden waardoor er in veel situaties cliënten verdrinken in hoeveelheid hulpverleners en hun administratieve systemen.

Direct resultaat is lastiger aantoonbaar. Het is een effect op middellange termijn. Door de coördinerende rol van de wijkverpleegkundige zal de inzet van zorgorganisaties uiteindelijk korter zijn. Dat is voor een zorgkantoor een plezierig effect, in een wereld waar iedere euro er één is. Er wordt verwacht dat het op de langere termijn wel kostenvoordelen op gaat leveren, ook voor zorgkantoor Salland. Dat is ook al geconstateerd in een pilot (namelijk het rapport van BMC). Hoe meer het project uitgerold gaat worden in de regio, hoe groter het financieel voordeel gaat zijn.

Als de wijkverpleegkundige er niet was geweest, was de wereld gewoon doorgegaan en was hulpverlening aangeleverd en ingezet op de traditionele wijze. Dan was het op een andere manier opgelost. Wat wel zo is, is dat de HBO-geschoolde wijkverpleegkundigen door hun bredere kijk eerder problemen signaleren en daardoor mensen per saldo eerder en beter geholpen worden. De andere kant van het verhaal is dat doordat er meer dingen worden geconstateerd, het op de korte termijn meer geld kost. Op de langere termijn voorkomt dit zeer waarschijnlijk wel ziekte en ellende. Uiteindelijk levert het dan gezondheidswinst op. Als je over 3-5 jaar opnieuw zou kijken, zou het nog wel eens zo kunnen zijn dat een wijk op maatschappelijk, sociaal en gezondheidsniveau er beter bij

staat. Dat investeringen in die zorg in zo'n wijk dan uiteindelijk lager zullen zijn. Salland is met Carintreggeland bezig om bij de NZA aan te kaarten dat er voor dit product beleidsregels moeten worden gemaakt. Wil je dit product goed neerzetten en voor heel Nederland toegankelijk maken dan moet daarom heen een prestatiecode worden gemaakt, waarin je vastlegt wat de uitkomsten zijn van dit alles en wat het mag kosten en dat het door de thuiszorg mag worden gedeclareerd en gefinancierd. Wat Salland betreft, moet er zeker worden doorgegaan met het project.

7.3.2 Uitvoerend niveau

Consulent woningbouw Ieder1, stedelijk vernieuwingsprogramma 'Keizerslanden vernieuwt':

Het stedelijk vernieuwingsprogramma heeft als doel een integrale aansturing op zowel sociaal, fysiek als economisch vlak. Met de wijkvernieuwing wordt de samenwerking tussen de professionals in de wijk gestimuleerd, door middel van een netwerk te onderhouden. Daarin acteert de wijkverpleegkundige ook. Daarbinnen past de wijkverpleegkundige erg goed en men weet elkaar te vinden.

De wijkverpleegkundige draagt bij aan de hulpverlening aan individuele huurders en signaleren probleemgevallen. Er zijn circa 20 adressen waarbij de wijkverpleegkundige ook betrokken is. Voor de komst van de wijkverpleegkundige had je grofweg gezegd bemoeizorg voor de zeer ernstige gevallen en maatschappelijk werk, maar daartussen was een grote niche. Destijds kon een grote groep mensen die weg niet vinden, nu is er een mooie schakel en aanvulling in het netwerk gekomen. Het effect daarvan is heel duidelijk zichtbaar. De aansluiting is goed. De wijkverpleegkundige heeft contact gelegd met de wijkbeheerder die al heel veel adressen had waar wel eens iemand langs kon gaan. De wijkverpleegkundige heeft dat contact heel voorzichtig opgepakt en overlegt veel met de wijkbeheerder. Dat is heel laagdrempelig en op die manier werkt ze zich goed in het netwerk.

Als de wijkverpleegkundige er niet was geweest, was er minder zorg opgepakt. Het is een aanvulling dat het eerder gesignaleerd wordt. Het is preventiever. Andere collega's gaan nu ook meer de wijk in. Verder wordt de wijkverpleegkundige gezien als een sociaal vangnet. Persoonlijke aandacht is zo belangrijk.

Verpleegkundige Bijzonder Zorgteam: Deze verpleegkundige werkt onder de bemoeizorg. Ze is er alleen voor de zorgwekkende zorgmijder, de 'extreme' gevallen. Juist terwijl er volgens haar op het voorstuk veel te behalen valt. Ze is dan ook erg blij met de wijkverpleegkundige en heeft snel contact gelegd. Nu is de onderlinge samenwerking erg goed. De samenwerking houdt in dat er is afgesproken dat wanneer de wijkverpleegkundigen ergens tegenaan lopen wat echt multiproblematiek is en iemand is zorgmijdend, dan melden ze het aan het bijzonder zorgteam en eventueel dragen ze over of behandelen ze samen verder. Ook als het bijzonder zorgteam constateert dat een situatie meer psychosociaal en niet echt zorgmijdend is, maar wel zorgwekkend begint te worden, leggen zij het bij de wijkverpleegkundigen neer en houden daarmee contact. Door middel van de onderlinge overleggen wordt ook voorkomen dat beide partijen op één adres bezig zijn. Dat wordt op elkaar afgestemd. Er komt overzicht welke verschillende instanties ergens over de vloer komen en wordt er veel effectiever gewerkt. Ze voelen zich samen verantwoordelijk voor een grote doelgroep. Door de generalistische aanpak, behandeling zonder indicatie, de aanwezigheid in de wijk en de veel lagere drempel dan het Bijzonder Zorgteam, zijn de wijkverpleegkundigen een hele goede aanvulling op hun werk.

Doordat er preventiever wordt gewerkt, kan dit ertoe leiden dat het Bijzonder Zorgteam minder cliënten krijgen. Dat wordt echter op de werkvloer niet als een probleem gezien, het besef is er dat het noodzakelijk is dat er moet worden samengewerkt. Bij het management van verschillende zorginstellingen is dat nog niet altijd doorgedrongen, blijkt uit ervaringen. De wijkverpleegkundige draagt bij aan een deel van dat besef (ook bij het management) dat samenwerking nodig is. Andere organisaties hebben nu gezien dat als ze niet meegaan in het outreachende werk, ze de boot missen.

Wijkopbouwwerker Raster: De wijkopbouwwerker zit op het niveau van een wijkbeheerder. Ze zien veel bewoners bij activiteiten, taakgroepen en daar zitten dan wel eens mensen tussen waar je

signaleert dat er iets aan de hand is, maar ook weet dat ze niet onder maatschappelijk werk of bemoeizorg vallen. Wat moet je er dan mee? Het is wel goed om er aandacht aan te besteden, maar wie doet dat? Dat is de niche waar de wijkverpleegkundige precies tussenin zit. Wij signaleren en sturen vervolgens door. Ook heeft de wijkverpleegkundige een groot netwerk waar wij ook gebruik van kunnen maken. Een voorbeeld: samen met de wijkverpleegkundige is er een groep ontstaan die samen 3D-kaarten knutselt. Deze personen zijn vanuit verschillende disciplines naar voren geschoven. Ze zijn begonnen met z'n drieën en nu zijn er 17 mensen. Tijdens die sessies komen gespreksonderwerpen op tafel, die niet niks zijn. De wijkverpleegkundige is daar dan ook af en toe bij aanwezig, het is een goede vindplaats voor zorgen. Nu hebben ze onderlinge contacten, gaan met elkaar eten en de wijkverpleegkundige kan ze steeds meer loslaten. Je stimuleert sociale contacten en zelfredzaamheid en werkt op die manier preventief. Als de wijkverpleegkundige er niet was geweest, is het meer zoeken en kun je sommige mensen niet helpen, terwijl er wel iets gesignaleerd is. Nu is wel duidelijk bij wie je dan moet zijn: de wijkverpleegkundige!

7.3.4 Thuiszorgniveau

Verpleegkundige: De wijkverpleegkundigen zijn directe collega's van deze verpleegkundige. Er zijn korte overdrachten waar meteen op ingespeeld kan worden. Steeds vaker komen zorgmijders binnen, dat is natuurlijk heel mooi. Vaak zijn er heel veel problemen, psychisch, financieel, lichamelijk enz. Zo'n iemand komt binnen en wordt behandeld. Vaak wordt het langzaam opgebouwd, omdat het mensen zijn die al moeilijk hulp zoeken ergens. De wijkverpleegkundige probeert eerst een vertrouwensband te krijgen en verwijst ze dan mogelijk door naar de verpleegkundige. Zo is de drempel heel klein. In de 12 jaar ervaring die de verpleegkundige heeft, kan ze merken dat er meer cliënten zijn binnengekomen. Hoeveel dat er precies zijn is niet te zeggen, omdat niet precies bekend is welke cliënten via de wijkverpleegkundige bij de verpleegkundige binnenkomen (na 'motivatie') en welke niet. Na de komst van de wijkverpleegkundige is de functie van deze verpleegkundige ook veranderd. Ze moet echt verder kijken. Voorheen was het alleen iemands teen die geamputeerd moet worden, maar nu doordat de wijkverpleegkundige komt en al die problemen op tafel krijgt wordt aan de hand daarvan een zorgplan opgesteld en gaat de verpleegkundige meedenken en meekijken hoe het loopt. Er is daarvoor ook meer kennis nodig, daarom heeft de verpleegkundige ook meer vragen naar dat soort dingen. Dan kan er een beroep worden gedaan op het netwerk van de wijkverpleegkundige en worden mensen met specifieke kennis gevraagd kennis om langs te komen en daar wat over te vertellen. Ook kunnen vragen neer worden gelegd in het team met verschillende disciplines. Als het project er niet zou zijn geweest, dan zouden er een heleboel mensen niet of te laat geholpen zijn. Er is dan misschien al een crisis ontstaan, welke nu voorkomen kan worden.

Ambulant begeleider: De wijkverpleegkundige kan een hulpvraag neerleggen bij de ambulant begeleider, waarna zij kijken wie er dan het beste op bezoek kan gaan in de specifieke situatie. Na de komst van de wijkverpleegkundige is het aantal cliënten toegenomen. Qua problematiek wordt het werk voor de ambulant begeleider niet anders. Als de functie er niet zou zijn geweest, werd er minder naar de wijk en de problematieken binnen die wijk gekeken. Daar wordt nu door de ambulant begeleiders meer op ingezet.

Wel is ze bewuster van het feit dat contacten binnen de wijk worden gelegd, daar zetten we nu wat richter mensen op in. Zelf heeft ze geen cliënten van de wijkverpleegkundige in begeleiding. Voor de zorg ligt het nog wat anders dan voor de begeleiding. Omdat de ambulant begeleider veel meer uren heeft, neemt ze een cliënt echt over van de wijkverpleegkundige. Ook is de preventieve werking van de wijkverpleegkundige erg belangrijk voor de ambulante begeleider. Mensen komen eerder in beeld en zij kunnen sneller hulp inzetten. Ze worden nu in een eerder stadium betrokken. Bijkomende opmerking is ook dat met de komst van de wijkverpleegkundige Carintreggeland in Deventer echt op de kaart is gezet. Andere partijen wijzen door naar Carintreggeland, omdat ze contact hebben met de wijkverpleegkundige. Dat zouden ze anders waarschijnlijk niet gedaan hebben.

Verzorgende: Door de wijkverpleegkundige zijn er kortere lijnen, en daardoor veel meer samenwerking. In haar werk tot een jaar geleden als verzorgende bij een andere thuiszorginstelling, was dit veel minder vaak het geval. De verzorgende heeft nu in ieder geval 2 cliënten van de wijkverpleegkundige waar ze tijdelijk als verzorgende naartoe gaat. Daarbij is veel contact met hun begeleiding en daardoor veel samenspraak. De verzorgende kijkt hierdoor niet alleen meer naar haar eigen taken, maar veel breder. Ze kijkt niet alleen meer naar het lichamelijke, maar ook naar het sociale, welzijn en wonen. De drempel van collegialiteit is heel laag, je kunt altijd bellen als je een hulpvraag hebt of iets wil weten. Wanneer het project er niet zou zijn geweest, werd pas later (of zelfs helemaal niet) ingegrepen in situaties. Nu kan dat in een beginfase en kunnen ook zorgmijders behandeld worden.