



Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt

Externe programma-evaluatie

Den Haag, 6 mei 2014



Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt

Externe evaluatie

6 mei 2014

Voorwoord

‘Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt’ is een programma dat ruim viereneenhalf jaar heeft gelopen, van mei 2009 tot en met december 2013. Vanaf 1 januari 2014 is voor een periode van twee jaar de tweede fase van start gegaan. De evaluatie heeft betrekking op de periode tot 2014. Het programma heeft uitvoering gegeven aan de Motie Hamer (18 september 2008). De motie verzoekt de regering de wijkaanpak te verbreden en financieel te ondersteunen, door het aantal wijkverpleegkundigen met 250 uit te breiden, te beginnen met de 40 krachtwijken.

Zichtbare schakel sluit aan bij de transitie in de langdurende zorg; en is uitgevoerd vanuit het perspectief dat de wijkverpleegkundige vanuit haar zorgtaken een schakelrol kan vervullen tussen wonen, zorg en welzijn om daarmee een positieve bijdrage te leveren aan geïntegreerde zorg dicht bij de mensen thuis en het bevorderen van gezonde buurten.

Doel van het programma was om meer wijkverpleegkundigen in te zetten die weer een brede invulling aan hun vak konden geven. Dat is: doen wat nodig is voor de wijk en cliënten, zonder dat er een indicatie door het CIZ tegenover staat. Met een financiële impuls en inhoudelijke ondersteuning vanuit het programma zijn wijkverpleegkundigen aan het werk gegaan om zorgvragers (inclusief zorgmijders) op te sporen, voor cliënten een verbindende schakel te zijn tussen wonen, zorg en welzijn, preventieve taken uit te voeren en bij te dragen aan gezonde buurten.

Na afloop van het programma is de positionering van de wijkverpleegkundige in het kader van de transitie in de langdurende zorg onverminderd actueel. Reden te meer om nog eens goed te kijken naar de opbrengsten van het programma en de manier waarop het is aangepakt. Op basis daarvan zien we mooie opbrengsten, met name ten aanzien van de profilering en positionering van de wijkverpleegkundige in de eerste lijn én het realiseren van het gewenste aantal van 250 wijkverpleegkundigen. De programmacommissie en het ZonMw-programmateam hebben onder grote tijdsdruk met veel inzet en enthousiasme dit resultaat bereikt. De evaluatiecommissie complimenteert hen hiermee.

We hebben ook een aantal adviezen, waarvan we hopen dat deze behulpzaam zijn voor de toekomst: voor het opzetten van uitvoeringsprogramma's zoals Zichtbare schakel, voor het borgen van de brede wijkverpleegkundige functie in de eerste lijn, voor goede ondersteuning en zorg voor cliënten thuis en gezonde wijken.

Als evaluatiecommissie van het programma Zichtbare schakel van ZonMw, wensen wij u veel leesplezier, maar vooral veel creativiteit en inspiratie om uw voordeel te doen met de uitkomsten van deze externe evaluatie.

6 mei 2014

De evaluatiecommissie van het programma Zichtbare schakel

Anneke Francke (voorzitter), Jacques Loomans, Johanna Haanstra, Marleen Bekker, Rogier den Uyl, Wil van den Bosch, Marie-Josée Smits (secretaris).

Inhoudsopgave

Samenvatting van de resultaten en conclusies	1
Belangrijkste (beleids)aanbevelingen en lessen	7
1 Inleiding.....	9
1.1 Evaluatievragen voor de externe evaluatie en opbouw van dit rapport	9
1.2 Aanpak van de externe evaluatie	10
2 Uitvoering van de opdracht	11
2.1 Kwalitatieve en (kosten)effectieve inzet van de wijkverpleegkundige	11
2.2 Een integrale aanpak en samenwerking voor het bereiken van burgers	14
2.3 Oplossen van de leemte in de gezondheidszorg	17
2.4 Borging van de wijkverpleegkundige functie	18
3 Ontwikkeling en positionering wijkverpleging.....	21
3.1 Deskundigheidsbevordering en vastleggen van de expertise	21
3.2 Grenzen aan het vak	22
4 Maatschappelijke impact van het programma	24
4.1 Maatschappelijke invloed op het programma	24
4.2 Maatschappelijke impact vanuit het programma	25
5 Monitoren en onderzoek	26
5.1 Monitoren	26
5.2 Onderzoek	27
5.3 Ruimte voor reflectie om richting te geven aan het programma	27
Bijlage 1: Evaluatiecommissie	28
Bijlage 2: Geraadpleegde bronnen	29
Bijlage 3: Achtergrondinformatie over het programma.....	30

Samenvatting van de resultaten en conclusies

‘Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt’ (2009 tot en met 2013) gaf uitvoering aan de Motie Hamer (18 september 2008). Als onderdeel van de eindevaluatie van het programma vindt naast de Zelfevaluatie van de Programmacommissie van Zichtbare schakel (Zs) een externe evaluatie plaats. Hierin staan vier vragen centraal die door ZonMw aan de evaluatiecommissie zijn meegegeven. Deze vragen zijn de basis voor deze samenvatting van de resultaten en conclusies.

1. Is de opdracht voor het programma goed uitgevoerd? Zijn de overstijgende programmadoelen gehaald? Was de aanpak daartoe adequaat?

Programmadoel 1: Het bevorderen van een kwalitatieve en (kosten)effectieve uitvoering van de inzet van wijkverpleegkundigen op wijkniveau en met name in de aandachtswijken.

Het programma gaf uitvoering aan de motie Hamer, die ging over de inzet van 250 wijkverpleegkundigen te beginnen bij de 40 krachtwijken. Deze doelstelling is ruimschoots gehaald. Eind 2012 waren ruim 400 wijkverpleegkundigen (HBO-opgeleid, niveau 5) en ruim 100 andere medewerkers (met name verpleegkundigen niveau 4) werkzaam in Zs-projecten. Meer dan de helft was werkzaam in de 40 krachtwijken. Dit resultaat is bereikt door de aanpak binnen het programma, namelijk het verstrekken van subsidie voor de inzet van wijkverpleegkundigen die zonder indicatie door het CIZ en met eigen regelruimte aan de slag konden. De subsidieaanpak werkte, maar had ook een aantal nadelen. De procedures van ZonMw (projectvoorstellen indienen) pasten niet geheel bij de deelnemers aan een uitvoeringsprogramma (met name thuiszorginstellingen). Ook ging in deze aanpak in de lokale projecten een projectleider aan de slag die in sommige gevallen een deel van de schakelrol vervulde met name voor het aangaan van samenwerkingsrelaties en het positioneren van de wijkverpleegkundige in de organisatie waarin deze werkzaam was. Wijkverpleegkundigen waren vaak zelf nog onvoldoende toegerust om dat zelf te doen. Door deze aanpak was voor de evaluatiecommissie echter onduidelijk of een aantal uitkomsten zijn toe te schrijven aan de inzet van de wijkverpleegkundige, aan de projectleider, of aan beide.

Op basis van de beschikbare informatie concludeert de evaluatiecommissie dat door de aanpak in het programma, dat daartoe primair een inhoudelijke insteek had, de kwalitatieve inzet van de wijkverpleegkundige is bevorderd. Deze aanpak was ook nodig, omdat wijkverpleegkundigen niet toegerust waren om de rol te vervullen die van hen werd verwacht. Door de ontwikkeling van het Expertisegebied wijkverpleegkundige en het bevorderen van deskundigheid, is geïnvesteerd in het versterken van generalistisch werkende wijkverpleegkundigen in de eerste lijn.

Voor een antwoord op de vraag of de inzet van de HBO-opgeleide wijkverpleegkundige in de rol van Zichtbare schakel kosteneffectief is, is in het programma een aantal studies uitgevoerd. Deze geven een voorzichtige indicatie dat kostenbesparing mogelijk is door een brede inzet van de wijkverpleegkundige. Op basis van deze uitkomsten kunnen echter geen harde uitspraken gedaan worden over kosten en baten ten aanzien van de inzet van de HBO-opgeleide wijkverpleegkundige in de Zichtbare schakelrol. Daarvoor is vervolgonderzoek

nodig van goede methodologische kwaliteit. Gezien de beperkte ruimte voor wetenschappelijk onderzoek binnen dit uitvoeringsprogramma was diepgaander onderzoek niet mogelijk. Zeker omdat bij de start van het programma eerst de wijkverpleegkundige in positie moest worden gebracht. De evaluatiecommissie plaatst een kritische opmerking bij het feit dat gedurende de looptijd van het programma berichten in de media terecht kwamen over kostenbesparende effecten van de inzet van een wijkverpleegkundige in een zichtbare schakelrol. De evaluatiecommissie is van mening dat deze uitspraken over kosteneffectiviteit in de verrichte studies onvoldoende onderbouwd waren. Dat was zeker gezien de conclusies die de politiek eraan verbond wenselijk geweest.

Programmadoel 2: Aan de hand van de uitbreiding en versterking van de wijkverpleegkundige functie op wijkniveau bijdragen aan een meer integrale wijkgerichte aanpak (preventie, zorg, wonen en welzijn), samenwerking tussen relevante organisaties en partijen en het bereiken van burgers met een passend aanbod.

Het programma heeft het mogelijk gemaakt dat wijkverpleegkundigen binnen de Zs-projecten vrije ruimte kregen om zonder indicatie allerlei activiteiten uit te voeren om samenwerkingsverbanden op wijkniveau aan te gaan. Dat werd ook ondersteund vanuit het programma, bijvoorbeeld met bijeenkomsten die ZonMw organiseerde. Dat heeft er toe geleid dat samenwerkingsverbanden tot stand zijn gekomen tussen zorg, wonen en welzijn.

Om meer zicht te krijgen op de aard en het belang van deze samenwerkingsverbanden voor individuele cliënten en een gezonde buurt is het zinvol om een onderscheid te maken tussen de schakelrol die de wijkverpleegkundige vervult vanuit haar rol als zorgverlener en die op wijkniveau. Dat eerste wil zeggen vanuit de rol als zorgverlener de specifieke vraag van een cliënt verhelderen en zoeken naar oplossingen, door te schakelen tussen aanbod op het terrein van wonen, zorg en welzijn. Het vervullen van de schakelrol op wijkniveau heeft van doen met het oplossen van gesignaleerde problemen op wijkniveau. Dat kunnen eveneens problemen van individuele cliënten zijn (zorgmijders), maar ook problemen die spelen op wijkniveau. Daarnaast is het van belang om de speelruimte die wijkverpleegkundigen hebben in beschouwing te nemen. Zoals ook uit het programma blijkt is de wijkverpleegkundige voor het realiseren van de integrale aanpak namelijk afhankelijk van de voorwaarden waaronder gemeenten en lokale samenwerkingspartners bereid zijn om de wijkverpleegkundige als zichtbare schakel mandaat en coördinatieruimte te geven.

Wijkverpleegkundigen in Zs-projecten hebben binnen de vrije regelruimte die het programma hen bood allerlei activiteiten uitgevoerd om groepen burgers en individuele burgers te bereiken. Met individuele activiteiten is met name de groep ouderen bereikt, de grootste groep in de eerste lijn die zorg en ondersteuning nodig heeft.

Wijkverpleegkundigen participeren veelal niet in netwerken voor andere doelgroepen. Het gaat dan om jeugdigen, mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening. Bij deze groepen ligt de inzet van een wijkverpleegkundige in een zichtbare schakelrol op individueel niveau mogelijk minder voor de hand; er zou ook gedacht kunnen worden aan een functionaris met een andere achtergrond. Ook kan het opportuun zijn om een andere discipline (zoals sociale werker van een wijkteam) de schakelrol te laten vervullen (op wijkniveau) als de sociale context zwaar weegt. Of dat zo is, zou in een vervolgtraject verkend kunnen worden. Interessante vraag daarbij is of een

wijkverpleegkundige die opgeleid is in en werkt vanuit het nieuwe expertisegebied een bredere doelgroep bereikt. Dit betreft zowel individuen als groepen burgers in de wijk.

Wijkverpleegkundigen hebben binnen de vrije ruimte die het programma hen bood, meer tijd kunnen besteden aan het organiseren en coördineren van integrale zorg voor individuele cliënten en het uitvoeren van groepsgerichte activiteiten. Uit een aantal studies in het programma blijkt dat bereikte cliënten veelal tevreden zijn met de zorg en ondersteuning van de wijkverpleegkundige. De vraag of de zorg passend is, in de zin dat er effect is op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven, gezondheidswinst, zelfredzaamheid, samenredzaamheid of de mogelijkheid tot participatie in de samenleving vraagt om onderzoek dat binnen de kaders en het tijdsbestek van het uitvoeringsprogramma niet mogelijk was. De evaluatiecommissie sluit aan bij hetgeen in de Zelfevaluatie daarover staat, namelijk dat de aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie nog verder uitgewerkt moet worden. De schakelfunctie van de wijkverpleegkundige op wijkniveau en ten aanzien van preventie is minder uit de verf gekomen.

Programmadoel 3: Het vergaren van inzicht in hoe de leemte in de gezondheidszorg in de aandachtswijken door de komst van de wijkverpleegkundige opgelost kan worden.

In het programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' is, om de leemte vast te stellen, gekeken naar de belangrijkste knelpunten in de gezondheidssituatie van cliënten, samenwerking in de eerste lijn en het bereiken van groepen die niet uit zichzelf om zorg vragen. Daarover is bij programmadoel 2 een aantal conclusies getrokken: Wijkverpleegkundigen hebben met name één specifieke groep burgers bereikt en voor effectieve samenwerking zijn randvoorwaarden nodig. Uit het programma Zs blijkt bovendien dat het betrekken van bewonersorganisaties en patiëntenvertegenwoordigers bij het oplossen van vraagstukken die spelen in de buurt nog geen vanzelfsprekendheid is.

Waar de evaluatiecommissie bij het 'oplossen van de leemte' op wil wijzen is dat naast de wijkverpleegkundige ook de projectleider heeft bijgedragen aan het versterken van de samenwerking in de eerste lijn. Bijvoorbeeld door wijkverpleegkundigen entree te verlenen. In de tussenevaluatie van het programma in 2011 bleken projectleiders meer dan wijkverpleegkundigen met andere partijen samen te werken. De inzet van de projectleider roept bij de evaluatiecommissie de vraag op wat we in de toekomst wel en niet van de wijkverpleegkundige mogen en willen verwachten. Kan een wijkverpleegkundige ook zonder de activiteiten die een projectleider uitvoert en die samenwerking op het niveau van de wijk ondersteunt om de leemte in de gezondheidszorg op te lossen? Is het voldoende als deze taken door een teamleider of coördinator in de reguliere setting worden overgenomen?

Programmadoel 4: Mede op basis van de in het programma opgedane ervaringen zorg dragen voor de inhoudelijke, financiële en organisatorische verankering en de borging van resultaten en verkregen inzichten in de wijkverpleegkundige functie in de lokale context.

Het programma heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de inhoudelijke borging van de schakelfunctie in de wijkverpleegkundige professie. Het expertisegebied dat in het kader van het programma is ontwikkeld door V&VN legt vast wat van een wijkverpleegkundige mag

worden verwacht die werkt vanuit een brede functie. Dit expertisegebied is erkend door het ministerie van VWS, het LOOV (landelijk overleg opleidingen verpleegkunde), ActiZ, de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland. Het expertisegebied wordt bovendien geborgd in de opleidingen en bijscholingen voor wijkverpleegkundigen. In het toekomstige curriculum van de HBO opleidingen zullen (vanaf 2016) studenten verpleegkunde bekend gemaakt worden met de brede functie van de wijkverpleegkundige, waardoor zij in de toekomst waarschijnlijk gemakkelijker hun weg gaan vinden in (veranderende) werkstructuren.

Het programma heeft bijgedragen aan de financiële borging van de brede functie van de wijkverpleegkundige, ondanks het feit dat geen harde effecten van kostenbesparing zijn vastgesteld. Mede door het programma wordt door de NZa momenteel een financieringsarrangement voorbereid voor de niet-geïndiceerde taken van de wijkverpleegkundige met schakelrol. De financiële borging door individuele zorgverzekeraars en gemeenten is echter nog niet gerealiseerd. Het is van belang dat ZonMw vinger aan de pols houdt en het belang voor de zorgverzekeraars en gemeenten blijft uitdragen van een generalistische werkende wijkverpleegkundige met vrije regelruimte voor (kwetsbare) burgers in de eerste lijn.

2. Wat heeft het programma bijgedragen aan de ontwikkeling van het vak en van de positionering van de wijkverpleegkundige? Wat zijn de grenzen van het vak, ook ten opzichte van de andere disciplines in de wijk?

Het programma heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het vak en de positionering van de wijkverpleegkundige door in te zetten op deskundigheidsbevordering van wijkverpleegkundigen, en door V&VN de mogelijkheid te bieden om het Expertisegebied wijkverpleegkundige te ontwikkelen. Wanneer we 'de grenzen van het vak' verkennen vanuit de vraag waar de kracht van wijkverpleegkundigen ligt, dan komt uit het programma Zs vooral het beeld naar voren van een functionaris die specifieke kennis heeft van verpleegkundige diagnoses ten aanzien van het zelfzorgvermogen van cliënten, waarin de verbinding tussen lichamelijke, psychische en sociale toestand centraal staat; en die van daaruit goed de verbinding kan leggen tussen het sociale en het medische domein. Wanneer we naar 'de grenzen van het vak' kijken vanuit de vraag waar wijkverpleegkundigen zich in Zs-projecten 'van nature' op hebben gericht, dan kwamen een aantal activiteiten niet in alle projecten overtuigend aan bod, die wel in het Expertisegebied wijkverpleegkundige staan. Bijvoorbeeld activiteiten met betrekking tot: andere doelgroepen in een wijk dan ouderen, universele en selectieve preventie, de invloed van sociale en fysieke omgevingsfactoren op de gezondheid. Daarnaast lijken wijkverpleegkundigen geneigd om problemen te benoemen als gezondheidsproblemen die met zorg opgelost worden, in plaats van maatschappelijke ondersteuning (zo blijkt uit de tussenevaluatie van het programma Zs en uit het gesprek met een projectleider).

3. Wat is de maatschappelijke impact van het programma? Hoe is het programma beïnvloed door de ontwikkelingen in de maatschappelijke context en op welke wijze heeft het programma die context zelf ook beïnvloed?

Het programma is beïnvloed door politiek-maatschappelijke ontwikkelingen: de transitie in de langdurende zorg, de motie Hamer én dat bij de start van het programma onvoldoende wijkverpleegkundigen beschikbaar waren. Deze context heeft de inhoud van het programma verregaand bepaald. Daarnaast bestond gedurende de hele looptijd van het programma onduidelijkheid over de toekomstige financiering van de wijkverpleegkundige, waardoor gemeenten en zorgverzekeraars zich afzijdig hielden terwijl hun betrokkenheid voor de borging van de wijkverpleegkundige functie in de eerste lijn essentieel is.

De maatschappelijke impact van het programma is groot. Door het programma zijn burgers, die zelf niet om zorg vragen maar daar wel baat bij hebben, eerder bereikt, geholpen en doorverwezen door wijkverpleegkundigen die meer zichtbaar waren in de wijk. Ook zijn wijkverpleegkundigen meer zichtbaar geworden voor de huisarts en andere organisaties in de wijk. Daarnaast is de brede functie van de wijkverpleegkundige mede door het programma (na de motie Hamer) op de agenda blijven staan in de politiek. Inzichten uit het programma zijn benut in de discussie over de financiering van de wijkverpleegkundige en opname in de Zorgverzekeringswet. Er is politieke ruimte om de wijkverpleegkundige als zelfstandige beroepsbeoefenaar te positioneren naast de huisarts. Het programma heeft er ook aan bijgedragen dat de stopwatch cultuur voor geïndiceerde taken - in ieder geval binnen de projecten van het programma Zs- is doorbroken; en dat het belang van vrije regelruimte wordt erkend. De toekomst moet uitwijzen hoe duurzaam dergelijke effecten zijn. Ook is de betekenis van een wijkgerichte aanpak door het programma Zs concreter geworden wat van betekenis is voor het denken over geïntegreerde zorg voor individuele cliënten en een gezonde buurt.

4. In hoeverre heeft evaluatie en/of systematische analyse van gegevens (mede) richting gegeven aan (het verloop van) het programma en/of bijgedragen aan het inzicht in de resultaten van het programma.

In het programma is intensief gemonitord door informatie te verzamelen uit voortgangsverslagen en eindrapportages en door vragenlijsten uit te zetten. Er is een registratiesysteem opgezet en benut voor informatie over cliëntgebonden contacten, dat door wijkverpleegkundigen als bijzonder werkbaar en bruikbaar is ervaren. Informatie die in het programma is verzameld, is als spiegelinformatie teruggegeven aan de deelnemers waardoor het reflectieve vermogen van wijkverpleegkundigen en projectleiders is gestimuleerd en de voortgang in de projecten is bevorderd.

Het programma is tussentijds geëvalueerd. Op basis daarvan is een aantal activiteiten in het programma uitgevoerd, zoals: een aantal studies voor inzicht over de borging van de wijkverpleegkundige in de eerste lijn; betrekken van zorgverzekeraars en gemeenten bij projecten en het programma; en een ambassadeurstraject dat tot doel had om talentvolle wijkverpleegkundigen te ondersteunen om hun beroepsgroep op lokaal, regionaal en landelijk niveau te vertegenwoordigen en te promoten.

Binnen de kaders van het programma was geen ruimte voor systematisch effectonderzoek van goede wetenschappelijke kwaliteit. Dat was volgens de evaluatiecommissie wenselijk geweest voor het positioneren en borgen van de brede functie van de wijkverpleegkundige in de eerste lijn; en het vaststellen van de resultaten van het programma. We adviseren daarom het opstellen en uitvoeren van een onderzoeksagenda als vervolg op het programma. Zie pagina 6.

Richting geven aan een programma, mede op basis van monitoring en onderzoek, is de taak van een programmacommissie ondersteund door een ZonMw-programmateam. Dat richting geven heeft de programmacommissie onder grote tijdsdruk met veel enthousiasme gedaan. Echter, zij kreeg onvoldoende tijd om - zowel bij de start als bij de uitvoering van het programma - te reflecteren op de doelen en voortgang in het programma. Dat kwam mede doordat de programmacommissie twee programma's onder haar hoede had, naast Zs ook 'Preventiekracht'; en omdat zij van beide programma's de projectaanvragen beoordeelden. Desondanks zijn in het programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' mooie resultaten behaald. Voldoende momenten van reflectie zijn volgens de evaluatiecommissie echter altijd nodig voor een doelgerichte aanpak. Daar hoort ook het perspectief van cliënten bij.

Belangrijkste (beleids)aanbevelingen en lessen

De evaluatiecommissie adviseert om een onderzoeksagenda op te stellen en uit te voeren (waar mogelijk binnen lopende programma's van ZonMw) voor meer inzicht in de toegevoegde waarde en het effect van de brede inzet van de wijkverpleegkundige voor alle cliëntgroepen en voor een gezonde buurt. De evaluatiecommissie adviseert voor deze agenda onderzoek naar:

- Effect van samenwerkingsverbanden waarin wijkverpleegkundigen participeren (zoals sociale wijkteams) op een integrale wijkgerichte aanpak, betere preventie en gezondheidsbevordering (proces- en uitkomstevaluatie).
- Wat nodig is voor geïntegreerde zorg en een gezonde buurt; en de meest geschikte en effectieve organisatorische inbedding en positionering van de wijkverpleegkundige om daar een bijdrage aan te leveren. Maak hierbij onderscheid in de verschillende rollen die de wijkverpleegkundige vervult (zorgverlener, coördinatie van zorg- en dienstverlening op individueel - en wijkniveau, doorverwijzen, selectieve preventie).
- De verandercapaciteit en bereidheid van thuiszorgorganisaties voor een brede inzet van de wijkverpleegkundige (stimuleren en onderzoeken).
- De betekenis van gezondheidswinst en een gezonde buurt voor cliënten en de samenleving; de vraag welke doelgroepen door de wijkverpleegkundige bereikt worden en het effect van interventies van wijkverpleegkundigen op individuele cliënten en een gezonde buurt (bijvoorbeeld ten aanzien van gezondheidsbevordering, zelfredzaamheid, samenredzaamheid en mogelijkheid tot participatie aan de samenleving). Betrek hierbij ook het effect van het werken volgens het nieuwe Expertisegebied wijkverpleegkundige (effectevaluatie).
- De aard van de problemen die wijkverpleegkundigen signaleren (op de terreinen van zorg en/of welzijn en/of wonen); en hoe deze worden opgelost (met zorg en/of welzijn en/of woningaanpassingen).
- Wat nodig is voor geïntegreerde zorg en een gezonde buurt; en wat de verschillende bijdragen zijn van de wijkverpleegkundige als schakel tussen wonen, zorg en welzijn (zoals het doel van het programma Zichtbare schakel was) en de inzet van andere disciplines (bijvoorbeeld maatschappelijk werkers). Dit is met name interessant in het kader van de transitie in de langdurende zorg en de sociale wijkteams die in opkomst zijn.
- De kosten en baten van de brede inzet van HBO opgeleide wijkverpleegkundigen (doelmatigheidsonderzoek).

Voor het borgen van de brede functie van de wijkverpleegkundige is het wenselijk aandacht te (blijven) geven aan:

- De financiële en organisatorische borging van de generalistische inzet van de wijkverpleegkundige. Het programma Zs heeft inzicht gegeven in de waarde van de wijkverpleegkundige in de individuele gezondheidszorg en een aantal belangrijke randvoorwaarden getoond voor de generalistische inzet van de wijkverpleegkundige. Er is echter een risico dat de financiële en organisatorische voorwaarden voor borging

niet gecreëerd worden of te lang op zich laten wachten. De commissie adviseert continue aandacht hiervoor in nieuwe en lopende programma's; en goed te monitoren wat er in de lokale context gebeurt.

- De brede discussie over het borgen van de rol en positionering van wijkverpleegkundigen - in het kader van de transitie in de langdurende zorg - in relatie tot andere functionarissen in de eerste lijn die een schakelrol kunnen vervullen en het formeren van sociale wijkteams. Daarbij nauw samenwerken met gemeenten en zorgverzekeraars en cliëntvertegenwoordigers.

Voor de aanpak in toekomstige uitvoeringsprogramma's bevelen wij aan:

- Een andere aanpak te overdenken voor uitvoeringsprogramma, waarbij niet gewerkt wordt met uitgebreide projectvoorstellen en de inzet van projectleiders. Een gedachte-experiment als voorbeeld voor eventuele toekomstige uitvoeringsprogramma's op het terrein van de wijkverpleging: Besteed alle middelen aan de inzet van extra uren (vrije ruimte) voor wijkverpleegkundigen. Ondersteun hun werkzaamheden met informatie en advies via een website en het organiseren van bijeenkomsten. Zet daarnaast gericht onderzoek uit om hypothesen te toetsen. Voordeel van een dergelijke aanpak is minder overhead, minder administratie (zoals projectaanvragen en verslagen), meer middelen voor de uitvoering en meer mogelijkheden om effecten aan te tonen met wetenschappelijk onderzoek.
- Voldoende ruimte creëren voor een programmacommissie om een gedegen uitvoeringsstrategie te bepalen met voldoende vertegenwoordiging vanuit verschillende relevante disciplines voor implementatie en borging. Het betreft ruimte om te reflecteren op de doelen en aanpak van het programma, de voortgang in het programma en de borging van de resultaten. Op basis daarvan kan de strategie tussentijds zo nodig bijgesteld worden al naar gelang de veranderende wensen of eisen van de politiek-maatschappelijke context. De programmacommissie kan daarbij gesteund worden door de blik van een 'onafhankelijke buitenstaander' door momenten in te bouwen die op de voortgang en aanpak in het programma reflecteert.
- Ruimte voor effectonderzoek van methodologisch goede kwaliteit dat rekening houdt met de sterke neiging tot verandering van de omgeving. In een uitvoeringsprogramma is dat noodzakelijk om de voortgang te bewaken en om resultaten vast te stellen en te borgen.
- Bij het verspreiden van onderzoeksresultaten is aandacht voor de 'hardheid' van onderzoeksresultaten van belang voor realistische verwachtingen over effecten.
- Op programma- en projectniveau inbreng van cliënt(vertegenwoordigers) realiseren. Dat geldt ook voor het organiseren van een wijkgerichte aanpak en het bevorderen van gezondere buurten.
- Ruimte te creëren om een koppeling te maken tussen de bevindingen uit verschillende uitvoerings- en onderzoeksprogramma's van ZonMw. Dit zal bijdragen aan het bundelen en versterken van kennis en inzichten.

1 Inleiding

Het programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' heeft ruim viereneenhalf jaar gelopen, van mei 2009 tot en met 2013. In het vervolg van dit rapport wordt Zichtbare schakel afgekort tot Zs. Opdrachtgevers van het programma zijn het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Binnenlandse Zaken (BZK). Bij de start van het programma was het ministerie Wonen, Wijken en Integratie (WWI) opdrachtgever, maar die taken zijn inmiddels overgenomen door BZK.

Gezien de investeringen in het programma voert ZonMw na afloop een eindevaluatie uit. Hierbij gaat het om een overall conclusie om inzicht te krijgen in de vraag of de investeringen de moeite waard zijn geweest. Wat is de opbrengst van het programma in termen van inzichten en effecten? Weegt dit op tegen alle investeringen en inspanningen? Hoe is het programma aangepakt? Hoe zijn resultaten geborgd? Voor een antwoord op dergelijke vragen voert ZonMw een Zelfevaluatie uit. Vervolgens wordt aan een evaluatiecommissie gevraagd om de Zelfevaluatie te duiden. Geeft deze voldoende antwoord op bovengenoemde vragen? Zijn aanvullingen en aanscherpingen mogelijk? Welke beleidsadviezen kunnen gegeven worden? Voor het beantwoorden van deze vragen geeft ZonMw aan de evaluatiecommissie een aantal richtinggevende vragen mee. Deze staan in dit inleidende hoofdstuk. Ook verantwoorden we in dit eerste hoofdstuk kort onze aanpak en benoemen we de doelgroep van dit rapport.

In bijlage 1 staan de leden van de evaluatiecommissie. De evaluatie is uitgevoerd in de periode december 2013 tot half april 2014, met de mogelijkheid voor de commissieleden om vier keer te vergaderen en met een tijdsinvestering van de secretaris van ruim 1,5 dag per week. Dit bepaalt mede de aanpak en resultaat van de externe evaluatie.

Het rapport is primair bedoeld voor ZonMw als uitvoerder van het programma Zichtbare schakel en haar opdrachtgevers de ministeries van VWS en BZK. De aanbevelingen bij de start van dit rapport zijn vooral voor hen bedoeld om de verdiensten van het programma verder te borgen en voor het opzetten en uitvoeren van toekomstige uitvoeringsprogramma's.

1.1 Evaluatievragen voor de externe evaluatie en opbouw van dit rapport

Voor het uitvoeren van de externe evaluatie heeft de commissie een aantal specifieke vragen van ZonMw meegekregen, die we in afzonderlijke hoofdstukken behandelen.

In hoofdstuk 2 behandelen we evaluatievraag 1 'Is de opdracht voor het programma goed uitgevoerd?'. Daartoe bespreken we de overstijgende programmadoelen en de aanpak om dit te realiseren.

In hoofdstuk 3 gaan we in op evaluatievraag 2: 'Wat heeft het programma bijgedragen aan de ontwikkeling van het vak en van de positionering van de wijkverpleegkundige? Wat zijn de grenzen van het vak, ook ten opzichte van de andere disciplines in de wijk?'.

In hoofdstuk 4 komt evaluatievraag 3 aan de orde: 'Wat is de maatschappelijke impact van het programma? Hoe is het programma beïnvloed door de ontwikkelingen in de

maatschappelijke context en op welke wijze heeft het programma die context zelf ook beïnvloed?’.

In hoofdstuk 5 gaan we in op de vraag ‘In hoeverre heeft onderzoek, evaluatie en/of systematische analyse van gegevens (mede) richting gegeven aan (het verloop van) het programma en/of bijgedragen aan het inzicht in de resultaten van het programma?’.

De vijfde vraag die aan de evaluatiecommissie is meegegeven is ‘Welke aanbevelingen kunnen op basis van de resultaten van het programma worden gedaan en aan wie?’. Het antwoord op die vraag is gegeven bij de start van dit rapport ‘Belangrijkste (beleids)aanbevelingen en lessen’.

Bij het beantwoorden van de evaluatievragen wil de commissie recht doen aan de tijdgeest waarin het programma is gestart en de opdracht die de opdrachtgevers aan ZonMw hebben meegegeven (zie voor die opdracht de bijlage van de Zelfevaluatie van het programma Zs van ZonMw, 2014). De commissie hecht er tegelijkertijd aan om de resultaten van het programma in de huidige context te duiden. Wat heeft het programma opgeleverd, als het gaat om de vraag hoe de wijkverpleegkundige vanuit haar zorgtaken een schakelrol kan vervullen tussen wonen, zorg en welzijn om een bijdrage te leveren aan geïntegreerde zorg dicht bij de mensen thuis en een gezonde buurt? Hoe zijn de resultaten van het programma geborgd? Dit laatste is bijzonder complex gezien de huidige veranderende beleidscontext. De herziening van de AWBZ en wijzigingen in de Wmo zijn hierin het meest relevant door de grote verschuivingen van mandaat en budget en de financiële onzekerheden die daarmee gepaard gaan.

1.2 Aanpak van de externe evaluatie

De Zelfevaluatie is de basis van de externe evaluatie. De Zelfevaluatie was bij de start van de evaluatiecommissie in concept beschikbaar en op 24 april in definitieve versie.

Om de Zelfevaluatie te duiden en adviezen te formuleren is door de evaluatiecommissie informatie benut uit de studies die in het kader van het programma zijn uitgevoerd. Daarnaast is gebruikt gemaakt van de uitgebreide versie van de tussenevaluatie van het programma Zs die in 2011 is uitgevoerd (Poortvliet en Wassink, 2011, Intern rapport); en de eindevaluatie van het programma ‘Preventiekracht’ (Bureau Bartels, 2013). Het programma ‘Preventiekracht’ is door dezelfde programmacommissie van ZonMw aangestuurd als Zs. Ook is informatie verzameld in gesprekken die door (afzonderlijke leden en/of secretaris van) de evaluatiecommissie zijn gevoerd met een aantal betrokkenen bij het programma. Zie bijlage 2 voor een overzicht van de bronnen die in deze paragraaf genoemd staan.

2 Uitvoering van de opdracht

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de eerste evaluatievraag die de evaluatiecommissie is meegegeven. Dat is 'Is de opdracht voor het programma goed uitgevoerd?' We bekijken daartoe of de programmaoverstijgende doelen zijn gehaald en of de gehanteerde aanpak daarvoor adequaat was. Informatie over de aanpak in het programma staat in bijlage 3.

2.1 Kwalitatieve en (kosten)effectieve inzet van de wijkverpleegkundige

Het eerste programmaoverstijgende doel gaat over de vraag of de kwalitatieve en (kosten)effectieve uitvoering van de inzet van wijkverpleegkundigen is bevorderd op wijkniveau en met name in de aandachtswijken.

2.1.1 Meer wijkverpleegkundige aan het werk met name in aandachtswijken

Het programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' gaf uitvoering aan de motie Hamer waarin initiatief werd genomen voor de inzet van 250 wijkverpleegkundigen, te beginnen bij de 40 krachtwijken. Deze 250 wijkverpleegkundigen zouden zonder indicatie van het CIZ aan het werk gaan om een bijdrage te kunnen leveren aan geïntegreerde zorg voor cliënten en een gezondere buurt. Het programma sloot daarmee aan bij de uitgangspunten van de transitie in de langdurende zorg.

Om 250 wijkverpleegkundigen in te kunnen zetten die zonder indicatie van het CIZ aan het werk konden, is subsidie verstrekt op basis van een projectaanvraag. Hierdoor konden wijkverpleegkundigen naast hun reguliere werkzaamheden andere taken vervullen, zoals zorgmijders opsporen, coördinatie van zorg- en dienstverlening, doorverwijzen, selectieve preventie, oplossen van problemen in de wijk. Eind 2012 waren ruim 400 wijkverpleegkundigen (HBO-opgeleid, niveau 5) en ruim 100 andere medewerkers (met name verpleegkundigen niveau 4) met subsidie aan het werk in Zs-projecten. Meer dan de helft was werkzaam in de 40 krachtwijken.

Voordeel van deze projectmatige aanpak middels subsidie was dat de programmacommissie en het ZonMw-programmateam in de gelegenheid waren om te sturen in het programma, zowel bij de aanvraag als ook door het opvragen en beoordelen van tussenrapportages. Hierdoor was onder andere ook zicht op de interventies die in het programma uitgevoerd werden en het bereik ervan. Bij de start van het programma was namelijk geen zicht op de concrete activiteiten die wijkverpleegkundigen gingen verrichten binnen de vrije ruimte.

Het verstrekken van subsidie had echter ook een aantal nadelen, die ook in de Zelfevaluatie staan, in de eindevaluatie van Preventiekracht (Bureau Bartels, 2013) en de Tussenbalans (Poortvliet en Wassink, 2011). De procedures die ZonMw gebruikt zijn toegesneden op het indienen en uitvoeren van onderzoeksprojecten. Dat leverde problemen op bij het indienen van voorstellen. Voor de betrokkenen bij het programma is een meer actieve benadering beter op zijn plaats is. Deze actieve benadering is er na de start van het programma steeds meer gekomen. ZonMw heeft indieners van voorstellen die veelbelovend waren, maar niet aan de criteria voldeden, bijvoorbeeld ondersteund bij het maken van een nieuw voorstel. Dat was een goede aanpak voor deelnemers aan het uitvoeringsprogramma.

Ander nadeel van deze projectmatige aanpak, waarbij een projectleider een rol vervulde naast de wijkverpleegkundige, is dat voor de evaluatiecommissie onduidelijkheid ontstond over ieders bijdrage aan de schakelfunctie tussen zorg, wonen en welzijn. De projectleider had, zoals in de Zelfevaluatie staat, vooral in de startfase een belangrijke taak bij het samenstellen van het projectteam en onderhouden van contacten in de wijk, zorg dragen voor de aansturing en borging van het project en de contacten met en verantwoording naar ZonMw. Deze rol riep bij de evaluatiecommissie de vraag op of de wijkverpleegkundigen ook haar schakelrol - met name de samenwerking met andere partijen - kon (en kan) waarmaken zonder de projectleider naast zich. Deze vraag bespreken we verder in H. 2.3.2.

De evaluatiecommissie concludeert dat de doelstelling ten aanzien van 250 wijkverpleegkundigen inzetten, te beginnen in 40 krachtwijken, ruimschoots is gehaald. Dat is mede te danken aan de aanpak in het programma, waarin op basis van projectaanvragen subsidie werd verstrekt. De aanpak middels projectaanvragen had echter ook een aantal nadelen. De evaluatiecommissie adviseert daarom om deze aanpak voor toekomstige uitvoeringsprogramma's nog eens kritisch te beschouwen.

2.1.2 Kwalitatieve inzet van de wijkverpleegkundige

Het programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' had een sterk inhoudelijke insteek, gericht op beroepsontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Dat was ook nodig. Wijkverpleegkundigen waren ten tijde van de motie Hamer namelijk niet meer in de positie om de rol te vervullen die bij de start van het programma Zs van hen werd verwacht. In de jaren '90 van de vorige eeuw leidden ontzuiling en een nadruk op doelmatigheid en schaalvergroting tot veel veranderingen in de wijkverpleging. Evenals de splitsing tussen taken van de wijkverpleegkundige en jeugdgezondheidszorg en de verpleging thuis. Wijkverpleging en gezinszorg werden geïntegreerd, met een herziening van het takenpakket van de wijkverpleegkundige als gevolg. Een deel van hun taken werd overgenomen door lager opgeleide zorgverleners. De wijkverpleegkundige werd vooral ingezet voor risicovolle en voorbehouden handelingen. Ook werd de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg losgekoppeld van de zorgaanbieders, waardoor wijkverpleegkundigen niet langer samen met de cliënt konden vaststellen welke zorg nodig was. Daarnaast werden minutenregistraties ingevoerd om het handelen te verantwoorden. Door schaalvergroting van thuiszorgorganisaties kwam ook de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen met huisartsen onder druk te staan. Dit was altijd al een probleem doordat thuiszorgorganisaties wijkgebonden werkten en cliënten van huisartsen over een breder gebied verdeeld waren. Dat betekende dat huisartsen, met name in de grote steden, met veel verschillende wijkverpleegkundigen moesten samenwerken, waarvoor ze de tijd en ruimte niet hadden of namen.

Om wijkverpleegkundigen opnieuw te positioneren en te ondersteunen de rol te vervullen die in de huidige tijd van hen werd verwacht, is daarom sterk ingezet op beroepsontwikkeling en deskundigheidsbevordering.

De evaluatiecommissie concludeert dat de kwalitatieve inzet van de wijkverpleegkundige is bevorderd door de aanpak in het programma dat daartoe primair een inhoudelijke insteek had gericht op beroepsontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Het programma heeft daarmee bijgedragen aan de beweging die is ingezet om de wijkverpleegkundige weer te herpositioneren als generalistisch werkende verpleegkundige, die werkt vanuit de zorgvraag van de cliënt en die samenwerkt met en schakelt tussen de domeinen wonen, zorg en welzijn.

2.1.3 Kosteneffectieve uitvoering van wijkverpleging

In de Zelfevaluatie (ZonMw, 2014) staat dat in de eerste helft van het programma de nadruk lag op het inzetten en ondersteunen van wijkverpleegkundigen. In de tweede helft werd de focus gelegd op vraagstukken die met de borging samenhangen. Inzicht in kosten en baten kon daaraan bijdragen. Daarom zijn een aantal studies uitgevoerd naar de kosten en baten van de inzet van wijkverpleegkundigen. Daarin is niet de (kosten)effectiviteit van specifieke activiteiten onderzocht - de *extra* inzet van de wijkverpleegkundige - maar de integrale aanpak van de wijkverpleegkundigen in de Zichtbare schakel-projecten bij de individuele zorgvraag. Ook zijn de (kosten)effecten van de activiteiten op niveau van de wijk, zoals voorlichting en cursussen, niet meegenomen bij deze onderzoeken.

De studies naar de kosten en baten van de inzet van wijkverpleegkundigen geven een voorzichtige indicatie dat kostenbesparing mogelijk is. Net als in de Zelfevaluatie, concludeert de evaluatiecommissie, dat vervolgonderzoek van goede methodologische kwaliteit nodig is. Daarbij is het van belang om eenduidig te omschrijven wat de aard van de interventie is, wie die concreet uitvoert en wat het effect is op verschillende niveaus (individuele cliënten en wijkniveau). Wetenschappelijk onderzoek dat geschikt is om stellige uitspraken te doen over kosteneffectiviteit, was binnen de kaders en het tijdsbestek van het programma niet mogelijk. Zeker omdat bij de start van het programma eerst de wijkverpleegkundige in positie moest worden gebracht.

De evaluatiecommissie plaatst een kritische opmerking bij het feit dat gedurende de looptijd van het programma berichten in de media terecht kwamen over kostenbesparende effecten van de inzet van een wijkverpleegkundige in de Zichtbare schakel-projecten. De evaluatiecommissie is van mening dat deze uitspraken over kosteneffectiviteit nog niet voldoende onderbouwd waren in de verrichte studies.

De evaluatiecommissie concludeert dat studies naar kosten en baten van de (extra) inzet van de wijkverpleegkundigen een voorzichtige indicatie geven dat kostenbesparing mogelijk is. Meer onderzoek van methodologische kwaliteit is nodig. Daarbij is het van belang om naast effecten op individueel cliëntniveau ook het effect op wijkniveau mee te nemen.

2.2 Een integrale aanpak en samenwerking voor het bereiken van burgers

Het tweede programmaoverstijgende doel gaat over de uitbreiding en versterking van de wijkverpleegkundige functie op wijkniveau om bij te dragen aan een meer integrale wijkgerichte aanpak (preventie, zorg, wonen en welzijn), samenwerking tussen relevante organisaties en partijen en het bereiken van burgers met een passend aanbod.

2.2.1 Integrale aanpak en samenwerking in de eerste lijn

Met subsidie uit het programma werd gerealiseerd dat wijkverpleegkundigen een netwerk in de wijk konden opbouwen voor een integrale aanpak en samenwerking in de eerste lijn, zoals zich bekend maken bij zorgverleners, woningbouwcoöperaties en vrijwilligersorganisatie. Bij subsidieaanvragen is ook gestuurd op het stimuleren en bevorderen van samenwerking (zie bijlage F van de Zelfevaluatie voor subsidiecriteria, ZonMw, 2014). Wanneer bij tussenrapportages over de projecten onduidelijkheid bestond over de samenwerking of als er onvoldoende zicht was op wat er daadwerkelijk aan activiteiten werd uitgevoerd, werd aanvullende informatie opgevraagd of een werkbezoek afgelegd. Daarnaast zijn door ZonMw tal van bijeenkomsten georganiseerd met en voor samenwerkingspartners om de samenwerking op lokaal niveau te versterken (zien bijlage H van de Zelfevaluatie). En er zijn 'zorgpaden' ontwikkeld door wijkverpleegkundigen en huisartsen, samen met andere partners in de wijk, rond specifieke onderwerpen en doelgroepen, voor betere samenwerking en afstemming. Het betreft zorgpaden over onder andere rouwverwerking, geriatrie, dementie, somberheid/depressie en zorg rondom ziekenhuisopname. Daarnaast is een handleiding ontwikkeld waar wijkverpleegkundigen lokaal mee aan de slag kunnen voor het ontwikkelen van zorgpaden.

Evaluatiegegevens geven inzicht in de intensiteit van verschillende samenwerkingsverbanden en de waardering van samenwerkingspartners (zie Zelfevaluatie, ZonMw 2014). Voor een antwoord op de vraag welke samenwerkingsverbanden leiden tot betere zorgverlening is meer onderzoek nodig. Eens te meer omdat de huidige maatschappelijke context, bijvoorbeeld door de decentralisatie, een andere is dan ten tijde van de motie Hamer.

Bij het uitvoeren van vervolgonderzoek is het van belang om een onderscheid te maken tussen de schakelrol die de wijkverpleegkundige vervult vanuit haar rol als zorgverlener en op wijkniveau. Dat eerste wil zeggen vanuit de rol als zorgverlener de specifieke vraag van een cliënt verhelderen en zoeken naar oplossingen door te schakelen tussen aanbod op het terrein van wonen, zorg en welzijn. Uit projecten blijkt dat wijkverpleegkundigen op individueel niveau deze schakelrol met name voor kwetsbare ouderen goed konden vervullen. Het vervullen van de schakelrol op wijkniveau heeft van doen met het oplossen van gesignaleerde problemen op wijkniveau. Dat kunnen eveneens problemen van individuele cliënten zijn (zorgmijders), maar ook problemen die spelen op wijkniveau. Onderscheid in de verschillende niveaus waarop de schakelrol vervuld kan worden is van belang. Over de schakelrol die de wijkverpleegkundige op wijkniveau vervult en het effect daarvan bestaat nog veel onduidelijkheid.

In het kader van vervolgonderzoek is het tevens van belang om de speelruimte die de wijkverpleegkundige heeft te betrekken. De wijkverpleegkundige is voor het realiseren van de integrale aanpak namelijk afhankelijk van de voorwaarden waaronder gemeenten en

lokale samenwerkingspartners bereid zijn om de wijkverpleegkundige als zichtbare schakel mandaat en sturingsruimte te geven voor het coördineren van het integrale, lokale netwerk rondom een cliënt en om bij te dragen aan een gezonde buurt. Ook is de wijkverpleegkundige afhankelijk van de samenwerkingsmogelijkheden en beschikbaarheid aan voorzieningen in de wijk. Uit het programma is geleerd dat samenwerkingspartners niet alleen beschikbaar moeten zijn, maar ook bereid moeten zijn tot samenwerking; en dat het mogelijk moet zijn voor de wijkverpleegkundige om door te verwijzen naar andere zorg- en dienstverlening, anders stagneert de zorg.

De evaluatiecommissie concludeert dat het programma Zs - door het verstrekken van subsidie en het stimuleren van samenwerking - eraan heeft bijgedragen dat binnen de projecten samenwerkingverbanden in de eerste lijn zijn opgezet die er eerst niet of nauwelijks waren en dat de wijkverpleegkundige daarbij een schakelrol kan vervullen. Volgende stap is meer inzicht verwerven in wat nodig is om deze samenwerkingsverbanden aan te gaan en te continueren; en wanneer de schakelrol die de wijkverpleegkundige verricht (voor individuele cliënten en op wijkniveau) leidt tot geïntegreerde zorg voor burgers en een gezonde buurt.

2.2.2 Bereikte groep burgers: individuen en groepen

Als het gaat om de vraag bij wie de wijkverpleegkundige over de vloer komt, dan zijn dat met name oudere, vaak alleen wonende cliënten met een lage opleiding. 74% is ouder dan 60 jaar en 48% zelfs ouder dan 75 jaar. 24% van de cliënten die bereikt zijn heeft een allochtone achtergrond. Dit heeft ook te maken met de samenstelling van de bevolking in de (kracht)wijken. 5% van de bereikte burgers zijn alleenstaande ouder; 2,6% van de cliënten zijn kinderen en jongeren tot 18 jaar. Over het bereik van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening zijn systematisch geen gegevens verzameld. Ze worden als doelgroep wel genoemd in voortgangsverslagen. Wel blijkt uit de registraties in het programma dat bij cliënten met een lage sociaaleconomische status en ouderen, die wel goed bereikt zijn door de wijkverpleegkundigen, vaak psychiatrische problematiek, eenzaamheid en sociaal isolement een rol speelt (ZonMw, 2014). De psychiatrische problematiek is echter niet de ingang voor het contact.

Dat wijkverpleegkundigen met name de groep kwetsbare ouderen bereikt is niet verwonderlijk. Dat is immers de grootste groep die zorg en ondersteuning nodig heeft. Bovendien participeren wijkverpleegkundigen veelal niet in netwerken voor andere doelgroepen en richten zich daar gewoonlijk ook niet op. Het gaat dan om jeugdigen, mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening (die niet tot de groep ouderen behoren). Bij deze groepen ligt de inzet van een wijkverpleegkundige in een zichtbare schakelrol wellicht minder voor de hand. In de tussenbalans van het programma (Poortvliet en Wassink, 2011) staat dat het, volgens de respondenten in hun studie, zelfs opportuun kan zijn om voor een andere discipline te kiezen die in de betreffende situatie het beste geschikt is. In wijken waarin de sociale context heel zwaar weegt zou bijvoorbeeld een maatschappelijk werker goed kunnen schakelen, mits deze weer goed contact heeft met een wijkverpleegkundige. In de huisartspraktijk zou de planbare zorg beter kunnen worden uitbesteed aan een praktijkondersteuner, die deze geprotocolleerd kan uitvoeren. De vraag of een andere discipline in sommige situaties meer geschikt is om

de schakelrol te vervullen, zou in een vervolgtraject verkend kunnen worden. Interessante aanvullende vraag daarbij is of een wijkverpleegkundige die opgeleid is in en werkt vanuit het nieuwe expertisegebied een bredere doelgroep bereikt.

Als het gaat om het bereiken van cliënten met groepsgerichte activiteiten, is naar schatting in de periode 2011 en 2012 het aantal van 45.000 cliënten bereikt met bijvoorbeeld groepscursussen, voorlichtingsbijeenkomsten, inloopsprekuren en informatiemarkten. Over de kenmerken van deze doelgroep geeft de Zelfevaluatie (ZonMw, 2014) geen uitsluitsel.

De evaluatiecommissie concludeert dat in Zs-projecten met name de groep alleenwonende ouderen met een lage opleiding is bereikt. De vraag of de wijkverpleegkundige de meest aangewezen functionaris is om ook andere doelgroepen te bereiken, zou in een vervolgtraject verkend kunnen worden. Het zou in bepaalde situaties ook een medewerker van sociaal wijkteam, MEE, CJG, Spv-er ouderenadviseur of maatschappelijk dienstverlener kunnen zijn. Ook is het van belang om meer inzicht te krijgen in de kenmerken van burgers die met groepsactiviteiten bereikt worden.

2.2.3 Burgers bereiken met passend aanbod

Uit een aantal studies in het programma blijkt dat cliënten veelal tevreden zijn met de zorg en ondersteuning van de wijkverpleegkundige die vanuit haar brede functie kan werken. In de Zelfevaluatie (ZonMw, 2014) wordt genoemd dat cliënten het waarderen dat wijkverpleegkundigen de tijd hebben om naar hen en hun naasten te luisteren, met hen te bespreken welke oplossingen er zijn voor de problemen die spelen en dit ook, indien nodig, te gaan regelen. De wijkverpleegkundigen hebben oog voor de fysieke en mentale gezondheidsproblemen, maar ook voor de sociale en economische situatie. Ook wordt gewaardeerd dat de wijkverpleegkundigen direct bereikbaar zijn voor de cliënt en dat er een vast contactpersoon is voor vragen.

De vraag of de zorg daarmee ook passend is, in de zin dat er effect is op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven, gezondheidswinst, zelfredzaamheid, samenredzaamheid of mogelijkheid tot participatie in de samenleving vraagt om nader onderzoek dat binnen de kaders en tijdsbestek van het programma niet mogelijk was. De evaluatiecommissie sluit hier aan bij hetgeen in de Zelfevaluatie daarover staat, namelijk dat de aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie nog verder uitgewerkt moet worden.

Studies in het programma geven wel enige aanwijzing dat de inzet van de wijkverpleegkundige invloed heeft op de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen. Zo komt uit de studie van Nieboer e.a. (2013) naar voren dat in de groep zeer kwetsbare ouderen in hun onderzoek weliswaar geen verbetering van de kwaliteit van leven werd gemeten, maar ook geen achteruitgang.

De evaluatiecommissie concludeert dat de bereikte doelgroep veelal tevreden is over de inzet van de wijkverpleegkundige. De vraag of het aanbod daarmee passend is - in de zin van effect op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven, gezondheidswinst, zelfredzaamheid, samenredzaamheid of de mogelijkheid tot participatie in de samenleving - vraagt om nader onderzoek.

2.3 Oplossen van de leemte in de gezondheidszorg

Het derde programmadoel gaat over het vergaren van inzicht in hoe de leemte in de gezondheidszorg in de aandachtswijken door de komst van de wijkverpleegkundige opgelost kan worden.

2.3.1 Oplossen van knelpunten in gezondheidssituatie en betere samenwerking

‘Oplossen van leemte’ is in het programma opgevat als het oplossen van knelpunten in de gezondheidssituatie van cliënten en betere samenwerking (zie Zelfevaluatie ZonMw, 2014). De Zelfevaluatie concludeert dat wijkverpleegkundigen een belangrijke rol (kunnen) spelen bij het verbeteren van de gezondheidszorg in de wijk, maar dat dit samenhangt met randvoorwaarden die in de wijk aanwezig zijn. De evaluatiecommissie ondersteunt deze conclusie, die ook hiervoor bij programmadoel 2 is getrokken.

Alleen een grotere inzet van wijkverpleegkundigen voor zorg en ondersteuning in de buurt lijkt niet voldoende om de leemten in de gezondheidszorg ‘op te lossen’, ook goede samenwerking is nodig en de overige voorzieningen dienen in voldoende mate gerealiseerd te zijn. Uit het programma blijkt bijvoorbeeld dat bezuinigingen op welzijnswerk of geestelijke gezondheidszorg een weerslag hebben op het werk van de wijkverpleegkundigen. Hoe minder voorzieningen, des te moeilijker om cliënten snel en goed door te verwijzen naar passende zorg en ondersteuning.

Voor het ‘oplossen van leemte’ in de gezondheidszorg is bovendien aandacht nodig voor alle doelgroepen, naast kwetsbare ouderen die met name door wijkverpleegkundigen bereikt worden.

Bij het oplossen van de leemte in buurten dienen ook cliënten goed betrokken te worden. ZonMw heeft bij de Zs-projecten nagevraagd in hoeverre in de wijk werd samengewerkt met bewoners- en cliëntenorganisaties. Daarbij bleek dat bewoners en cliënten in de wijk in eerste instantie beschouwd werden als ‘ontvangers’ van zorg en ondersteuning van de wijkverpleegkundigen. Contacten leggen met bewoners- en patiënten/cliëntenorganisaties lag niet direct voor de hand. Daarop is in het programma gestuurd. In de eindverslagen geven projectleiders aan dat in 33% van de projecten wordt samengewerkt met bewoners- en patiënten/cliëntorganisaties; en bij nog eens 55% van de projecten gedeeltelijk.

De evaluatiecommissie concludeert dat voor het oplossen van de leemte in de gezondheidszorg meer inzicht nodig is in de effectiviteit van samenwerkingsverbanden en de randvoorwaarden waarbinnen de wijkverpleegkundige een schakelrol kan vervullen; en voor het betrekken van bewoners- en patiënten/cliëntenorganisaties omdat dit niet vanzelfsprekend is.

2.3.2 Positionering van de wijkverpleegkundige

Om samenwerking te bevorderen voor het oplossen van de leemte in de gezondheidszorg zijn naast wijkverpleegkundigen projectleiders aan de slag gegaan (zie ook H. 2.1.1). Zij hebben wijkverpleegkundigen onder andere ondersteund bij het aangaan van samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld als zij geen entree kregen. De auteurs van de Tussenbalans (Poortvliet en Wassink, 2011) hebben uitgevraagd met wie de wijkverpleegkundige versus de projectleider contacten had en wat de intensiteit daarvan was. Op basis daarvan blijkt dat projectleiders vaak meer contact hadden met bepaalde organisaties dan de wijkverpleegkundigen. Het gaat hierbij om welzijnsorganisaties, gemeenten, woningbouwcoöperaties, ROS, jeugdzorg en zorgverzekeraars. Op basis van hun overzicht van contacten van wijkverpleegkundigen in de eerste lijn en contacten van de projectleider en het verschil daartussen, stelt de Tussenbalans dat dit een belangrijk punt is voor het programma. Behalve de borging van activiteiten op het niveau van de wijkverpleegkundigen, is ook de vraag hoe de functie die de projectleider uitvoert op termijn vervuld wordt.

De inzet van de projectleider roept bij de evaluatiecommissie de vraag op wat we in de toekomst wel en niet van de wijkverpleegkundige mogen en willen verwachten. Kan een wijkverpleegkundige ook zonder een 'projectleider' die de samenwerking op het niveau van de wijk ondersteunt om de leemte in de gezondheidszorg op te lossen? Een belangrijke vraag om mee te nemen in de brede discussie (vervolgprogramma en/of onderzoek) over de rol en positie van wijkverpleegkundigen in de eerste lijn. In het kader van de ontwikkeling van sociale wijkteams is het de vraag of, als er 'projectleiders' komen, deze aan dezelfde organisatie verbonden moeten zijn als de wijkverpleegkundige of juist meer aan het wijkteam.

De evaluatiecommissie concludeert dat het oplossen van de leemte in de gezondheidszorg in de huidige context, vraagt om een brede discussie (of vervolgprogramma en/of onderzoek) over de rol en positionering van de wijkverpleegkundige op het niveau van individuele cliënten en de wijk (in sociale wijkteams).

2.4 Borging van de wijkverpleegkundige functie

Programmadoel 4 gaat over borging: 'Is mede op basis van de in het programma opgedane ervaringen zorg gedragen voor de inhoudelijke, financiële en organisatorische verankering en de borging van resultaten en verkregen inzichten in de wijkverpleegkundige functie in de lokale context?'

2.4.1 Inhoudelijke borging

Belangrijke voorwaarde om te borgen dat de wijkverpleegkundige de schakel kan zijn tussen wonen, zorg en welzijn, is helderheid over beroepscompetenties. Het programma bood de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN de kans om die helderheid te verschaffen. Als aanvulling op het project V&V 2020, waarin nieuwe beroepsprofielen voor het hele beroepenhuis zijn ontwikkeld, is het Expertisegebied wijkverpleegkundige vastgesteld. In het expertisegebied zijn competenties omschreven zoals ten aanzien van

verpleegkundige zorgverleners, samenwerken met andere disciplines (onderhandelen) en coördineren van zorg. Dat omvat ook competenties om te acteren ten aanzien van welzijnsproblematiek en selectieve preventie (groepen cliënten). Het expertisegebied is erkend door de partijen die ertoe doen. Dat zijn het ministerie van VWS, het LOOV (landelijk overleg opleidingen verpleegkunde), ActiZ, de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland.

Het expertisegebied is ook geborgd in de opleiding. Momenteel wordt de opleiding voor de HBOV herzien (door het LOOV) en ook de HBOV-differentiaties die bedoeld zijn voor toekomstige wijkverpleegkundigen wordt gebaseerd op het expertisegebied. In het toekomstige curriculum van de HBO opleidingen zullen (vanaf 2016) studenten verpleegkunde bekend gemaakt worden met de brede functie van de wijkverpleegkundige, waardoor zij in de toekomst waarschijnlijk gemakkelijker hun weg gaan vinden in (veranderende) werkstructuren.

De evaluatiecommissie concludeert dat de inhoudelijk borging van de wijkverpleegkundige functie is gerealiseerd door de inhoud van de functie vast te leggen in het Expertisegebied wijkverpleegkundige (dat door relevante partijen is erkend) en doordat het expertisegebied de basis wordt voor de opleidingen van wijkverpleegkundigen.

2.4.2 Financiële borging

Door het vaststellen van het Expertisegebied wijkverpleegkundige, is voor wijkverpleegkundigen zelf, hun samenwerkingspartners én financiers helder gemaakt wat van wijkverpleegkundigen mag worden verwacht. De beroepsvereniging en individuele wijkverpleegkundigen kunnen terugrijpen op dit expertisegebied, als het gaat om onderhandelingen over financiering.

In het programma is door de programmacommissie en -secretaris actief ingezet op het voeden van de landelijke en lokale overheid en zorgverzekeraars met informatie uit het programma om de wijkverpleegkundige functie ook financieel te borgen. Bijvoorbeeld door partijen bij elkaar te brengen (bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en ambtenaren / zorgverzekeraars / politici), door deel te nemen aan bijeenkomsten van deze partijen of door publiciteit te genereren. Op 5 maart 2014 zijn bijvoorbeeld door Staatssecretaris van Rijn certificaten uitgereikt aan wijkverpleegkundigen die deelnemen aan het ambassadeursnetwerk om te leren hun beroepsgroep op lokaal, regionaal en landelijk niveau te vertegenwoordigen en te promoten (<https://www.youtube.com/watch?v=6lABTF3TG7M>).

De actieve opstelling vanuit het programma Zs had resultaat. De invloed van het programma Zs is terug te vinden in landelijk beleid. Bijvoorbeeld in de brief van 4 maart 2014 van staatssecretaris van Rijn, mede namens minister Schippers, over 'samenhang in zorg en ondersteuning' naar de Tweede kamer met een conceptvoorstel voor de aanpassing van de zorgverzekeringswet. In de nieuwe aanspraak 'wijkverpleging' zijn inzichten uit het programma Zs opgenomen (zie pag. 7 van de brief).

De financiële borging is echter nog niet gerealiseerd. Het is van belang om vinger aan de pols te houden en inzichten uit het programma te blijven uitdragen. De NZa brengt een

advies uit voor een nieuwe bekostigingssystematiek van de brede functie wijkverpleging. De toekomst zal moeten uitwijzen of de nieuwe bekostigingssystematiek werkzaam is voor zowel zorgverzekeraars als gemeenten.

De evaluatiecommissie concludeert dat het programma heeft bijgedragen aan de financiële borging van de wijkverpleegkundige functie door inzichten uit het programma breed uit te dragen. De financiële borging is nog niet gerealiseerd. ZonMw kan bijdragen aan het realiseren ervan door inzichten uit het programma te blijven uitdragen en vervolgonderzoek uit te zetten samen met gemeenten en zorgverzekeraars. Daarbij kan mogelijk de verbinding worden gelegd met andere programma's van ZonMw voor het bundelen en versterken van kennis en inzichten.

2.4.3 Organisatorische borging

Het programma heeft inzicht opgeleverd in de randvoorwaarden die nodig zijn, zodat de wijkverpleegkundige haar functie breed kan uitoefenen. Bij vervolgonderzoek kan voortgeborduurd worden op de inzichten die in het programma zijn verzameld. In de Zelfevaluatie staat de studie in Den Bosch genoemd waarin twee 'Zichtbare schakel'-projecten van verschillende organisaties zijn onderzocht door Tranzo (Luijkx, 2013). In een studie van Visser, e.a. (2014) zijn de sterke en zwakke kanten van de verschillende organisatiemodellen van Zs- projecten in Amsterdam blootgelegd. Op basis van deze studie zijn randvoorwaarden geformuleerd voor het goed kunnen functioneren van wijkverpleegkundigen met een brede taakopvatting. Dat zijn multidisciplinaire samenwerking in buurtgericht werken; toegankelijk, zelforganiserend en deskundig met voldoende bewegingsvrijheid; autonomie; wijkbelang boven organisatiebelang; onpartijdig en onafhankelijk. Voor de vervulling van deze randvoorwaarden zijn meerdere organisatiemodellen mogelijk, elk met sterke en zwakke kanten. Zo hebben wijkverpleegkundigen in een gezondheidscentrum een nauwe samenwerking met de huisarts, maar moeten zij meer moeite doen om met welzijnsprofessionals samen te werken. Het tegenovergestelde geldt voor professionals werkzaam in een multidisciplinair wijkteam. In vervolgonderzoek kan op de inzichten uit deze programma's voortgebouwd worden. Het stimuleren en onderzoeksmatig volgen van de veranderbereidheid en het verandervermogen van thuiszorg- en eerstelijnsorganisaties is van groot belang voor het realiseren van organisatorische verankering, ook als de wijkverpleegkundige onafhankelijk wordt gepositioneerd door bijvoorbeeld op detacheringsbasis schakeltaken uit te voeren.

De evaluatiecommissie concludeert dat het programma enig inzicht heeft gegeven in organisatorische randvoorwaarden, maar dat voor organisatorische borging van de wijkverpleegkundige functie onderzoek nodig is naar het verandervermogen van de reguliere organisaties, versus onafhankelijke organisatorische verbanden waarin wijkverpleegkundigen werkelijk van meerwaarde kunnen zijn voor individuele cliënten en de wijk.

3 Ontwikkeling en positionering wijkverpleging

De evaluatiecommissie is gevraagd te reflecteren op de vraag ‘Wat heeft het programma ‘Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt’ bijgedragen aan de ontwikkeling van het vak en de positionering van de wijkverpleegkundige; wat de grenzen van het vak zijn, ook ten opzichte van de andere disciplines in de wijk.’ (evaluatievraag 2).

3.1 Deskundigheidsbevordering en vastleggen van de expertise

Belangrijkste doel van het programma voor de uitvoering van de motie Hamer was om wijkverpleegkundigen in zetten die zonder indicatie door het CIZ, vanuit hun reguliere zorgtaken een bijdrage konden leveren aan het bieden van samenhangende zorg voor hun cliënten en een gezondere buurt. En dat in een tijd waarin nog maar weinig wijkverpleegkundigen beschikbaar waren en er niet meer vanuit de brede functie werd gewerkt. In het programma is daarom werk gemaakt van het inhoudelijk ondersteunen en bijscholen van wijkverpleegkundigen die in projecten aan de slag waren, zodat zij hun vak breed konden uitvoeren en de schakelfunctie vervullen. Voorbeelden daarvan zijn:

- Bijscholen en ondersteunen van wijkverpleegkundigen ten aanzien van het versterken van algemene competenties, competenties voor het werken in de wijk en zorginhoudelijke competenties. In het bijzonder ook aandacht voor welzijnsaspecten. Enerzijds het signaleren van problemen op het vlak van welzijn. Anderzijds voor het oplossen van vraagstukken met welzijnsdiensten (ook vrijwilligers) in plaats van met zorg.
- Intervisiebijeenkomsten en specifieke scholingstrajecten (bijvoorbeeld de leergang Excellente wijkverpleging).
- Honoreren van een initiatief voor het ontwikkelen van een handleiding voor zorgpaden in de eerstelijns gezondheidszorg, voor betere afstemming en samenwerking in de wijk rond specifieke onderwerpen en doelgroepen voor betere kwaliteit van zorg.
- Een ambassadeurstraject dat tot doel had om talentvolle wijkverpleegkundigen te ondersteunen om hun beroepsgroep op lokaal, regionaal en landelijk niveau te vertegenwoordigen en te promoten. In het kader van het ambassadeurstraject werden bijeenkomsten georganiseerd, waarin actuele en praktische vraagstukken uit het dagelijks werk aan de orde kwamen.

Naast deskundigheidsbevordering is in het programma gewerkt aan het vastleggen van beroepscompetenties. Helderheid over beroepscompetenties is een belangrijke voorwaarde om te borgen dat de wijkverpleegkundige de schakelfunctie tussen wonen, zorg en welzijn in de eerste lijn kan vervullen. Daarvoor is het Expertisegebied wijkverpleegkundige ontwikkeld en vastgesteld (zie H. 2.4.1). Daarmee is voor wijkverpleegkundigen zelf en hun samenwerkingspartners helder gemaakt wat van wijkverpleegkundigen mag worden verwacht. Het expertisegebied is ook de basis voor toekomstige opleidingen voor wijkverpleegkundigen.

De evaluatiecommissie concludeert dat activiteiten op het terrein van deskundigheidsbevordering nodig waren, zodat wijkverpleegkundigen die aan de slag waren in projecten hun functie breed konden uitvoeren. De brede uitvoering van het vak is ook vastgelegd in het Expertisegebied wijkverpleegkundige, dat van wezenlijk belang is voor de positionering van de wijkverpleegkundige in de eerste lijn.

3.2 Grenzen aan het vak

De evaluatiecommissie is verzocht te reflecteren op de vraag of de grenzen van het vak van wijkverpleegkundigen verhelderd zijn, ook ten opzichte van andere disciplines. We beantwoorden deze vraag door enerzijds te kijken naar de kracht van de wijkverpleegkundige en anderzijds naar de vraag waar wijkverpleegkundigen zich in Zs-projecten op hebben gericht. We verwijzen hier ook naar hetgeen in H. 2.2.2 staat over het inzetten van een andere functionaris dan de wijkverpleegkundige voor specifieke doelgroepen of buurten.

Wanneer we ‘de grenzen van het vak’ verkennen vanuit de vraag waar de kracht van wijkverpleegkundigen ligt, dan komt uit het programma Zs vooral het beeld naar voren van een functionaris die specifieke kennis heeft van verpleegkundige diagnoses ten aanzien van het zelfzorgvermogen van cliënten, waarin de verbinding tussen lichamelijke, psychische en sociale toestand centraal staat; en die van daaruit goed de verbinding kan leggen tussen het sociale en het medische domein

Wanneer we naar ‘de grenzen van het vak’ kijken vanuit de vraag waar wijkverpleegkundigen zich in Zs-projecten ‘van nature’ op hebben gericht, dan zien we het volgende. Vooral (kwetsbare) ouderen zijn bereikt, universele en selectieve preventie krijgt nog weinig aandacht, overstijgend naar de wijk kijken en de invloed van omgevingsfactoren op gezondheid herkennen en daar activiteiten op inzetten is nog niet vanzelfsprekend (zie Zelfevaluatie, ZonMw, 2014). In de tussenevaluatie van het programma (Poortvliet en Wassink, 2011) is geconstateerd dat een deel van de wijkverpleegkundigen, net als huisartsen, zeer vaak benoemt dat een probleem een gezondheidscomponent heeft. Respondenten vanuit welzijn geven juist aan dat het overgrote deel van de hulpvragen psychosociaal van aard zijn en dat gezondheid meestal niet op de voorgrond staat. Het is wellicht niet verrassend dat de beoordeling van de problematiek sterk afhangt van het perspectief van de respondent (Poortvliet en Wassink, 2011). Wanneer gekeken wordt naar bereikte resultaten blijkt in de tussenevaluatie uit de registratie van de cliëntgebonden contacten (per cliënt was meer dan één antwoord mogelijk) dat: in 7% van de cliënten de informele zorg (meer) is betrokken, in 6% is doorgeleid naar sociale activiteiten, in 4% naar gezondheidsbevorderende activiteiten en in 32% doorgeleid naar andere zorg/hulp (wat dit inhoudt is niet gespecificeerd). Oplossen van problemen met andere activiteiten dan zorg, staat bij wijkverpleegkundigen wellicht niet op de voorgrond. Dat roept vragen op ten aanzien van onnodige medicalisering en of door de aanwezigheid van wijkverpleegkundigen meer zorg wordt geleverd dan waar zonder dit aanbod om gevraagd zou worden.

De evaluatiecommissie concludeert dat de kracht van de wijkverpleegkundige haar kennis van verpleegkundigen diagnoses ten aanzien van het zelfzorgvermogen van cliënten is waarin de verbinding tussen lichamelijk, psychische en sociale toestand centraal staat; en die van daaruit goed de verbinding kan leggen tussen het sociale en het medische domein en kan bijdragen aan gezondheidsbevordering van individuele cliënten en groepen burgers. Tegelijkertijd constateert de evaluatiecommissie dat de wijkverpleegkundigen in de Zs-projecten zich 'van nature' niet gericht hebben op alle facetten van het Expertisegebied wijkverpleegkundige. Er lijkt een natuurlijke grens te zijn aan hoe wijkverpleegkundigen op dit moment hun vak uitoefenen. Minder op de voorgrond staan: andere doelgroepen dan ouderen, universele en selectieve preventie, aandacht voor de invloed van omgevingsfactoren op gezondheid. Daarnaast lijkt dat wijkverpleegkundigen geneigd zijn om problemen te benoemen als gezondheidsproblemen die met zorg opgelost kunnen worden. Het verdient daarom ook aanbeveling om (na- en bij)scholing voor wijkverpleegkundigen na afloop van het programma voort te zetten, zodat wijkverpleegkundigen hun bijdrage kunnen leveren aan geïntegreerde zorg en gezonde buurten.

4 Maatschappelijke impact van het programma

De evaluatiecommissie is gevraagd te reflecteren op de maatschappelijke impact van het programma. 'Hoe is het programma beïnvloed door de ontwikkelingen in de maatschappelijke context en op welke wijze heeft het programma die context zelf ook beïnvloed?'

4.1 Maatschappelijke invloed op het programma

Het programma is beïnvloed door maatschappelijke ontwikkelingen. De transitie in de langdurende zorg en de motie Hamer vormden de politiek maatschappelijke context waarin het programma tot stand is gekomen. Vanaf het begin van deze eeuw is er bij de overheid het groeiende besef dat kosten in de langdurige zorg beheersbaar moeten worden. De noodzaak van kostenbeheersing in combinatie met het streven tegemoet te komen aan de wens van de meeste ouderen en chronisch zieken om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, maakt dat in het gezondheidszorgbeleid van opeenvolgende kabinetten de nadruk komt te liggen op kwalitatief goede en betaalbare zorg dicht bij huis. De herziening van de AWBZ staat op de agenda. Tegelijkertijd en hieraan gerelateerd wordt de Wmo in 2007 ingevoerd, waarmee wordt gestreefd naar participatie van alle burgers aan de samenleving. De verzorgingsstaat maakt plaats voor een participatiesamenleving (zoals we dat nu anno 2014 noemen), waarin iedereen moet meedoen en een bijdrage leveren, zelf de regie voeren, zelfredzaam zijn en voor elkaar zorgen (samenredzaamheid). Daarnaast is er de zorg bij de overheid dat het niet goed gaat met groepen mensen en wijken in onze samenleving en dat het gefragmenteerde aanbod aan voorzieningen niet aansluit bij hetgeen zij nodig hebben. Er komt meer aandacht voor gezondheidsverschillen tussen mensen en het bevorderen van gezonde buurten. Andere relevante ontwikkelingen zijn de opkomst van integrale Centra voor Jeugd en Gezin, scheiden van wonen en zorg, marktwerking en ondernemerschap van zorgaanbieders, inkoop via zorgketens.

In deze context wordt op 18 september 2008 de motie Hamer ingediend en aangenomen. De motie verzoekt de regering om een samenhangende aanpak in de wijk (integratie van, wonen en welzijn) te verbeteren, door het aantal wijkverpleegkundigen uit te breiden, te beginnen in 40 'krachtwijken'. Wijkverpleegkundigen krijgen met deze motie een rol toebedeeld om een bijdrage te leveren aan het oplossen van de vraagstukken die met de transitie samenhangen. Tegelijkertijd zijn onvoldoende goed toegeruste wijkverpleegkundigen beschikbaar om deze rol te vervullen. Met name dat laatste heeft de inhoud van het programma verregaand bepaald.

Ook het feit dat gedurende de hele looptijd van het programma onduidelijkheid bleef bestaan over de toekomstige financiering van de wijkverpleegkundige, had impact op het programma. Dit heeft eraan bijgedragen dat gemeenten en zorgverzekeraars zich lange tijd afzijdig hielden, zich niet aangesproken voelden terwijl dat wel nodig was voor de borging van de brede inzet van de wijkverpleegkundigen in de eerste lijn.

4.2 Maatschappelijke impact vanuit het programma

Omgekeerd is de impact van het programma op de samenleving groot. Door het programma zijn wijkverpleegkundigen meer zichtbaar geworden. Door het programma zijn burgers, die zelf niet om zorg vragen maar daar wel baat bij hebben (zoals zorgmijders), eerder bereikt, geholpen en doorverwezen door wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen zijn door allerlei activiteiten ook meer zichtbaar en bereikbaar geworden voor potentiële samenwerkingspartners in de wijk, zoals huisartsen, welzijns- en vrijwilligersorganisaties.

Daarnaast zijn wijkverpleegkundigen zichtbaar geworden voor de politiek waar de brede functie van de wijkverpleegkundige (na de motie Hamer) op de agenda is blijven staan. Inzichten uit het programma zijn benut in de discussie over de financiering van de wijkverpleegkundige en opname in de Zorgverzekeringswet. Er is politieke ruimte om de wijkverpleegkundige als zelfstandige professional te positioneren naast de huisarts.

Het programma heeft er ook aan bijgedragen dat de stopwatch cultuur - in ieder geval binnen de projecten van het programma Zs - is doorbroken; en dat het belang van vrije regelruimte wordt erkend voor geïntegreerde zorg en dienstverlening in de eerste lijn, preventie en gezondheidsbevordering. Of deze effecten ook buiten Zs-schakelprojecten bereikt worden en op de langere termijn duurzaam blijken zal de toekomst moeten uitwijzen. Ook is de betekenis van een wijkgerichte aanpak door het programma Zs concreter geworden.

De evaluatiecommissie constateert dat de inhoud van het programma verregaand bepaald is door de politiek maatschappelijke context waarin dit is ontstaan: de transitie in de langdurende zorg, de motie Hamer én het feit dat onvoldoende goed toegeruste wijkverpleegkundigen beschikbaar waren om de schakelfunctie te vervullen. Tegelijkertijd heeft het programma invloed gehad op de samenleving en politieke besluitvorming. We denken daarbij aan: de zichtbaarheid van de wijkverpleegkundige, de financiering van de wijkverpleegkundige functie, doorbreken van stopwatchcultuur, betekenis van wijkgerichte aanpak.

5 Monitoren en onderzoek

De evaluatiecommissie is gevraagd in hoeverre evaluatie en/of systematische analyse van gegevens (mede) richting gegeven heeft aan (het verloop van) het programma en/of bijgedragen aan het inzicht in de resultaten van het programma.

5.1 Monitoren

Het programma is opgezet als een vorm van sociaal experiment. Dit zet praktijkprofessionals in de positie om zelf vorm te geven aan hun werkwijze. Wat wijkverpleegkundigen gingen doen in de vrije ruimte die ze door de subsidie kregen om te schakelen tussen wonen, zorg en welzijn om een bijdrage te leveren aan geïntegreerde zorg en gezonde buurten, werd losgelaten. Vervolgens is intensief gemonitord wat wijkverpleegkundigen gingen doen en wat het bereik daarvan was. Informatie is verzameld uit voortgangsverslagen en eindrapportages en door vragenlijsten uit te zetten bij de deelnemers. Daarnaast is een registratiesysteem opgezet en benut voor het verzamelen van informatie over cliëntgebonden contacten. Dit registratiesysteem is door wijkverpleegkundigen als bijzonder werkbaar en bruikbaar ervaren.

De informatie die in het programma is verzameld is enerzijds benut voor het stimuleren van de voortgang in projecten, door deze als spiegelinformatie aan de projecten terug te geven; en informatiebijeenkomsten te organiseren op basis van knelpunten en behoeften. Anderzijds is deze informatie benut om verdiepende studies uit te zetten met betrekking tot vraagstukken die breed in het programma speelden en die ook te maken hadden met de borging. Naar aanleiding van de tussenbalans (Poortvliet en Wassink, 2011) zijn bijvoorbeeld een aantal studies uitgevoerd voor informatie over de organisatorische borging van de wijkverpleegkundig die nodig is voor geïntegreerde zorg in de eerste lijn. Hoe zou de wijkverpleegkundige in de wijk gepositioneerd kunnen worden, wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende modellen? Welke randvoorwaarden zijn nodig in de wijk om goed te kunnen werken en hoe willen wijkverpleegkundigen zelf werken in de (nabije) toekomst? (zie Zelfevaluatie, ZonMw, 2014). Naar aanleiding van de tussenbalans zijn ook extra activiteiten uitgezet om zorgverzekeraars en gemeenten meer te betrekken bij projecten voor de borging van resultaten. En een ambassadeurstraject is ingericht dat tot doel had om talentvolle wijkverpleegkundigen te ondersteunen om hun beroepsgroep op lokaal, regionaal en landelijk niveau te vertegenwoordigen en te promoten.

De evaluatiecommissie constateert dat het programma door middel van registraties en voortgangsrapportages is gemonitord. Door informatie daaruit als spiegelinformatie terug te geven aan wijkverpleegkundigen en projectleiders is hun reflectieve vermogen gestimuleerd en voortgang bevorderd. Daarnaast zijn resultaten van de monitoring gebruikt om nieuwe activiteiten uit te zetten in het programma.

5.2 Onderzoek

De opdrachtgevers, de ministeries van VWS en BZK, wilden het geld dat met de Motie Hamer beschikbaar kwam zo veel en zo snel mogelijk direct naar de praktijk doorsluizen. Er moesten meer wijkverpleegkundigen aan het werk. Door deze keuze waren weinig middelen beschikbaar voor onderzoek en ook gedurende de looptijd van het programma is er niet voor gekozen om restmiddelen hiervoor in te zetten. Systematisch onderzoek was volgens de evaluatiecommissie wel wenselijk geweest voor inzichten in daadwerkelijke effecten, die de borging van de wijkverpleegkundige moeten legitimeren. Doordat het vaststellen van resultaten van interventies geen doel was, zijn vragen onbeantwoord gebleven.

De evaluatiecommissie concludeert dat (effect)onderzoek van belang is voor het borgen van programmaresultaten en adviseert als vervolg op het programma Zs het opstellen en uitvoeren van een onderzoeksagenda voor het positioneren en borgen van de wijkverpleegkundigen in de eerste lijn en voor het realiseren van geïntegreerde zorg en gezonde buurten.

5.3 Ruimte voor reflectie om richting te geven aan het programma

Richting geven aan een programma, mede op basis van monitoring en onderzoek, is de taak van een programmacommissie ondersteund door een ZonMw-programmateam. Voor de aansturing van het programma is op verzoek van de opdrachtgevers de programmacommissie van 'Preventiekracht thuiszorg' gevraagd. Enerzijds voor een snelle start. Anderzijds om de samenhang tussen beide programma's te bevorderen.

De programmacommissie van Zs heeft onder grote tijdsdruk met veel enthousiasme en betrokkenheid sturing gegeven aan het programma. De snelle start leidde er echter toe dat de programmacommissie onvoldoende tijd kreeg om te reflecteren op de doelen en de gewenste aanpak in het programma (conclusie in de tussenbalans, Poortvliet en Wassink, 2011). Gedurende het traject werden de leden van de programmacommissie zwaar belast omdat ze naast de aansturing verantwoordelijk waren voor het beoordelen van de subsidieaanvragen (conclusie in de Zelfevaluatie ZonMw, 2014). De tijd om van enige afstand naar de uitvoering te kijken om sturing te geven aan het programma, kwam daardoor onder druk te staan. Desondanks zijn in het programma mooie resultaten behaald. Voldoende momenten van reflectie zijn volgens de evaluatiecommissie echter altijd nodig voor een doelgerichte aanpak.

Reflecteren op een uitvoeringsprogramma vraagt ook om inbreng van cliënten. Daarvoor is in het programma weliswaar aandacht geweest, maar naar de mening van de evaluatiecommissie had dit nog explicieter gekund in alle onderdelen van het programma.

De evaluatiecommissie concludeert dat een programmacommissie bij de start en gedurende de looptijd van het programma ruimte nodig heeft om te reflecteren op de doelen en gewenste aanpak voor een succesvol resultaat. Daarbij hoort ook reflectie vanuit cliëntperspectief.

Bijlage 1: Evaluatiecommissie

Op 9 december 2013 is de evaluatiecommissie in haar eerste vergadering van start gegaan. De commissie bestaat uit de volgende personen, die op persoonlijke titel deelnemen. Ze zijn door ZonMw gevraagd op basis van hun brede ervaringen met vraagstukken rondom de eerste lijn.

- Anneke Francke (voorzitter van de commissie). Programmaleider van het onderzoeksprogramma Verpleging en Verzorging bij het NIVEL en bijzonder hoogleraar 'Verpleging en Verzorging in de laatste levensfase' (VU).
- Johanna Haanstra is wethouder in Oegstgeest. Ook toezichthouder in de V&V. Lid van de ZonMw Programmacommissie NPO.
- Wil van den Bosch. Is 36 jaar huisarts geweest. Hoogleraar Zorginnovatie in de huisartsenpraktijk (Radboud Universiteit). Is betrokken bij ZonMw Programmacommissie Op één lijn.
- Rogier den Uyl. Directeur RadarGroep. Tevens werkzaam als strategisch adviseur en projectmanager op meerdere beleidsthema's, ook voor gemeenten. Is o.a. betrokken bij sociale teams in de wijk.
- Jacques Loomans. Is directeur van Zorgbelang Noord-Holland (belangen zorgvragers). Als belangenbehartiger voor patiënten/cliënten op landelijk, regionaal en lokaal actief rond ontwikkelingen in de zorg. Is onder actief rond de transities, ketenzorg en proeftuinen m.b.t. populatiegebonden budgettering.
- Marleen Bekker. Beleidswetenschapper aan de Universiteit Maastricht (publieke gezondheidsbeleid). Voorheen werkzaam aan de EUR/iBMG (universitair docent) en bij Careyn als programmamanager innovatie. Startte haar loopbaan als wijkverpleegkundige in Utrecht
- Marie-Josée Smits is secretaris van de evaluatiecommissie. Heeft ervaring met onderzoek (gepromoveerd aan de Universiteit Maastricht) en externe programma-evaluaties (Zorg voor Beter). Is nu vanuit haar eigen bureau ZorgEssentie als adviseur en onderzoeker werkzaam in de gezondheidszorg.

Bijlage 2: Geraadpleegde bronnen

Primaire bron

ZonMw, Zelfevaluatie, Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundigen voor een gezonde buurt, Uitvoering en resultaten van het programma, april 2014.

Publicaties over het programma

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

Overige publicaties

Bureau Bartels, beleidsadvies - onderzoek, Eindevaluatie Programma Preventiekracht 2007 - 2013, november 2013.

Poortvliet, E.P., Wassink, G.F., Tussenbalans, Brede blik, integrale zorg. Tussenbalans ZonMw-programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt', 10 september 2011 (intern rapport, niet gepubliceerd).

Putter, de, I.D, Francke, A.J E., Veer, de, Rademaker, J.J.D.M., Kennissythese, De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen, Rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundige, NIVEL, februari 2014.

Geraadpleegde personen

Cees Boer, Vicevoorzitter programmacommissie PreventieKracht en Zichtbare schakel

Hanneke Hillmann, Voorzitter programmacommissie PreventieKracht en Zichtbare schakel

Hanneke Van de Berg, Projectleider Zichtbare schakel, Omring

Henk Smid, Directeur ZonMw

Ineke Voordouw, Programmasecretaris Zichtbare schakel

John Krol, Programma-assistent Zichtbare schakel

Mariska de Bont, Beleidsmedewerker V&VN

Mirjam Maasdam, Beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland

Verpleegkundigen die aanwezig waren tijdens de bijeenkomst van het ambassadeursnetwerk op 16 december 2013

Bijlage 3: Achtergrondinformatie over het programma

In de Handleiding van ZonMw voor eindevaluaties wordt verzocht om in het externe evaluatierapport een schets van het programma op te nemen. Dat doen we in deze bijlage. Daarvoor maken we gebruik van de programmatekst 'Uitvoeringsprogramma Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt 2009/2012' (ZonMw, Programmatekst, september 2009) en de Zelfevaluatie (ZonMw, Zelfevaluatie, 2014).

Uitvoeringsprogramma

Zs is een uitvoeringsprogramma. Het programma gaf uitvoering aan de Motie Hamer (van september 2008). De motie verzocht de regering om een samenhangende aanpak in de wijk (integratie van, wonen en welzijn) te verbeteren, door het aantal wijkverpleegkundigen uit te breiden, te beginnen in 40 'krachtwijken'.

Het programma had ook een ontwikkelfunctie. *Hoe* de wijkverpleegkundige haar rol zou kunnen en moeten vervullen, moest gaande weg het programma uitgevonden en uitgeprobeerd worden. Een van de redenen om de uitvoering van het programma in handen van ZonMw te geven was, dat het een opdracht betrof waarbij geëxperimenteerd en ontwikkeld moest worden.

Waarom ZonMw?

Er waren namelijk drie opties in beeld voor het uitvoeren van de motie, via de gemeenten (Wmo), zorgverzekeraars (de AWBZ of Zvw) of via ZonMw. Voor dat laatste hebben de ministeries van VWS en BZK gekozen omdat dit als voordeel zou opleveren dat:

1. Het programma snel kon starten, door gebruik te maken van een bestaande structuur.
2. Het programma vrij snel neergezet kon worden, door gebruik te maken van de bestaande programmacommissie van PreventieKracht.
3. Uitvoeren van beide programma's doordat één commissie de samenhang kon versterken.
4. Het een opdracht betrof waarbij geëxperimenteerd en ontwikkeld moest worden.
5. De opdracht een gericht doel had en vroeg naar enige sturing.
6. Het programma goed aangestuurd en geëvalueerd zou worden.

Doelen van het programma

De programmadoelen staan in de Programmatekst van Zs (p. 10) als volgt geformuleerd:

1. Het bevorderen van een kwalitatieve en (kosten)effectieve uitvoering van de inzet van wijkverpleegkundigen op wijkniveau en met name in de aandachtswijken.
2. Aan de hand van de uitbreiding en versterking van de wijkverpleegkundige functie op wijkniveau bijdragen aan een meer integrale wijkgerichte aanpak (preventie, zorg, wonen en welzijn), samenwerking tussen relevante organisaties en partijen en het bereiken van burgers met een passend aanbod.

3. Het vergaren van inzicht in hoe de leemte in de gezondheidszorg in de aandachtswijken door de komst van de wijkverpleegkundige opgelost kan worden.
4. Mede op basis van de in het programma opgedane ervaringen zorg dragen voor de inhoudelijke, financiële en organisatorische verankering en de borging van resultaten en verkregen inzichten in de wijkverpleegkundige functie in de lokale context.

Vragen van de opdrachtgever door ZonMw mee te nemen in de evaluatie

Gaandeweg het programma bleek dat de opdrachtgever - ministeries van VWS en BZK - meer waarde hechtten aan de volgende evaluatievragen (ZonMw, Zelfevaluatie, 2014, Bijlage D).

Onderstaande vragen zijn door VWS en BZK in oktober 2012 opgesteld en door ZonMw geordend naar onderwerp.

- Inzet wijkverpleegkundigen
 - Is de inzet van 250 wijkverpleegkundigen per jaar bereikt?
 - Zijn dit echt verpleegkundigen of wordt de schakelfunctie door andersoortig beroep vervuld? Zo ja welke zijn dat dan?
 - Wat is de verdeling tussen daadwerkelijk ‘handen aan het bed’ en ‘nieuwe’ taken als coördinatie en regie, advisering en doorverwijzing, signalering en probleemanalyse?
- Bereik doelgroep en resultaten
 - Hoe wordt wijkverpleegkundige hulp gepromoot/de beschikbaarheid bekend gemaakt onder bewoners?
 - Wat is het aantal huishoudens met gezondheidsachterstanden dat bereikt wordt. Is hier ook al iets te melden over de aanpak/oplossingen/effecten van deze contacten/ingrepen door de wijkverpleegkundigen?
 - Hoeveel buurtbewoners weten dat de wijkverpleegkundige hulp kan bieden in de vorm van zorginzet, voorlichting en doorverwijzing?
 - Welke groepen bewoners maken gebruik van wijkverpleegkundige hulp en welke niet, en waarom?
- Samenwerking in de wijk
 - Een overzicht van gesignaleerde knelpunten op wijkniveau en op welke wijze is de wijkverpleegkundige in staat deze knelpunten op te lossen?
 - Welke toegevoegde waarde heeft de wijkverpleegkundige t.o.v. de signalering, doorverwijzing en samenwerking met de lokale disciplines en organisaties?
 - Op welke manier loopt het contact met de verschillende partijen?
- Functie en functioneren van de wijkverpleegkundigen
 - Is de wijkverpleegkundige een spin in het web/casemanager? Zo ja, op welke manier?

- In hoeverre draagt de wijkverpleegkundige bij aan de integrale aanpak?
- Hoe komt de beoogde link tussen preventie en zorg tot uiting in de praktijk?
- Is de beoogde samenhang inderdaad in de begeleiding en de praktijk terug te vinden?

Aanpak in het programma

De aanpak kent de volgende onderdelen:

- Er is gewerkt met subsidierondes waarbij eisen werden gesteld aan de inhoud van de projectaanvragen (om te sturen).
- Elk project had een projectleider die gefinancierd werd vanuit het programma. De projectleider fungeerde als kwartiermaker en coördinator. Deze verzorgde de contacten met samenwerkingspartners en de werving van de wijkverpleegkundigen. Bij de start van projecten hebben projectleiders en wijkverpleegkundigen aandacht besteed aan het verkrijgen van draagvlak in de eigen organisatie en bij samenwerkingspartners, zowel bestuurlijk als op uitvoeringsniveau.
- ZonMw ondersteunde projecten in de vorm van thematische bijeenkomsten, informatievoorziening (website), vraagbaak ('Zichtbare schakel'-team) en voor de registratie van cliëntgegevens is een tool ontwikkeld en benut. (Voor een overzicht van bijeenkomsten zie bijlage H van de Zelfevaluatie, ZonMw, 2014).
- Er is een ambassadeursnetwerk ingericht om wijkverpleegkundigen te ondersteunen om zichtbaar te worden voor stakeholders, zoals andere partijen voor wonen, zorg en welzijn in de eerstelijns, maar ook voor gemeenten, zorgverzekeraars en landelijke politiek. Vanuit het netwerk werden ze ondersteund om met hen in contact te treden en afspraken te maken.
- In het programma zijn evaluaties / onderzoeken uitgevoerd, op basis waarvan de focus van het programma is bijgesteld en resultaten en inzichten vastgesteld.
- Er is veel bekendheid gegeven over (inzichten uit) het programma via bijeenkomsten (zie bijlage H van de Zelfevaluatie, ZonMw, 2014) en publicaties (zie bijlage i en j van de Zelfevaluatie). Ook via de beroepsvereniging van zorgprofessionals, V&VN, is veel publiciteit aan het programma gegeven; en via andere partijen (bijvoorbeeld ActiZ).

Monitoren

In de Zelfevaluatie (ZonMw, Zelfevaluatie, 2014, p. 18) staat dat het monitoren van de 'Zichtbare schakel'-projecten en het tussentijds evalueren van het programma veel aandacht heeft gekregen, om:

- de uitvoering van de projecten goed te kunnen volgen, en eventueel tussentijds te kunnen bijsturen op de kwaliteit van de uitvoering van het project.
- de informatie te kunnen verzamelen voor de verantwoording aan de ministeries van VWS en BZK, bijvoorbeeld ten aanzien van de inzet van extra wijkverpleegkundigen,

het bereik van het aantal huishoudens, de samenwerkingspartners en de toegevoegde waarde van de wijkverpleegkundigen

- de resultaten van de projecten goed in kaart te kunnen brengen voor de onderbouwing van de borging van de projecten.

Dit heeft in het programma als volgt vorm gekregen:

- door het opvragen en beoordelen van voortgangsverslagen, na zes of negen maanden en vervolgens jaarlijks, met aandacht voor:
 - voortgang
 - inzet van extra capaciteit wijkverpleegkundigen
 - activiteiten die in de wijk werden uitgevoerd
 - of en hoe wijkbewoners betrokken werden
 - welke knelpunten ze tegenkwamen
 - activiteiten die ingezet werden voor het borgen van de extra inzet wijkverpleegkundigen en de werkwijze die binnen de projecten werden ontwikkeld (concept Zelfevaluatie, p. 20).
- door het beoordelen van eindverslagen
- voortgangsoverleg met projecten en werkbezoeken (indien tussentijdse verslagen daar aanleiding toe gaven)
- registratiesysteem voor de cliëntgebonden contacten
- tussentijdse evaluatie van het programma (Poortvliet en Wassink, 2011, Tussenbalans / intern rapport; publieksversie 'ZonMw, Tussenbalans Zichtbare schakel, De wijkverpleegkundigen voor een gezonde buurt').

