

CAOP

Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen

2015-2019



Ineke Bloemendaal
Gerard van Essen
Sophie Kramer
Willem van der Windt

Oktober 2015

Voorwoord

Met de transitie in de extramurale verpleging en verzorging en de veranderde rol en positie van de wijkverpleegkundige, dient zich de vraag aan of er nu en straks wel voldoende wijkverpleegkundigen zijn om (opnieuw) te fungeren als spil van de zorg in de wijk en de bijbehorende taken (indiceren en organiseren van zorg) op te pakken. Dit onderzoek richt zich op deze vraag en sluit voor de beantwoording daarvan aan bij de Toekomstverkenning 2015-2019 uit het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

De Toekomstverkenning (AZW, 2015) richt zich op de verpleegkundige, verzorgende en sociaal-agogische beroepen. Het maakt gebruik van een landelijk rekenmodel waarin vraag en aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel tegen elkaar wordt afgezet. Hbo-verpleegkundigen maken deel uit van het model. De bedoeling is om daar voortaan, als verbijzondering van de hbo-verpleegkundige, ook de wijkverpleegkundige in mee te nemen. Het huidige onderzoek is daarbij een startpunt, waarbij zoveel mogelijk alle informatie die nodig is voor het model wordt verzameld, maar dan toegespitst op de wijkverpleegkundige. Voortaan wordt dan vraag naar en aanbod van wijkverpleegkundigen meegenomen in de periodieke landelijke ramingen.

Dit onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie. Deze bestaat uit Devie Rusch (ActiZ), Lindy Hilgerdenaar (BTN), Mariska de Bont (V&VN), Helène Meurs (vertegenwoordiger gezamenlijke zorgverzekeraars) en Aloys Kersten en Sanneke Schepman (beiden VWS). De begeleidingscommissie is tijdens het onderzoek vier keer bijeen gekomen. Zij heeft gefungeerd als klankbord bij de uitvoering van het onderzoek en heeft beslissingen genomen over de concrete uitvoering ervan en de keuze van parameters voor het rekenmodel. Daarnaast heeft de begeleidingscommissie VWS geadviseerd over de waarde en de status van het rapport.

De onderzoekers bedanken de begeleidingscommissie voor hun inzet, discussies en bijdragen tijdens de verschillende bijeenkomsten die geleid hebben tot deze rapportage.

De auteurs

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting en mogelijke oplossingen	7
1 Inleiding	13
1.1 Onderzoeksvragen	14
1.2 Afbakening van de onderzoeksgroep	14
1.3 Leeswijzer	16
2 Opzet van het onderzoek	17
2.1 Een modelmatige benadering van de werking van de arbeidsmarkt	17
2.2 Nadere operationalisering van het model	18
2.3 Informatieverzameling	19
2.3.1 Omvang van Werkgelegenheid en Werkproces	20
2.3.2 Toekomstige vraag naar wijkverpleegkundigen	21
2.3.3 Toekomstig aanbod aan wijkverpleegkundigen	22
2.3.4 Vraag-aanbod berekeningen (modelberekeningen)	22
3 De wijkverpleging: beleidscontext en implementatie	23
3.1 Transitie van AWBZ naar Zorgverzekeringswet	23
3.1.1 Nieuwe visie op de wijkverpleging	23
3.1.2 Financieel kader	24
3.1.3 Toekomstig beleid	25
3.1.4 Aandachtspunten voor toekomstig beleid	25
3.2 Expertisegebied wijkverpleging en overgangsafspraken	26
3.3 Zorginkoop in de praktijk	27
3.3.1 Overgangsjaar 2015	27
3.3.2 Sturing op doelmatigheid en kwaliteit	28
3.3.3 Ontwikkeling inkoop in 2016	28
3.4 Implementatie van de veranderingen in de praktijk	29
3.4.1 Indiceren individuele zorg	29
3.4.2 Wijkgerichte zorg	30
3.4.3 Knelpunten bij de implementatie	31
3.5 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor wijkverpleegkundigen	32
3.5.1 Vraag naar wijkverpleegkundigen	32
3.5.2 Aanbod van wijkverpleegkundigen	33
4 Resultaten uit de vragenlijstonderzoeken	35
4.1 Resultaten enquête zorgaanbieders	35
4.1.1 Samenstelling personeelsbestand	35
4.1.2 Inhuur van personeel	38
4.1.3 Tijdsbesteding van hbo- en mbo-verpleegkundigen	38
4.1.4 Tekorten aan personeel	39
4.1.5 Toekomstige ontwikkeling werkgelegenheid	41
4.1.6 Toekomstige samenstelling werkgelegenheid	42
4.1.7 Indicatiestelling op langere termijn	43
4.1.8 Stages	44
4.2 Resultaten online enquête opleidingsinstellingen	44

4.2.1	Opleidingsvarianten bij de aanbieders en aanbod aan studenten	45
4.2.2	Ontwikkeling van het aantal opleidingsplaatsen voor de hbo-verpleegkunde	45
4.2.3	Keuzes van studenten voor de thuiszorg/wijkverpleging: nu en in de toekomst	46
4.2.4	Concrete activiteiten gericht op een grotere instroom vanuit de hbo-verpleegkunde naar de thuiszorg	48
5	Parameters voor de vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen	49
5.1	Gebruikte parameters	49
5.1.1	Aantal werkzamen (1)	49
5.1.2	Onvervulde vacatures (2)	50
5.1.3	Werkzaamheden die nu door anderen dan hbo/wijkverpleegkundigen gedaan worden (3)	51
5.1.4	Mutatie werkgelegenheid (4)	51
5.1.5	Verandering inzet van wijkverpleegkundigen en anderen (5)	52
5.1.6	Ontwikkeling in de deeltijdfactor (6)	53
5.1.7	Vervangingsvraag (7)	53
5.1.8	Initieel aanbod uit opleiding (8)	53
5.1.9	Mbo-ers die 'opscholen' (9)	54
5.1.10	Instroom van buitenaf (10)	54
5.1.11	Doorstroom binnen de sector Zorg en WJK	55
5.2	Uitkomsten van het rekenmodel voor vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen	55
5.3	Gevoeligheidsanalyse	56

Gebruikte onderzoeksliteratuur en beleidsstukken

Bijlage 1 Overzicht van gesprekspartners

Bijlage 2 Uitkomsten van het rekenmodel

Managementsamenvatting en mogelijke oplossingen

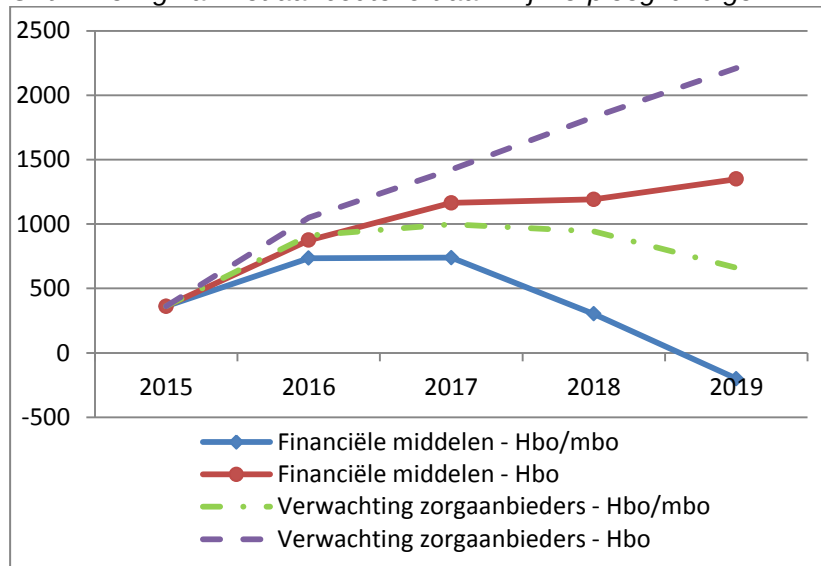
Samenvatting belangrijkste uitkomsten

Momenteel werken naar schatting 8800 hbo/wijkverpleegkundigen¹ in de thuiszorg. Deze groep bestaat uit ongeveer 7560 wijkverpleegkundigen, 955 gespecialiseerd verpleegkundigen en 285 casemanagers dementie.

De komende jaren is sprake van omvangrijke tekorten aan wijkverpleegkundigen. Afhankelijk van het gekozen scenario's zijn er in 2019 tussen de 10.000 en 13.500 hbo/wijkverpleegkundigen in de thuiszorg nodig. Dit is een toename ten opzichte van 2015 van 8% tot 45%.

Voor het komende jaar stijgt het tekort in hoog tempo, van 360 in 2015 naar 750-1000 in 2016. In onderstaande figuur is de ontwikkeling van de tekorten te zien over de periode 2015-2019 volgens vier scenario's. Voor alle scenario's geldt dat de tekorten in 2016 sterk oplopen, daarna is de ontwikkeling van het tekort afhankelijk van het gekozen scenario.

Ontwikkeling van het aanbodtekort aan wijkverpleegkundigen in vier scenario's



In onderstaand kader staan de scenario's beschreven.

Bij de twee 'hbo-scenario's' loopt het tekort na 2016 verder op, hoewel minder sterk dan in het eerste jaar. De tekorten aan wijkverpleegkundigen volgens deze 'hbo-scenario's' zijn in 2019 respectievelijk 1350 en 2200 bij vraagontwikkeling volgens 'Financiële middelen' en 'Verwachting Zorgaanbieders'.

Scenario's voor de ontwikkeling van vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen

- **'Financiële middelen'**, waarbij een vraagontwikkeling is doorgerekend die past bij de financiële middelen die beschikbaar zijn voor de extramurale verpleging en verzorging volgens de overheidsbegroting.
- **'Verwachting zorgaanbieders'**, waarbij we aansluiten bij de ontwikkeling van de zorgvraag volgens zorgaanbieders.

Deze twee scenario's zijn gecombineerd met twee manieren van werkverdeling tussen hbo/wijkverpleegkundigen en mbo-verpleegkundigen:

- **'Hbo'**, waarbij in de toekomst uitsluitend hbo/wijkverpleegkundigen de specifieke taken rond indiceren en organiseren van zorg op zich nemen.
- **'Hbo/mbo'**, waarin de huidige situatie waarin ook mbo-verpleegkundigen een deel van deze taken op zich nemen wordt gecontinueerd.

¹ Dit onderzoek richt zich op wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn in de thuiszorg, waarbij we ook de hbo-verpleegkundigen 'meenemen' die vanuit een andere positie dan een wijkteam patiëntgerichte en/of wijkgerichte zorg uitvoeren (casemanager dementie, lid van verpleegtechnisch team).

In de 'Hbo/mbo scenario's', waar de huidige werkwijze wordt gecontinueerd en mbo-verpleegkundigen een zelfde deel van de werkzaamheden rond 'indiceren en organiseren van zorg' blijven doen als nu, zien we een stabilisering van het tekort. Afhankelijk van het vraagscenario vindt deze stabilisering plaats direct na 2016 of na 2017. Het tekort bereikt dan een maximum van 700-1000 hbo/wijkverpleegkundigen, waarna de afname inzet. Uitsluitend in het scenario 'Financiële middelen – Hbo/mbo' is in 2019 een balans bereikt tussen vraag en aanbod van hbo/wijkverpleegkundigen en ontstaat zelfs een licht overschot.

Uitgevoerde gevoeligheidsanalyses op de methodiek bevestigen dit beeld.

Duidelijk is dat de tekorten aan wijkverpleegkundigen fors zijn in de periode tot 2019, en dat dit een uitdaging met zich meebrengt voor relevante partijen in de thuiszorg. Men zal er niet aan ontkomen om kritisch te kijken naar een combinatie van maatregelen. Hieronder staat een opsomming van 'knoppen' waaraan gedraaid kan worden om de tekorten te beperken.

Maatregelen gericht op vergroting van het aanbod van wijkverpleegkundigen

Verhoging van het aandeel thuiszorgkiezers in de hbo-verpleegkunde

In de analyses is uitgegaan van een toenemend aandeel studenten hbo-verpleegkunde dat kiest voor de thuiszorg. Volgens de opleiders is dit aandeel anno 2015 16% en zal dit de komende jaren stijgen naar 25%, mede als gevolg van de toegenomen aandacht voor Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) in de opleiding², wervingscampagnes en een beter imago van de thuiszorg. Dit betekent dat in de periode 2015-2019 bijna 440 extra wijkverpleegkundigen instromen in de thuiszorg, waarmee het aantal thuiszorgkiezers in deze periode uitkomt op ruim 2240.

Het op deze wijze verhogen van het aandeel thuiszorgkiezers zal al niet eenvoudig zijn, vanwege de forse concurrentiestrijd om hbo-verpleegkundigen met de UMC's, GGZ en gehandicaptenzorg. Toch is het denkbaar dat getracht wordt om deze ambitie nog te overtreffen waardoor nog meer hbo-studenten zullen kiezen voor de thuiszorg.

Wegnemen van belemmeringen bij de opleiding tot wijkverpleegkundige

Zorgaanbieders en opleiders zijn het in hoge mate eens over de belangrijkste belemmeringen voor het verhogen van het aantal thuiszorgkiezers. Het grootste deel van de genoemde knelpunten heeft betrekking op de kwantiteit en kwaliteit van de stageplaatsen en stagebegeleiding. Zowel zorgaanbieders als opleiders wijzen op een tekort aan hbo-verpleegkundigen om stagiaires te kunnen begeleiden en te kunnen dienen als hbo-rolmodel.

Mogelijkheden voor het wegwerken van de belemmeringen zijn:

- Investeren in meer en betere begeleiding, waarbij door inzet van meer innovatieve stageconcepten meer leer- en onderzoeksmogelijkheden worden gecreëerd;
- Zorgaanbieders met veel wijkverpleegkundigen motiveren om een extra investering te leveren en waar nodig samenwerking tussen zorgaanbieders realiseren om volwaardige stageplekken te kunnen maken;
- Investeren in scholing voor wijkverpleegkundigen zodat zij kunnen worden ingezet als docent op de hbo-verpleegkunde opleiding;
- Gerichte aandacht schenken aan specifieke aspecten van het werk zoals 'alleen werken', en stages, inwerk- en begeleidingstrajecten daarop afstemmen.

Vergroten van het aanbod aan wijkverpleegkundigen vanuit eigen personeel

Zorgaanbieders investeren momenteel al fors in het opscholen van hun mbo-verpleegkundigen. Inschatting van de zorgaanbieders is dat momenteel 9% van hun mbo-verpleegkundigen de opleiding tot hbo-verpleegkunde doet. Dit leidt tot een extra instroom van hbo-verpleegkundigen van 300 tot 400 per jaar. Volgens de zorgaanbieders heeft daarnaast 13% van de mbo-verpleegkundigen de

² Begin dit jaar presenteerden de hogescholen het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor of Nursing. Hierin is meer aandacht voor MGZ naar aanleiding van veranderingen in de zorg zoals onder meer de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg, meer accent op gezondheid, gezond gedrag en participatie, toename van complexiteit en comorbiditeit, en het belang van interprofessioneel samenwerken.

potentie én bereidheid om zich op te scholen naar hbo-niveau. In het rekenmodel is rekening gehouden met deze intensivering van opscholing.

Opscholing van mbo-verpleegkundigen kan mogelijk verder worden gestimuleerd door het aanbieden van meer flexibele opleidingstrajecten voor mbo-verpleegkundigen. Vooral de private aanbieders zien kansen voor het uitbreiden van hun Incompany trajecten met verkorte opleidingen. Deze zijn, met een duur van 1,5 tot 2,5 jaar korter dan de verkorte opleidingsvarianten van de hogescholen (3 jaar). Momenteel is één private aanbieder geaccrediteerd, daarnaast loopt er ten minste nog één aanvraag. Naar de toekomst is onduidelijk wat de potentie van deze opleidingen zal zijn, en in welke mate zij nieuw (extra) aanbod zullen aanboren en/of versneld het tekort doen teruglopen.

Op het terrein van 'opscholing' zijn al de nodige acties gaande. Het programma 'Zichtbare schakel fase 2: Opleidingsimpuls wijkverpleegkundigen' is onder meer gericht op het bevorderen van de doorstroom van mbo-v naar hbo-v. (ZonMw, 2015). Daarnaast heeft het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA, 2015) onderzoek gedaan naar de mogelijkheden en kansen voor verkorte en flexibele doorstroming van mbo-v naar hbo-v. Dit levert een aantal aanknopingspunten voor onderwijsinstellingen en zorgaanbieders om de doorstroming van mbo-v naar hbo-v verder te verbeteren.

Verhoging van de instroom in de initiële opleiding hbo-verpleegkunde

Hoewel het verhogen van de instroom in de hbo-verpleegkunde nu pas effect heeft na 2019, kan dit een maatregel zijn die aansluit bij de bredere vraag naar hbo-verpleegkundigen in meerdere branches. Een belangrijke voorwaarde is dat de eerder genoemde belemmeringen rond stages opgeheven worden.

Beeldvorming over de thuiszorg en de wijkverpleegkundige verbeteren

Actiz en V&VN zijn in het voorjaar 2015 gestart met de campagne 'Daar zit meer achter' om hbo-opgeleide verpleegkundigen te interesseren voor de ouderenzorg en de wijkverpleging. Daarin wordt een beeld geschetst van de diversiteit en complexiteit van de ouderenzorg (Bron: www.daarzitmeerachter.nl).

Aanvullingen hierop vanuit onze onderzoeksresultaten zijn:

- Aansluiten bij de belangrijkste redenen (volgens opleiders) waarom hbo-v'ers ook nu al kiezen voor thuiszorg. Dit zijn 'de veranderde positionering van de wijkverpleegkundige in de eerste lijn', 'de inhoudelijke ontwikkelingen in het beroep', en 'het werken in een wijkteam met een grote zelfstandigheid'.
- Potentiële en beginnende hbo-v'ers beter informeren over de wijkverpleging, door snuffelstages te organiseren, wijkverpleegkundigen uit te nodigen voor presentaties op hogescholen, potentiële hbo-v'ers informeren, etc. Het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor of Nursing biedt door het accent op een meer generalistische beroepsuitoefening volgens de nieuwe visie op gezondheid en participatie, goede mogelijkheden om de thuiszorg beter voor het voetlicht te brengen.

Vanzelfsprekend spelen ook goed werkgeverschap, het bieden van vaste contracten, en een goede salariering een belangrijke rol bij de aantrekkingskracht van een branche.

Instroom vanuit andere branches/bedrijfstakken

De aantrekkelijkheid van de nieuwe functie van wijkverpleegkundige biedt mogelijk kansen voor meer instroom vanuit andere zorgbranches naar de thuiszorg. Dit saldo van in- en uitstroom is momenteel in het rekenmodel op '0' gesteld, op basis van eerder onderzoek. Dit betekent dat het aantal hbo-verpleegkundigen dat vanuit de thuiszorg vertrekt naar andere zorg- en welzijnsbranches, net zo hoog is als het aantal dat vanuit die andere branches naar de thuiszorg gaat. Mogelijk kan deze balans zich ontwikkelen in het voordeel van de thuiszorg. Bijvoorbeeld: Als de uitstroom vanuit de thuiszorg naar de andere branches afneemt met 10% levert dit ruim 300 extra wijkverpleegkundigen op in 2019.

Overige

Daarnaast is van belang dat ook alle zzp-ers die als wijkverpleegkundige willen werken, benut worden. Er zijn signalen dat zorgverzekeraars weinig tot geen contracten afsluiten met zzp-ers of dit uitsluitend doen voor specialistische zorg zoals intensieve kindzorg en terminale zorg.

Maatregelen gericht op verkleinen van de vraag naar wijkverpleegkundigen

Landelijke partijen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders verwachten dat de vraag naar wijkverpleegkundigen de komende jaren zal toenemen. Zij signaleren een toenemende zorgvraag en zorgcomplexiteit en een niet afnemend takenpakket voor wijkverpleegkundigen. Hoewel hulpmiddelen mogelijk tot minder zorgvraag kunnen leiden, is de verwachting dat dit weinig invloed zal hebben op de vraag naar wijkverpleegkundigen, maar eerder gevolgen zal hebben voor andere kwalificaties. Hieronder volgen enkele mogelijkheden om de vraag naar wijkverpleegkundigen minder hard te laten groeien of enigszins uit te stellen.

Verlengen van de overgangsperiode

Volgens het normenkader van V&VN (2014) zijn hbo-competenties nodig voor het indiceren en organiseren van zorg volgens de nieuwe visie op ziekte en gezondheid, waarbij voor een overgangsperiode ook mbo-verpleegkundigen onder voorwaarden deze taken mogen verrichten. Deze overgangsperiode is ingesteld omdat zorgaanbieders (nog) niet kunnen beschikken over voldoende wijkverpleegkundigen. Aangezien dat de komende jaren niet anders zal zijn, pleit dat voor een verlenging van de overgangsperiode. Deze loopt nu tot 2017 en zou kunnen worden afgestemd op de ontwikkeling van het tekort aan hbo/wijkverpleegkundigen. Dit geeft zorgaanbieders de mogelijkheid om geleidelijk toe te groeien naar de situatie waarin alleen wijkverpleegkundigen deze taken uitvoeren.

Heropenen van de discussie over wie mag indiceren en zorg organiseren

Hoewel er breed draagvlak is voor de visie dat hbo-competenties nodig zijn om invulling te geven aan de nieuwe rol en positionering van de wijkverpleegkundige, zijn verschillende partijen van mening dat ook ervaren mbo-verpleegkundigen de taken rond indiceren en zorg organiseren kunnen verrichten. In de huidige praktijk voeren mbo-verpleegkundigen voor een deel deze taken uit en zij besteden hieraan gemiddeld ruim 6% van hun tijd. Een deel van de zorgaanbieders is van plan dit beleid te continueren. Gegeven de hoge tekorten aan hbo/wijkverpleegkundigen in de komende jaren, en opvattingen bij verschillende partijen, lijkt het zinvol om hierover opnieuw de discussie aan te gaan. Belangrijkste vragen daarbij zijn: Is de huidige werkwijze wenselijk vanuit zorgvisie en kwaliteitszorg? Onder welke voorwaarden kunnen ook anderen dan de hbo/wijkverpleegkundigen (een deel) van het indiceren en zorg organiseren uitvoeren?

Meer aandacht voor doelmatige inzet wijkverpleegkundigen

Om de capaciteit van hbo/wijkverpleegkundigen zo goed mogelijk te benutten, is een doelmatige inzet van deze beroepsgroep van groot belang. Aangrijpingspunten daarvoor die uit dit onderzoek naar voren komen zijn onder meer:

- *Taakherschikking kan leiden tot minder druk op de hbo/wijkverpleegkundigen.* Mbo-ers en verzorgenden-ig kunnen mogelijk meer taken overnemen of onder supervisie uit gaan voeren. Het gaat hier niet perse over indiceren en organiseren van zorg (zie hierboven), maar om andere taken zoals evaluatiegesprekken, teamwerkzaamheden, e.d. Kanttekening hierbij is wel dat er ook aan mbo-verpleegkundigen een tekort bestaat. In elk geval zal aanvullende scholing nodig zijn.
- *Clïëntplanning door de wijkverpleegkundig.* Het 'Op maat' afspraken over de frequentie waarmee de hbo/wijkverpleegkundige de cliënten ziet na de fase van indiceren en toewijzing/ organiseren van zorg, is nodig voor een efficiënte inzet van wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige wordt dan niet ingezet om routes/rijtjes te lopen, maar plant zelf in welke cliënt ze met welke frequentie wil zien. Dit kan overigens alleen als andere zorgverleners de ogen en oren zijn van de hbo/wijkverpleegkundige.
- *Inzet van de hbo/wijkverpleegkundige in de sociale wijkteams.* Uit dit onderzoek komt naar voren dat er grote verschillen zijn in efficiency van werkwijzen in sociale wijkteams en de inzet die dit vergt van de wijkverpleegkundige.

- *Terugbrengen van de administratieve last.* Hierbij lijken overheid, Nza, zorgverzekeraars, maar ook zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen zelf, zowel een gezamenlijk belang als gezamenlijke verantwoordelijkheid te hebben.
- *Scholing van thuiszorgmedewerkers.* Wijkverpleegkundigen hebben in hun teams een voorsprong door hun scholing op het terrein van indiceren en organiseren van zorg conform de nieuwe visie op zorgverlenen. Kennis hierover en draagvlak bij de rest van de teamleden voor deze nieuwe werkwijze is van belang voor een efficiënte zorgverlening.

1 Inleiding

De wijkverpleegkundige is terug als spil van de zorg in de wijk. Met kwalitatief goede zorg dicht bij huis moet zij of hij ervoor zorgen dat ouderen en mensen met een chronische ziekte de juiste zorg krijgen waardoor zij langer thuis kunnen wonen. Ze heeft sinds 1 januari 2015 daarom ook meer 'regelruimte' gekregen. De wijkverpleegkundige heeft nu de zelfstandige bevoegdheid om de indicatie te stellen, om de zorg die nodig is zelf te bepalen zonder tussenkomst van de huisarts of het CIZ. De wijkverpleegkundige legt vanuit een onafhankelijke rol de verbinding met de verschillende disciplines in de sociale wijkteams die gemeenten inrichten om een integraal aanbod van zorg en welzijn te organiseren.

In dit rapport refereren we regelmatig aan de specifieke wijkverpleegkundige taken 'indiceren en organiseren van zorg'. Hierbij bedoelen we echter steeds de bredere invulling die de wijkverpleegkundige geeft aan de hier geschetste rol. Deze omvat alle taken die nodig zijn om invulling te geven aan de nieuwe rol en positionering en houdt aanmerkelijk meer in dan het indiceren en organiseren van zorg.

Met ingang van 1 januari 2015 is extramurale verpleging en persoonlijke verzorging uit de AWBZ opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Van daaruit wordt de geleverde extramurale verpleging en verzorging geïndiceerd. Het gaat in de aanspraak Wijkverpleging om *"zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop"* (Ministerie van VWS, 4 maart 2014).

Door de transities in de langdurige zorg, jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en arbeidsvoorziening hebben daarnaast gemeenten een belangrijke positie gekregen. Ze zijn integraal verantwoordelijk voor de jeugdzorg, hebben nieuwe taken binnen de Wmo gekregen en moeten een grotere groep mensen aan het werk helpen. Hierdoor ontstaat het sociaal domein waarop gemeenten regie voeren. Wijkverpleegkundigen vervullen hierin ook een rol die per gemeente wisselend kan zijn. Zij verlenen wijkgerichte zorg met als doel om de gezondheid, zelfredzaamheid en participatie van bewoners in de wijk te bevorderen. Financiering van de wijkgerichte taken die in het kader van deze rol worden uitgevoerd loopt anno 2015 gedeeltelijk via de Zvw en gedeeltelijk via de gemeenten.

De geschetste transities hebben consequenties voor de inzet van de verschillende zorgprofessionals in de thuiszorg, zowel kwalitatief als kwantitatief. Verschillende initiatieven zijn ontplooid om de vraagstukken die dit met zich meebrengt verder te verkennen. Landelijke partijen (o.m. ActiZ, BTN, V&VN) hebben een belangrijke rol gespeeld bij de vertaling van de nieuwe visie op extramurale verzorging en verpleging naar de inhoudelijke zorgverlening in de praktijk. V&VN heeft met het document Expertisegebied wijkverpleegkundige (V&VN, 2012) opnieuw vorm gegeven aan het beroep van wijkverpleegkundige. In *Toewerken naar voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen in de wijkverpleging* schetsen ActiZ, BTN en V&VN (2014) een inhoudelijk kader waar vanuit kwalitatief goede zorg kan worden geleverd met oog voor een aantal uitvoeringsproblemen en oplossingen daarvoor.

Een belangrijk vraagstuk is of er nu en straks wel voldoende wijkverpleegkundigen zijn om de nieuwe taken op te pakken. Ten eerste is niet precies bekend hoeveel wijkverpleegkundigen er op dit moment in de wijkverpleging werkzaam zijn. Er circuleren verschillende schattingen, variërend van 6.000 wijkverpleegkundigen volgens V&VN (2014) tot 9.300 verpleegkundigen op hbo-niveau in de Toekomstverkenning (AZW, 2015). Ten tweede is niet precies bekend hoe vraag en aanbod zich tot elkaar verhouden en hoe zich dat de komende jaren ontwikkelt. Volgens onderzoek van ActiZ en BTN (2014) zijn er in 2015 bijna 1.600 extra hbo-opgeleide verpleegkundigen nodig en loopt dat jaarlijks verder op. De vraag is of er voldoende aanbod is om aan die extra vraag te voldoen. Daarnaast concluderen ActiZ en BTN dat er een kwaliteitsslag gemaakt moet worden om de huidige wijkverpleegkundigen bij te scholen op de nieuwe competenties.

Dit onderzoek richt zich op vraag naar en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019 en sluit daarvoor aan bij de Toekomstverkenning 2015-2019 uit het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW, 2015). In het ramingsmodel van de Toekomstverkenning worden vraag en aanbod van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel tegen elkaar afgezet. Dit

rapport is een opmaat om in de toekomst ook de wijkverpleegkundige, als verbijzondering van de hbo-verpleegkundige, mee te nemen in dit model.

1.1 Onderzoeksvragen

Kernvraag van dit onderzoek is of er nu en in de toekomst voldoende wijkverpleegkundigen zijn om te voldoen aan de vraag. Deze vraag kan niet simpelweg beantwoord worden met het doortrekken van trends uit de voorgaande jaren. Daarvoor zijn de veranderingen in de visie op thuiszorg, de positionering van de wijkverpleegkundige hierin en de daarmee gepaard gaande veranderingen in het werk van wijkverpleegkundigen te omvangrijk. Het is daarom belangrijk te onderzoeken hoe het werk van wijkverpleegkundigen gaat veranderen en wat dat betekent voor hun huidige en toekomstige inzet en voor het benodigde aanbod.

Van belang daarbij is dat we een iets bredere omschrijving van wijkverpleegkundige gebruiken in dit onderzoek en ook hbo-verpleegkundigen meenemen die vanuit een andere positie dan een wijkteam, eenzelfde soort rol vervullen. Voor een verdere toelichting hierop zie paragraaf 1.2.

Gegeven de veranderingen kunnen we de kernvraag in dit onderzoek als volgt specificeren:

Huidige situatie (Omvang werkgelegenheid en werkproces)

1. Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er momenteel werkzaam in de thuiszorg?
2. Zijn er momenteel tekorten aan wijkverpleegkundigen?
3. Hoe zien de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen er momenteel uit (2015)?

Ontwikkeling van vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen

1. Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er nodig in de toekomst?
2. Hoe ontwikkelt het aanbod van wijkverpleegkundigen zich, vanuit de opleiding of vanuit opscholing van mbo-verpleegkundigen?

Confrontatie van vraag en aanbod

1. Is er evenwicht tussen vraag naar en aanbod van wijkverpleegkundigen?
2. Welke mogelijkheden zijn er om (zo nodig) meer evenwicht te bereiken?

1.2 Afbakening van de onderzoeksgroep

Dit onderzoek richt zich op wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn in de thuiszorg. Het is het echter niet altijd duidelijk wie daarmee worden bedoeld. In de praktijk kunnen zowel mbo-verpleegkundigen als hbo-verpleegkundigen die werkzaam zijn in de wijk, wijkverpleegkundige worden genoemd. Het is daarom belangrijk om tot een juiste afbakening van de onderzoeksgroep en een goede omschrijving van de wijkverpleegkundige te komen. Voor de afbakening van onze onderzoeksgroep sluiten we aan bij de publicaties 'Beroepsprofiel Verpleegkundige' en 'Expertisegebied Wijkverpleegkundige' van V&VN (2012a en 2012b). Voor het benoemen van de kwalificatieniveaus, bijvoorbeeld mbo- of hbo-verpleegkundige, gebruiken we de NLQF indeling³: NLQF niveau 4 voor mbo-verpleegkundigen, NLQF niveau 6 voor hbo-verpleegkundigen.

Omschrijving wijkverpleegkundige

Conform de omschrijving van V&VN is een wijkverpleegkundige een hbo-opgeleide verpleegkundige (niveau NLQF 6), die handelt op basis van professionele autonomie en die de spil is van de zorg in de wijk. Kerndocumenten daarbij zijn het Beroepsprofiel verpleegkundige, en de specifiek voor de

³ Voor de kwalificatieniveaus sluiten we aan bij de NLQF indeling. NLQF is een overzicht van alle mogelijke kwalificaties die in Nederland te behalen zijn. Het is gekoppeld aan het Europese EQF, zodat alle opleidingen in Europa met elkaar vergelijkbaar zijn. Opleidingen op hbo-niveau zijn NLQF-niveau 6. Dit betekent niet dat er een nieuw niveau bij komt. NLQF is simpelweg een nieuw ordeningssysteem dat aansluit bij de EQF, in tegenstelling tot het oude ordeningssysteem vanuit 'Gekwalificeerd voor de toekomst (1996)', waarin hbo'ers niveau 5 waren. Voor de overige kwalificatieniveaus komt de NLQF-indeling overeen met de indeling in 'oude' niveaus.

wijkverpleegkundige ontwikkelde aanvulling hierop, het Expertisegebied wijkverpleegkundige (V&VN, 2012a en 2012b).

Voor dit onderzoek bedoelen we met een 'wijkverpleegkundige' uitsluitend de hbo-verpleegkundigen die werkzaam zijn in de wijk. Dit kunnen wijkverpleegkundigen zijn die vanuit een thuiszorgteam zorg indiceren en verlenen en wijkgerichte taken uitvoeren. Wij nemen hierbij echter ook de hbo-verpleegkundigen mee die vanuit een andere positie (dan een wijkteam) patiëntgerichte en/of niet-patiëntgerichte zorg uitvoeren (bijv. de casemanager dementie, lid van verpleegtechnisch team). Zij doen dit misschien niet vanuit een 'eigen' wijkteam, maar wel in nauwe afstemming met de wijkgerichte thuiszorgteams, en ook van hen worden competenties op hbo-niveau verwacht. Groepen die wij uitdrukkelijk niet als wijkverpleegkundige beschouwen, zijn:

- Hbo-opgeleide verpleegkundigen die weliswaar werkzaam zijn in de thuiszorg, maar andere functies vervullen (teammanagers, staf). Zie hiervoor ook aan het eind van deze paragraaf.
- Mbo-opgeleide verpleegkundigen die werkzaam zijn in de wijk (NLQF 4). Deze worden ook wel 'verpleegkundige in de wijk' genoemd. Voor een helder onderscheid gebruiken wij de term 'mbo-verpleegkundige'.

Relevante groepen in het kader van ons onderzoek

Om te bepalen hoeveel wijkverpleegkundigen volgens de bovenstaande omschrijving nodig zijn, is het niet voldoende om het onderzoek te beperken tot deze groep. Daarbij is het ook de vraag of alle zorgaanbieders momenteel (in voldoende mate) beschikken over de genoemde professionals. In het kader van een overgangsregeling (ActiZ, BTN en V&VN, 2014), voeren ook mbo-verpleegkundigen taken uit die tot het domein van de wijkverpleegkundige horen. Het gaat dus om het in kaart brengen van de huidige situatie, waarbij we zicht krijgen op de wijkverpleegkundigen en op de mbo-verpleegkundigen die taken uitvoeren die zijn toegewezen aan wijkverpleegkundigen. Aan de hand van onderstaand schema lichten we de huidige situatie bij zorgorganisaties en de relevante onderzoeksgroepen kort toe.

Schema 1.1 Relevante onderzoeksgroepen

	Hbo-verpleegkundige	Mbo-verpleegkundige
Voert patiëntgerichte en/of wijkgerichte taken (S1/S2 ⁴) uit die zijn toegewezen aan de wijkverpleegkundige	1	2
Voert geen patiëntgerichte en/of wijkgerichte taken (S1/S2) uit die zijn toegewezen aan de wijkverpleegkundige	3	4

Voor ons onderzoek zijn ten eerste alle verpleegkundigen van belang die momenteel patiëntgerichte en/of wijkgerichte taken uitvoeren die zijn toegewezen aan de wijkverpleegkundige (indiceren en organiseren van zorg, maar ook niet toewijsbare wijkgerichte preventie / deelname aan het sociale wijkteam). Dat kunnen zowel hbo- als mbo-verpleegkundigen zijn. In het schema gaat het om cel 1 en 2. Van de hbo-verpleegkundigen die de betreffende taken niet uitvoeren (3), willen we weten of zij deze taken in principe wel zouden kunnen en willen uitvoeren. In dat geval maken zij onderdeel uit van potentieel aanbod. Bij de mbo-verpleegkundigen uit cel 2 (en 4) is op dezelfde wijze van belang of zij de aanvullende opleiding willen en kunnen doen en of zij in opleiding tot hbo-verpleegkundige zijn.

Op basis van deze informatie kunnen we in kaart brengen wat, na afloop van de overgangsperiode, het werkelijke aantal benodigde wijkverpleegkundigen zal zijn, om de genoemde taken uit te voeren, en welk potentieel er is om huidige medewerkers bij- en op te scholen.

⁴ S1 heeft betrekking op niet toewijsbare, wijkgerichte zorg. S2 is van toepassing op toewijsbare, patiëntgerichte zorg (zie hoofdstuk 3).

Hbo-verpleegkundigen versus wijkverpleegkundigen

Met dit onderzoek willen we ook zicht krijgen op het huidige aantal wijkverpleegkundigen. Dit is de uitgangspositie voor de toekomstverkenning. Specifieke kwantitatieve gegevens over deze groep zijn echter onvolledig of ontbreken. De cijfers die wel beschikbaar zijn gaan doorgaans over de gehele groep hbo-verpleegkundigen in de thuiszorg, of zij nu wel of niet als (wijk)verpleegkundige werkzaam zijn. Dat een deel van de hbo-opgeleide verpleegkundigen in de thuiszorg andere functies vervult dan wijkverpleegkundige blijkt uit het tweejaarlijkse werknemersonderzoek zorg en welzijn dat in het kader van het AZW-programma wordt uitgevoerd. Relatief veel medewerkers die bijvoorbeeld een staf- of managementfunctie hebben, hebben een verpleegkundige, verzorgende of sociaal-agogische opleiding als achtergrond. Bij teamleiders/teammanagers ligt dit aandeel op 81%, bij management en staf op 53%. Aannemelijk is dat hierbij ook een aantal mensen zit die vroeger hbo-verpleegkundige zijn geweest. We beperken ons in dit onderzoek echter tot de hbo/wijkverpleegkundigen die wijkverpleegkundige zorg verlenen, die als gespecialiseerd verpleegkundige werkzaam zijn of als casemanager dementie⁵. Deze hele groep vatten we vanaf nu samen onder de term 'wijkverpleegkundige'. De beantwoording van de kernvraag van dit onderzoek is derhalve gericht op deze verpleegkundigen.

Voor het onderzoek verzamelen we zo veel mogelijk specifieke informatie over wijkverpleegkundigen. Waar gegevens over wijkverpleegkundigen ontbreken maken we gebruik van beschikbare informatie uit de eerder genoemde vraag-aanbod raming van het AZW-programma, waarin vraag naar en aanbod van hbo-verpleegkundigen wordt berekend. Waar dit gebeurt, maken we daar expliciet melding van.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de opzet van het onderzoek en de verschillende deelonderzoeken waarmee we de vraag naar en het aanbod van wijkverpleegkundigen in kaart brengen. In hoofdstuk 3 en 4 worden de resultaten beschreven. Hoofdstuk 3 geeft een beeld van de beleidsmatige context en de implementatie in de praktijk op basis van een beperkt aantal interviews met landelijke partijen en zorgaanbieders en beleidsstukken en andere documentatie. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van een tweetal enquêtes gepresenteerd.

De resultaten uit hoofdstuk 3 en 4 vormen de input voor het ramingsmodel, dat in hoofdstuk 5 wordt beschreven, waarna hoofdstuk 6 de uitkomsten presenteert van de berekeningen met het model. In Hoofdstuk 7 vatten we de belangrijkste uitkomsten samen en presenteren we onze conclusies en aanbevelingen.

⁵Dit neemt natuurlijk niet weg dat er ook hbo-verpleegkundigen zijn, die momenteel werkzaam zijn als teamleider/manager, en die terugkeren naar het vak van wijkverpleegkundige, naar aanleiding van de veranderingen in rol en positionering. Als zodanig zou ook dit een groep zijn met potentieel aanbod (groep 3 uit schema 1.1).

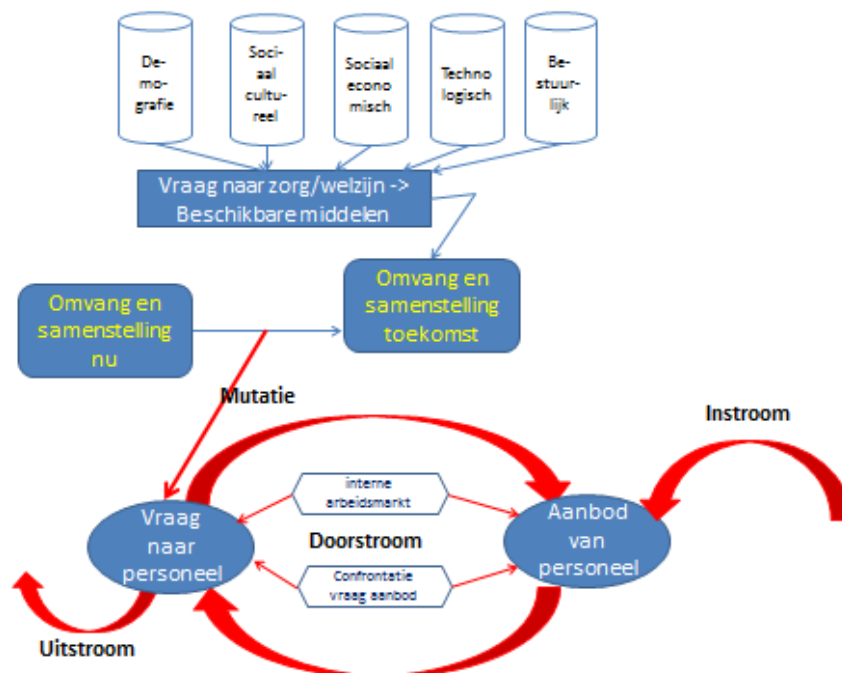
2 Opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk schetsen wij de opzet van het onderzoek en de onderzoeksinstrumenten die we inzetten om de ontwikkeling van de vraag naar en het aanbod van wijkverpleegkundigen in kaart te brengen. We bespreken eerst kort het conceptuele model dat ten grondslag ligt aan het onderzoek en vervolgens geven we aan hoe we informatie verzamelen over de parameters van het model ten behoeve van de raming.

2.1 Een modelmatige benadering van de werking van de arbeidsmarkt

Onderstaand arbeidsmarktmodel vormt een belangrijk uitgangspunt bij het AZW-programma en is ook leidend voor de toekomstverkenning van de arbeidsmarkt voor wijkverpleegkundigen.

Figuur 2.1 Schematische weergave Arbeidsmarktmodel



Bron: Toekomstverkenning, AZW 2015

Voor een toekomstverkenning van de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK (Welzijn en maatschappelijke dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang) is een groot aantal ontwikkelingen van belang. Doorgaans worden in dit type onderzoek de volgende elementen onderscheiden (Capaciteitsorgaan 2013, Arbeid in Zorg en WJK 2015):

- demografisch
- sociaal-cultureel
- sociaal-economisch
- technologisch
- bestuurlijk

De ontwikkelingen hierin hebben hun invloed op de omvang van de toekomstige vraag naar Zorg en WJK. Als het gaat om de effecten op de arbeidsmarkt moeten deze veranderingen hun neerslag vinden in middelen (particulier of collectief) die beschikbaar zijn om de vraag naar Zorg en WJK uit te oefenen. De verkenning van de toekomst op de arbeidsmarkt begint daarom met een vertaling wat dit betekent voor de omvang en samenstelling van het personeelsbestand in de komende jaren. Voor de arbeidsmarkt van wijkverpleegkundigen is bijvoorbeeld van belang wat de (dubbele) vergrijzing, de veranderende opvattingen over gezondheid en eigen verantwoordelijkheid, de beschikbare financiële middelen en hulpmiddelen (ICT, domotica, robotisering e.d.), de nieuwe visie op de langdurige zorg

betekenen voor de vraag naar extramurale verpleging en verzorging en voor de rol daarin van wijkverpleegkundigen.

Vervolgens gaat het om de *mutatie van omvang en samenstelling* van het personeelsbestand in Zorg en WJK ten opzichte van de situatie op het moment waarop de toekomstverkenning start. Voor dit onderzoek: hoeveel mensen werken in de extramurale verpleging en verzorging, hoe zijn de teams in de thuiszorg samengesteld, wat is het aandeel van wijkverpleegkundigen daarin en hoe gaat zich dit de komende jaren ontwikkelen als gevolg van veranderingen in de vraag en het werkproces. De mutaties ten opzichte van de huidige situatie vormen samen met het vertrek (*uitstroom*) de opgave voor de komende jaren: de vraag naar nieuwe wijkverpleegkundigen.

In de vraag naar wijkverpleegkundigen kan op twee manieren voorzien worden: doorstroom van reeds aanwezige wijkverpleegkundigen en de instroom van nieuw personeel. Deze vormen het aanbod van wijkverpleegkundigen. De doorstroom kan zich op verschillende wijzen voltrekken. Fysiek door van werkgever en/of branche te veranderen, maar ook door opscholing van het ene naar het andere kwalificatieniveau (bijvoorbeeld van mbo-verpleegkundige naar hbo-verpleegkundige).

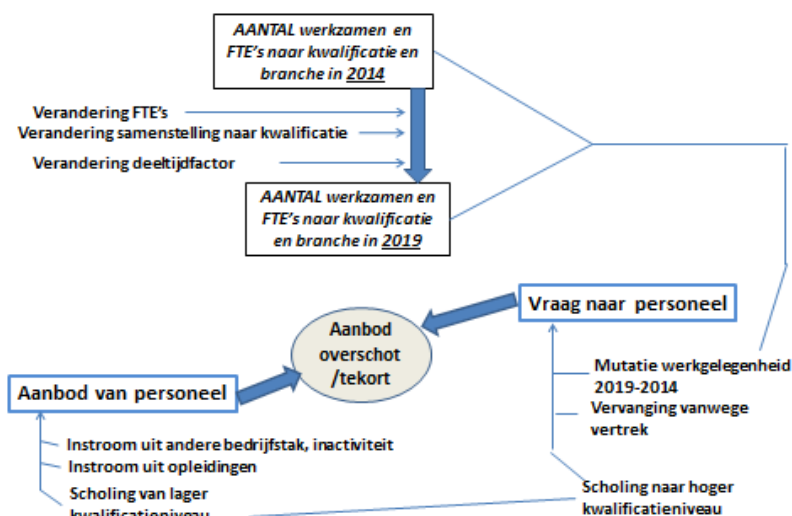
Uiteindelijk resulteert een confrontatie tussen vraag en aanbod. Is de discrepantie groot dan zullen de actoren op de arbeidsmarkt stappen ondernemen om deze te verkleinen. Die stappen zelf vallen vooralsnog buiten de analyse.

2.2 Nadere operationalisering van het model

De gehanteerde prognoseperiode voor de huidige Toekomstverkenning is 2014-2019 (AZW, 2015). Hierbij vormt 2014 het basisjaar. De jaren 2015-2019 zijn de te prognosticeren jaren. Dat is een relatief korte termijn. Veel van de ontwikkelingen die de zorgvraag beïnvloeden beslaan een langere periode. Bovendien zijn ze vaak moeilijk afzonderlijk in kaart te brengen, is het niet altijd duidelijk welke kant ze uitgaan en hoe zorgaanbieders de ontwikkelingen in de praktijk implementeren. Daarom is er voor gekozen om in de toekomstverkenning uit te gaan van verschillende scenario's.

Voor het basisjaar is de omvang (FTE, personen) van het aantal wijkverpleegkundigen bepaald en de onervulde vraag in termen van vacatures. Daarnaast is gekeken naar taken die behoren tot het domein van wijkverpleegkundigen, maar door andere medewerkers (bijv. mbo-verpleegkundigen) worden uitgevoerd. Vervolgens gaat het om de mutaties die we na 2014 verwachten. We lichten de verschillende onderdelen van het model hieronder verder toe. Het rekenmodel is gebaseerd op het arbeidsmarktmodel zoals beschreven in paragraaf 2.1 en ziet er schematisch als volgt uit:

Figuur 2.2 Schematische weergave van het rekenmodel



Bron: Toekomstverkenning, AZW 2015

Voor alle genoemde onderdelen van het arbeidsmarktmodel zijn veronderstellingen nodig. Deze veronderstellingen zijn nodig om berekeningen te kunnen uitvoeren. Meer gedetailleerde informatie over de veronderstellingen staan beschreven in hoofdstuk 4.

- *Bepaling van de mutatie in omvang van de werkgelegenheid*
De basis is enerzijds de demografische ontwikkeling en de trend van extramuralisering, anderzijds de beschikbare middelen volgens de begroting (van het Ministerie van VWS)

In het model is de volgende vraag hoe dit opgepakt gaat worden op de arbeidsmarkt. Het onderste deel van het schema geeft een beeld van de processen die daar spelen: in-, door- en uitstroom van personeel.

- *Bepaling van de instroom in Zorg en WJK*
Een belangrijk deel van de instroom vindt via het volgen van een opleiding plaats:
 - omvang instroom in de opleiding tot hbo-verpleegkundige en keuze voor de richting Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ)
 - studierendement van de opleiding
 - sectorrendementDe omvang van de instroom in de opleiding, de keuze voor de richting MGZ, het studierendement en sectorrendement bepalen gezamenlijk hoeveel gediplomeerden instromen in de branche. Instroom vindt niet uitsluitend plaats vanuit de opleidingen. 'Overige instroom' bestaat uit instroom uit werkloosheid, uit een uitkeringssituatie, vanuit overige inactiviteit en vanuit andere bedrijfstakken.
- *Bepaling van de doorstroom binnen Zorg en WJK*
De doorstroom is van belang voor een efficiënt werkende arbeidsmarkt en kent de volgende onderdelen:
 - scholing: werkenden scholen zich naar een hoger kwalificatieniveau. In het geval van wijkverpleegkundigen kan het gaan om mbo-verpleegkundigen.
 - van baan veranderen tussen de branches van Zorg en WJK: de verdeling van stromen over branches geeft iets van de concurrentiepositie tussen de branches binnen Zorg en WJK weer.
- *Bepaling van de uitstroom uit Zorg en WJK*
De uitstroom uit de arbeidsmarkt Zorg en WJK bestaat uit drie richtingen van uitstroom:
 - pensioen
 - overig inactief (stoppen met werk, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, vertrek naar buitenland, etc.)
 - vertrek naar andere bedrijfstakken

In de volgende paragraaf beschrijven we op welke wijze we informatie verzamelen over de genoemde onderdelen om het ramingsmodel te vullen met data.

2.3 Informatieverzameling

Om de onderdelen van het arbeidsmarktmodel en ramingsmodel goed te kunnen vullen met data hebben we verschillende instrumenten ingezet:

- A1. Interviews bij zorgaanbieders
- A2. Interviews bij de overheid, werkgeversorganisaties, vakbonden, beroepsvereniging, verzekeraars en gemeenten
- B. Online-enquête onder zorgaanbieders
- C. Online-enquête onder wijkverpleegkundigen via het werknemersonderzoek Zorg en WJK
- D. Online-enquête opleidingen hbo-verpleegkunde
- E. Bewerken van bestaande data

In de volgende paragrafen beschrijven we de onderzoeksonderdelen. Daarbij geven we per onderdeel steeds aan welke van de genoemde instrumenten we hebben ingezet om de gewenste informatie boven tafel te krijgen.

2.3.1 Omvang van Werkgelegenheid en Werkproces

Vaststellen huidig aanbod

Dit onderdeel geeft antwoord op de vraag hoeveel hbo-verpleegkundigen er momenteel werkzaam zijn in de wijk, maar ook welke en hoeveel verpleegkundigen zorg indiceren en toewijzen, in hoeverre zij daarvoor bevoegd (dat wil zeggen in overeenstemming met het normenkader) of voorwaardelijk bevoegd zijn (dat wil zeggen voldoen aan de voorwaarden in de overgangsperiode) en aan welke bij- of opscholingsactiviteiten wordt deelgenomen.

Informatieverzameling

Voor het beantwoorden van deze vraag hebben we gebruik gemaakt van verschillende instrumenten: onderzoek gedaan onder werkgevers die thuiszorg leveren en onder wijkverpleegkundigen.

- Wij hebben eerst interviews (A1) gehouden met managers en wijkverpleegkundigen uit thuiszorgorganisaties over de inzet van de wijkverpleegkundigen en andere verpleegkundigen.
- De resultaten van deze gesprekken zijn gebruikt om een vragenlijst te maken (B). Hierbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de vragenlijst die ActiZ en BTN in de zomer van 2014 hebben uitgezet onder hun leden over het aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen dat de indicatiestelling kan verzorgen en knelpunten die de werkgevers ervaren (ActiZ, BTN en V&VN, 2014).
- Vervolgens zijn alle leden van ActiZ en BTN die thuiszorg leveren uitgenodigd om deze vragenlijst in te vullen. In de enquête zijn vragen gesteld over het aantal verpleegkundigen in de wijk (NLQF niveau 4 en 6), wie bevoegd dan wel voorwaardelijk bevoegd zijn voor indicatiestelling en zorgtoewijzing, wat het beleid is van de organisatie in dat opzicht, welke scholingsactiviteiten worden georganiseerd en wie daar aan deelnemen.
- Het totale aanbod van wijkverpleegkundigen is in kaart gebracht door gebruik te maken van de werknemersenquête van het AZW-programma (C). Hiermee kan een goed beeld worden gegeven van het aandeel wijkverpleegkundigen en andere functionarissen binnen de totale groep hbo-verpleegkundigen in de thuiszorg.

Vaststellen onvervulde vraag

Het vaststellen van de onvervulde vraag is bedoeld om zicht te krijgen in hoeverre het werk van wijkverpleegkundigen wordt uitgevoerd door medewerkers die hier (nog) niet voor gekwalificeerd zijn en in hoeverre er werk blijft liggen doordat er te weinig voldoende gekwalificeerd personeel is. Het gegeven is nodig om vast te stellen wat het actuele tekort aan wijkverpleegkundigen in 2015 is, een belangrijk gegeven bij de berekeningen van de gewenste opleidingscapaciteit.

Informatieverzameling

De onvervulde vraag hebben we vastgesteld met behulp van de online-enquête (B) onder alle aanbieders van thuiszorg. In deze enquête hebben we geïnventariseerd in hoeverre taken die tot het domein van wijkverpleegkundigen behoren door andere medewerkers worden gedaan. Daarnaast hebben we gevraagd naar het aantal openstaande vacatures voor de verschillende categorieën van verpleegkundigen.

Werkproces: tijdsbesteding nu en mogelijke veranderingen daarin

Welke (extra) taken liggen of komen te liggen op het bord van de wijkverpleegkundige, welke verdeling van werkzaamheden wordt hierbij gehanteerd (ondersteuning en taakherschikking) en welk tijdsbeslag voor de wijkverpleegkundigen is daarmee gemoeid? In deze periode van transitie hebben we voor de beantwoording van deze vragen steeds te maken met de actuele stand van zaken en welke ontwikkelingen hier zijn te verwachten in de nabije toekomst (5 jaar).

De keuzes en beslissingen die leiden tot een bepaalde invulling van het werkproces worden in belangrijke mate bepaald door de eisen vanuit gemeenten en zorgverzekeraars aan de ene kant, en (beleids)keuzes van zorgaanbieders aan de andere kant. De eerste twee bepalen doorgaans de grenzen van het speelveld, hoewel dit niet betekent dat hiervoor momenteel al landelijke standaarden gelden. Wel is er vanuit de beroepsvereniging V&VN, in samenspraak met stakeholders, een normenkader ontwikkeld waarin de eisen worden beschreven waaraan verpleegkundigen dienen te voldoen wanneer zij in 2015 verpleging en verzorging indiceren en organiseren. ActiZ, BTN en V&VN concluderen echter dat er door een tekort aan hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen met de juiste

competenties een overgangperiode nodig is. Uit berichten in de media blijkt dat momenteel verschillende eisen en werkwijzen in de praktijk worden toegepast.

De uitkomsten van al deze eisen en keuzes zien we in het werkproces van de wijkverpleegkundige. Daarbij is niet alleen van belang hoeveel extra wijkverpleegkundigen nodig zijn voor de toegevoegde taken als gevolg van de transitie (sociale wijkteams, indicatiestelling en organisatie van de zorg), maar ook hoeveel extra wijkverpleegkundigen nodig zijn voor de zorguitvoering vanuit de thuiszorgteams, als gevolg van een toenemende zorgvraag.

Informatieverzameling

Om zicht te krijgen op beleidsmatige randvoorwaarden en hun gevolgen voor het werkproces hebben we interviews uitgevoerd bij zorgaanbieders (managers en wijkverpleegkundigen), verzekeraars en gemeenten en andere landelijke partijen (A1 en A2).

De keuze van de zorgaanbieders vond plaats in overleg met ActiZ/BTN om zo tot een goede spreiding te komen van verschillende visies en werkwijzen (n.a.v. hun eigen onderzoek). Met behulp van de interviews bij de zorgaanbieders is een globaal overzicht ontstaan van voorkomende werkwijzen. Om te komen tot een meer representatief beeld is een aantal aspecten van het werkproces vervolgens meegenomen in vraagstelling van de enquête onder zorgaanbieders (B).

2.3.2 Toekomstige vraag naar wijkverpleegkundigen

Bij het vaststellen van de toekomstige vraag naar wijkverpleegkundigen is van belang welk beleid landelijke partijen hieromtrent voeren, welke middelen hiervoor beschikbaar zijn en welke andere ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld demografie, extramuralisering en technologie mogelijk een rol spelen.

Beleid belangrijkste actoren

In dit onderdeel zijn we nagegaan wat het beleid van landelijke partijen, verzekeraars en gemeenten is ten aanzien van de wijkverpleging en wat de arbeidsmarktimplicaties daarvan zijn. De volgende vragen kwamen aan de orde:

- Welke visie hebben partijen geformuleerd voor de wijkverpleging. In hoeverre lopen deze visies gelijk en op welke punten bestaan er verschillen?
- Welke ontwikkelingen worden voorzien ten aanzien van de wijkverpleging, waarbij aandacht is voor a) de ontwikkeling van de zorgvraag, b) de inzet van wijkverpleegkundigen, c) de inzet van mantelzorg, d) de inzet van digitalisering en e) de effecten daarvan op de arbeidsmarkt?

Informatieverzameling

Het beleid en de arbeidsmarktimplicaties daarvan zijn in kaart gebracht door het bestuderen van beleidsdocumenten en gesprekken met vertegenwoordigers van deze landelijke partijen (A1 en A2), namelijk:

- VWS;
- Gemeenten (drie);
- Werkgeversorganisaties ActiZ en BTN;
- Beroepsverenigingen en vakbonden: V&VN en CNV Zorg en Welzijn.
- Zorgverzekeraar Nederland (ZN) en drie zorgverzekeraars;
- Zorgaanbieders: managers en wijkverpleegkundigen van negen zorgaanbieders.

Beschikbare middelen, demografie en extramuralisering

Bij de ontwikkeling van de vraag in de komende jaren spelen verschillende aspecten een rol. De beschikbare middelen voor de bekostiging van extramurale verpleging en verzorging vormen daarbij een belangrijk uitgangspunt. Los daarvan bieden ook demografische prognoses ten aanzien van de potentiële doelgroep van de thuiszorg en hun opbouw naar leeftijd en geslacht relevante informatie.

We gaan er in dit onderzoek vanuit dat bij de vaststelling van de beschikbare middelen demografische ontwikkelingen en verdere extramuralisering zijn meegenomen.

Informatieverzameling

Met behulp van gebruikscijfers naar leeftijd en geslacht en prognoses van het CBS zijn we nagegaan hoe de vraag naar wijkverpleging zich ontwikkelt in de komende jaren (E). Daarnaast vormt het bestedingskader, de beschikbare middelen vanuit het ministerie van VWS, een van de twee scenario's bij het berekenen van de vraag naar wijkverpleegkundigen.

2.3.3 Toekomstig aanbod aan wijkverpleegkundigen

Toekomstig aanbod van zittend personeel (pensioen, deeltijd, etc.)

Een belangrijk deel van het toekomstige aanbod wordt gevormd door degenen die nu al werkzaam zijn. Echter niet iedereen zal de komende vijf jaar het beroep blijven uitoefenen. Een deel zal met pensioen gaan, een ander deel zal een switch maken naar een ander beroep of stoppen met betaald werk.

Bij het in kaart brengen van het toekomstig aanbod van wijkverpleegkundigen hebben we aansluiting gezocht bij de werkwijze van het ramingsmodel van de Toekomstverkenning (AZW, 2015). Op deze wijze kan de ontwikkeling van vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen in de komende jaren integraal onderdeel gaan uitmaken van de prognoses met dit model.

Informatieverzameling

Combinatie van gegevens uit de enquête onder wijkverpleegkundigen (C), waarmee we gegevens over leeftijdsopbouw en arbeidsmarktgedrag hebben verkregen, met gegevens uit het prognosemodel van de Toekomstverkenning (AZW, 2015) maakten het mogelijk om onderbouwde veronderstellingen te maken.

Onderwijs in kaart brengen (initieel en bijscholing) en toekomstig aanbod daaruit

Nu gaat 11% van de hbo-verpleegkundigen in de thuiszorg werken (Toekomstverkenning; AZW, 2015). Hoe ontwikkelt zich dit aandeel en hoe groot is de omvang van de instroom in de hbo-opleiding verpleegkunde de komende jaren? In het onderzoek hebben we ons zowel gericht op het aanbod vanuit de initiële opleidingen, als de potentie voor opscholing van mbo-verpleegkundigen.

Informatieverzameling

Om in kaart te brengen wat het aanbod van wijkverpleegkundigen is vanuit de initiële opleiding is een online-enquête voor de opleidingsinstellingen uitgevoerd (D). Daarbij is naar de omvang van de huidige en verwachte aantallen leerlingen gekeken. Daarnaast zijn de bronnen benut die gebruikt worden voor de raming van vraag en aanbod in het kader van de Toekomstverkenning.

Om een beeld te krijgen van de mate van opscholing en het verdere potentieel voor opscholing zijn specifieke vragen meegenomen in de interviews/enquête voor zorgaanbieders (B) en de vragenlijst voor het werknemersonderzoek (C).

Instroom vanuit andere branches

Tot slot kan er instroom zijn vanuit andere branches, bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen. Hiervoor is gebruik gemaakt van dezelfde bronnen die gebruikt worden voor het ramingsmodel van de Toekomstverkenning (AZW, 2015).

2.3.4 Vraag-aanbod berekeningen (modelberekeningen)

Door de toekomstige vraag naar wijkverpleegkundigen met het toekomstig aanbod te confronteren, stellen we vast of er evenwicht te verwachten is op een afgesproken moment in de toekomst. Mocht er geen evenwicht zijn dan geven we aan wat de kwantitatieve bijdrage is van de verschillende onderdelen van het aanbod (bijv. minder vertrek van zittend personeel, deeltijdfactor, instroom vanuit initieel onderwijs, bijscholing niveau 4) en wat een verandering daarin kan bijdragen aan het bereiken van evenwicht.

We volgen de werkwijze van het prognosemodel van de Toekomstverkenning dat bestaat uit een nadere invulling van het model uit figuur 2.1. Voor verpleegkundigen met een opleiding op NLQF niveau 4 en 6 beschikten we al over de gegevens. Waar mogelijk hebben we de verbijzondering 'wijkverpleegkundige' aangebracht.

Het model is zo ingericht dat wanneer er een nieuwe prognose voor de Toekomstverkenning gemaakt wordt de uitkomsten voor wijkverpleegkundigen eenvoudig eveneens geactualiseerd kunnen worden.

3 De wijkverpleging: beleidscontext en implementatie

In dit hoofdstuk gaan we na wat de visie en het huidige en toekomstige beleid is ten aanzien van de wijkverpleging, hoe de verschillende partijen hiermee omgaan, hoe het beleid in de praktijk wordt geïmplementeerd en wat de arbeidsmarktimPLICaties zijn. Het gaat om een beknopte schets van de stand van zaken bij de start van het project voorjaar 2015. We baseren ons daarbij op een beperkt aantal interviews met landelijke partijen, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders en op openbare beleidsdocumenten en andere literatuur.

3.1 Transitie van AWBZ naar Zorgverzekeringswet

3.1.1 Nieuwe visie op de wijkverpleging

Maatwerk en integraal aanbod van zorg en ondersteuning

De veranderingen in de wijkverpleging vormen onderdeel van de hervorming van de langdurige zorg. De hervorming heeft tot doel *“de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de financiële houdbaarheid te vergroten en de zelf- en samenredzaamheid van burgers te versterken”* (Ministerie van VWS, 4 maart 2014). De hervorming sluit aan bij de trend van langere actieve participatie en grotere zelfstandigheid en zelfredzaamheid en bij een nieuwe visie op gezondheid. Gezondheid wordt niet meer gezien als het ontbreken van ziekten of aandoeningen, maar als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber e.a., 2014). In deze visie wordt meer uitgegaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Er wordt belang gehecht aan eigen verantwoordelijkheid, zelfontplooiing, autonomie, eigen keuze en eigen regie van de patiënt/cliënt. In dit kader past dat mensen langer thuis blijven wonen en dat een groter beroep wordt gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers.

Met de hervorming van de langdurige zorg introduceert het kabinet via de Jeugdwet, Wmo 2015, Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) een nieuwe ordening, met de bedoeling fragmentatie en versnippering van zorg en ondersteuning tegen te gaan door de (soms meervoudige) zorgbehoefte van mensen meer integraal te benaderen. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor lokaal individueel maatwerk en meer mogelijkheden voor de verbinding tussen het medische en het sociale domein. Om deze doelstelling te bereiken, breidt het kabinet de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars uit (Ministerie van VWS, 4 maart 2014). Ondersteuningsactiviteiten die primair gericht zijn op participatie in brede zin zijn onder verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht (Wmo 2015). Zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop wordt opgenomen in de Zvw. Met ingang van 1 januari 2015 zijn verpleging en verzorging zonder verblijf daarom opgenomen in het verplichte basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Wijkverpleegkundige in de eerste lijn: zorg op maat én verbinding met ondersteuning

Met ingang van 1 januari 2015 is er sprake van de aanspraak Wijkverpleging in de Zvw. Het idee is dat deze zorg daardoor dicht bij de andere eerstelijnszorg wordt gepositioneerd. In de aanspraak wordt verpleging en verzorging geformuleerd als *“zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.”* Het gaat daarbij niet alleen om puur verpleegkundige of verzorgende handelingen, maar ook om taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het coördineren ervan, coaching (bijv. ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele preventie.

Met het opnemen van de aanspraak Wijkverpleging in de Zvw positioneert VWS de wijkverpleegkundige naast de huisarts. De wijkverpleegkundige is bij uitstek de professional in de eerste lijn geworden, die

- maatwerk biedt bij de indicatiestelling, het verlenen en het coördineren van zorg; én
- de verbinding legt tussen het medische en het sociale domein.

In de visie van het kabinet is het aan de wijkverpleegkundige om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving naar aard, inhoud en omvang te bepalen. De verpleegkundige stemt de zorg af met de behandelaar die de medische diagnose stelt om te komen tot een compleet zorgtraject.

De visie van het kabinet is dat wijkgericht werken een integraal onderdeel van de wijkverpleging is. In 2015 is daarom de prestatie wijkgericht werken (S1) in de bekostiging geïntroduceerd. Goede samenwerking in de wijk, met inzet van professionals uit de verschillende disciplines zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden, is van belang om de kwaliteit van dienstverlening te vergroten en goed gecoördineerde zorg en ondersteuning te bieden. Zorgverzekeraars en gemeenten maken daarom afspraken met elkaar over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk. Voor het wijkgericht werken maakt de wijkverpleegkundige deel uit van of onderhoudt contacten met de sociale wijkteams die veel gemeenten hebben opgericht om een integraal aanbod van zorg en welzijn te kunnen realiseren. Zo krijgt de wijkverpleegkundige ook een belangrijke rol op het gebied van preventie: voorkomen van medische zorg door vroegtijdige signalering van knelpunten in de wijk en bij cliënten. Zij of hij weet wie in te schakelen om tot verbetering van de situatie te komen op het gebied van zorg, welzijn, wonen en informele zorg. (Zie voor de implementatie hiervan paragraaf 3.4.2)

In de praktijk is er in de uitvoering regelmatig een scheiding ontstaan tussen toewijsbare en niet toewijsbare zorg. Dit is in de ogen van het kabinet een onbedoeld effect. Wijkgerichte zorg is bedoeld als integraal onderdeel van het werk van de wijkverpleegkundige. Daarom zal het budget voor wijkgerichte zorg in 2016 niet worden verhoogd (zoals eerder was voorzien) en zal het budget in 2017 niet meer op deze wijze worden ingezet, maar waarschijnlijk worden opgenomen in de prestatiebekostiging (Ministerie van VWS, 19 mei 2015).

3.1.2 Financieel kader

VWS heeft voor 2015 ruim 3,1 miljard euro begroot voor taken die vallen onder de aanspraak wijkverpleging (toewijsbare zorg inclusief pgb's en niet gecontracteerde zorg). In dit bedrag is een bezuiniging verwerkt van 400 miljoen euro. Voor 2016 groeit het budget naar ruim 3,3 miljard euro, inclusief een bezuiniging van 100 miljoen euro en een intensivering van 40 miljoen euro, die was afgesproken in het regeerakkoord.

Daarnaast stelt VWS 40 miljoen euro beschikbaar via de zorgverzekeraars voor de prestatie wijkgericht werken (niet-toewijsbare zorg.) Dit budget is bedoeld als stimulans voor het van de grond krijgen van wijkgerichte zorg en het bevorderen van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Het budget is door de zorgverzekeraars in overleg met de Wmo-regio ingezet in die wijken waar de grootste meerwaarde hiervan wordt verwacht.

Een van de zorgverzekeraars wijst erop dat het bedrag van 3,1 miljard niet hard is. Omdat de wijkverpleging onder de Zvw valt, geldt een zorgplicht. Het kan blijken dat meer geld nodig is, maar dat wordt in de loop van het jaar duidelijk. Een punt van zorg voor de zorgverzekeraars is de vraag hoe de niet gecontracteerde zorg zich gaat ontwikkelen. Als deze groter is dan verwacht, wordt de taakstelling niet behaald en kan VWS gebruik maken van de mogelijkheid om het tekort terug te halen. In de Zvw is namelijk de mogelijkheid opgenomen dat als het budget voor dit jaar wordt overschreden, het tekort volgend jaar door VWS bij de zorgverzekeraars kan worden teruggehaald.

Zorgverzekeraars Nederland (2 september 2015) meldt medio 2015 dat de zorgverzekeraars verwachten dat het budget voor 2014 te krap is en dat de bezuiniging van 400 miljoen euro niet zal worden gehaald. Om na te gaan hoe groot de overschrijding in 2015 zal zijn, hebben zowel ActiZ als BTN een onderzoek laten uitvoeren onder hun leden. Uit het BTN-onderzoek komt naar voren dat 91% van de thuiszorgaanbieders verwachten in 2015 niet binnen de gemaakte zorgafspraken te kunnen blijven. De verwachte overschrijding varieert tussen de enkele procenten en 50%. Conclusie uit het ActiZ-onderzoek is dat er voor 2015 een tekort van ten minste € 242 miljoen euro wordt verwacht op het beschikbare budget (ISCB Marketing en Strategie, 2015).

3.1.3 Toekomstig beleid

De bekostiging van VWS gaat geleidelijk over van de AWBZ naar de Zvw via de overgangsjaren 2015 en 2016, naar een bekostigingswijze die niet meer is gebaseerd op de kosten van de bestede uren ('uurtje-factuurje'), maar op een beperkt aantal prestaties. Vooruitlopend op de nieuwe bekostiging in 2017 worden in 2016 al een aantal stappen gezet (Ministerie van VWS, 19 mei 2015). Deze maatregelen passen in het nieuwe beleid gericht op meer eigen regie van de patiënt, de wijkverpleegkundige met regelruimte als spin in het web, versterking van kwaliteit en kostenbeheersing.

Hieronder staan de belangrijkste kenmerken van de beleidswijzigingen samengevat. Omdat 2017 ook al voor 2016 richtinggevend is, noemen we deze eerst:

2017

- Nieuw bekostigingssysteem vanaf 2017 (Kamerbrief 19 mei 2015).
- De bekostiging vindt plaats op basis van de zwaarte van de populatie van verzekerden waaraan een zorgaanbieder zorg verleent.
- Uitgangspunt daarbij is dat zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn.
- Vanaf 2017 wordt de nieuwe bekostiging gebaseerd op een beperkt aantal prestaties, gebaseerd op zorgzwaarte.
- Prestatie wijkgericht werken: de scheiding tussen niet-cliëntgebonden (S1) en cliëntgebonden taken (S2) vervalt vanaf 2017.
- Naast de zorgprestaties bestaat de mogelijkheid van prestatiebeloning voor drie thema's: innovatie, populatie en kwaliteit. Hoe groter het aandeel prestatiebeloning is binnen het financiële kader wijkverpleging, hoe meer organisaties naar hun innovatie, bediende populatie en resultaten gewaardeerd kunnen worden.
- Om de uitkomsten van zorg die een aanbieder bereikt te belonen zijn indicatoren nodig met zeggingskracht over de kwaliteit en beïnvloedbaarheid. Een organisatie die in vergelijkbare omstandigheden de doorstroom van cliënten naar zwaardere kwetsbaarheid weet te dempen, kan hiervoor worden beloond. Uiteindelijk is het aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders welke indicatoren ze overeen komen.

2016

- Introductie van de prestatiebeloning, zoals vermeld voor 2017. Partijen kunnen hier binnen de bestaande middelen – inclusief de 40 mln. die beschikbaar is gesteld in het regeerakkoord voor de intensivering van de wijkverpleging in 2016, naast de € 40 mln. voor het wijkgerichte werken – invulling aan geven.
Er is ruimte om onderling op lokaal niveau afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg, op regionale of landelijke thema's. Hiermee kan een zorgaanbieder worden beloond voor innovatieve zorg.
- Voor de individuele zorgbekostiging wordt het in 2016 mogelijk gemaakt dat lokale partijen de afspraak kunnen maken dat een vast bedrag per cliënt wordt gedeclareerd op basis van de samenstelling van de populatie, in plaats van bekostiging op basis van werkelijk gerealiseerde uren verpleging en verzorging.
- Voor de individuele zorglevering is per 2016 sprake van individuele inkoop en komt de inkoop in representatie zoals die in 2015 is gehanteerd (zie 4.3) te vervallen.

3.1.4 Aandachtspunten voor toekomstig beleid

In de interviews zijn door verschillende partijen aandachtspunten genoemd die relevant zijn voor het beleid ten aanzien van de wijkverpleging.

Wijkverpleging in eigen risico?

Een van de zorgverzekeraars is van mening dat de wijkverpleging onder het eigen risico zou moeten vallen, omdat cliënten nu niet worden gestimuleerd om zelf mantelzorgers in te schakelen en/of hulpmiddelen te gebruiken.

Negatieve uitwerking door onderscheid Zorgverzekeringswet en Wmo

CNV Zorg en Welzijn spreekt de zorg uit dat de knip tussen taken die gefinancierd worden op basis van de Zorgverzekeringswet en taken op basis van de Wmo leidt tot meer opnames van cliënten in zorginstellingen: als de middelen voor huishoudelijke hulp ontoereikend zijn, hebben de cliënten sneller zorg/opname nodig. Ook de afstemming van het team kan te lijden hebben onder deze knip.

Toekomstige aandacht voor preventie

De vrees bestaat dat als de afzonderlijke financiering voor wijkgebonden taken in 2017 komt te vervallen, er weinig aandacht meer zal zijn voor taken gericht op preventie. Zorgverzekeraars geven aan dat de zorgverzekeringswet geen titel kent voor preventie en gemeenten kunnen deze taken niet uit eigen budget financieren.

3.2 Expertisegebied wijkverpleging en overgangsafspraken

De veranderde visie op zorg en de nieuwe rol van de wijkverpleegkundige heeft consequenties voor de taken en verantwoordelijkheden van wijkverpleegkundigen. V&VN (2012b) heeft in het Expertisegebied wijkverpleegkundige de kern van de beroepsuitoefening beschreven en de specifieke competenties die in de werkcontext van de wijkverpleegkundige nodig zijn. Dit document kan worden beschouwd als een aanvulling op het beroepsprofiel verpleegkundige (V&VN 2012a).

De wijkverpleegkundige is in haar nieuwe rol verantwoordelijk voor de indicatiestelling, toewijzing en organisatie van zorg. De professionele normen die hieraan gesteld moeten worden creëerden een behoefte aan verdere uitwerking en normstelling. Op verzoek van de staatssecretaris van VWS, Van Rijn, heeft V&VN een normenkader Indicatiestelling opgesteld. Het normenkader beschrijft aan welke eisen verpleegkundigen moeten voldoen wanneer zij extramurale verpleging en verzorging indiceren en organiseren. Het normenkader moet cliënten en overheid duidelijkheid geven en is richtinggevend voor professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Met dit normenkader heeft V&VN een belangrijke bijdrage geleverd aan de invulling van het beroep van wijkverpleegkundige.

Het normenkader bestaat uit de volgende zes normen:

1. Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie. Professionele autonomie garandeert cliëntgerichtheid en een onafhankelijk besluit.
2. Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een bachelor- of master-opgeleide verpleegkundige. Van deze professionals mag verwacht worden dat zij beschikken over de noodzakelijke competenties.
3. Indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem. Verpleegkundigen sluiten hiermee aan op de maatschappelijke noodzaak de zorg verantwoord uit te voeren.
4. Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces. De methode die verpleegkundigen daarbij hanteren is het klinisch redeneren. Dit proces bestaat uit vraagverheldering, diagnose, planning van resultaten en interventies, organisatie, uitvoer en evaluatie van zorg.
5. De verslaglegging voldoet aan de V&VN-richtlijn voor verslaglegging. Sinds 2011 bestaat een richtlijn voor verpleegkundige verslaglegging waarin het doel en de onderdelen van de verslaglegging worden besproken.
6. De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN-standaard voor overdracht van zorg. De standaard bestaat uit informatie over maximaal 27 items in combinatie met de keuze voor een 'warme overdracht' als dat noodzakelijk is.

Uit de interviews komt over het algemeen een breed draagvlak naar voren voor de visie dat competenties op hbo-niveau nodig zijn voor de indicatiestelling, zorgtoewijzing en -organisatie. VWS en de zorgverzekeraars volgen het normenkader van de beroepsgroep. Toch zijn diverse zorgaanbieders, maar ook landelijke partijen als ActiZ, BTN en CNV van mening dat onderdelen van de indicatiestelling ook door mbo-verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid/toezicht van de wijkverpleegkundige. De verwachting is dat dit bij herindicaties/evaluatie van zorgplannen ook zal gebeuren. V&VN wijst er hierbij op dat een wijkverpleegkundige alleen verantwoordelijk kan zijn als hij of zij de cliënt zelf heeft gezien.

Onder meer omdat er momenteel nog onvoldoende verpleegkundigen op hbo-niveau beschikbaar zijn, zien ActiZ, BTN en V&VN dat het normenkader niet van de ene op de andere dag in de dagelijkse praktijk volledig geïmplementeerd kan zijn. Er liggen kwalitatieve en kwantitatieve vraagstukken die vragen om een zorgvuldige overgang, waarbij de kwaliteit van de indicatiestelling geborgd moet blijven. ActiZ, BTN en V&VN (2014) hebben gezamenlijk afspraken gemaakt over deze overgangsperiode, zodat recht wordt gedaan aan de dagelijkse praktijk en er tegelijkertijd garanties zijn voor goede zorg.

De voor dit onderzoek belangrijkste overgangsafspraken die ActiZ, BTN en V&VN met elkaar hebben gemaakt, is dat mbo-opgeleide verpleegkundigen gedurende de overgangsperiode mogen indiceren en de zorg mogen organiseren wanneer zij voldoen aan de drie criteria:

1. Zij/hij is expert binnen de wijkverpleging (volgens definitie van Benner, 1984).
2. Zij/hij is minimaal 24 uur per week werkzaam als verpleegkundige in de wijk.
3. Zij/hij volgt de opleiding tot hbo-opgeleide verpleegkundige (hbo-v) en kan hiervan jaarlijks een bewijs van inschrijving overleggen. Er zijn twee situaties:
 - De mbo-opgeleide verpleegkundigen die geen post-hbo-opleiding hebben gevolgd moeten starten met een hbo-v opleiding en een bewijs van inschrijving kunnen overleggen, voordat zij tijdens de overgangsperiode de zorg mogen indiceren en organiseren.
 - De mbo-opgeleide verpleegkundigen die wel een post-hbo-opleiding hebben gevolgd en waarvan de opleiding aan bepaalde criteria voldoet moeten uiterlijk voor 31-12-2017 zijn gestart met een hbo-v opleiding en een bewijs van inschrijving kunnen overleggen om tijdens de overgangsperiode de zorg te mogen indiceren en organiseren. Ten tijde dat de afspraken voor de overgangsperiode werden gemaakt voldeden SBW, Avans+ en Zuyd hogescholen aan de criteria.

Vanwege de duur van de meeste verkorte hbo-v opleidingen maakten ActiZ, BTN en V&VN deze afspraken voor een overgangsperiode van drie jaar (2015, 2016 en 2017).

3.3 Zorginkoop in de praktijk

3.3.1 Overgangsjaar 2015

De overheveling van de extramurale persoonlijke verzorging en verpleging van de AWBZ naar de Zvw betekent dat zorgverzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders over zorginkoop van deze zorg. Voorheen gebeurde dat door de zorgkantoren. Om ervoor te zorgen dat de invoering van deze transitie zo soepel mogelijk zou verlopen, is ervoor gekozen om 2015 te bestempelen als overgangsjaar, waarbij landelijke afspraken zijn gemaakt. Belangrijk uitgangspunt daarbij was dat de continuïteit en kwaliteit van zorg ondanks de complexe veranderingen geborgd moesten worden. Daarbij was er wel ruimte voor eigen aanvullende eisen door afzonderlijke zorgverzekeraars. Na 2015 voeren alle zorgverzekeraars hun eigen beleid.

Kenmerken van de overgangssituatie zijn dat de zorgverzekeraars in 2015 een gezamenlijke Inkoopgids hebben gebruikt, de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 (ZN, 2014) en dat de zorginkoop in representatie heeft plaatsgevonden. 'In representatie' betekent dat één zorgverzekeraar in een zorgkantoorregio de zorginkoop verzorgt namens alle zorgverzekeraars. Hierdoor hoefden zorgaanbieders die zorg leveren binnen één regio met slechts één zorgverzekeraar afspraken te maken. De productieafspraken die op deze wijze zijn gemaakt zijn gebaseerd op de gerealiseerde productie in de eerste helft van 2014.

In de praktijk hebben de zorgverzekeraars voor 2015 veelal dezelfde zorgaanbieders gecontracteerd als in 2014. Daarbij hebben zij op basis van de gerealiseerde productieafspraken in de eerste helft van 2014 een korting toegepast.

De zorgverzekeraars kochten in 2015 zowel de toewijsbare (segment 2) als niet-toewijsbare zorg (segment 1) in. De niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg wordt gefinancierd op basis van populatiebesteding, waarbij de zorgverzekeraars globaal twee verdelingsmodellen hanteren. In het eerste model krijgt elke gemeente een deel van het budget op basis van haar inwoneraantal. Daarna worden (al dan niet in overleg) prioriteitswijken bepaald. In het tweede model worden op regionaal

niveau prioriteitswijken bepaald. In dit model kan het zijn dat in sommige gemeenten geen niet-toewijsbare zorg aanwezig is (AEF, 2015).

Ook de wijze waarop het budget is verdeeld over zorgaanbieders is verschillend. Sommige zorgverzekeraars kozen ervoor om de S1-taken per wijk toe te wijzen aan één zorgaanbieder; andere wezen de S1-taken aan meerdere zorgaanbieders per wijk toe. Waar meer S1-aanbieders in één wijk opereren, wordt dat door de zorgaanbieders over het algemeen als lastig ervaren. Ook liggen dan versnippering en veel overleg op de loer.

3.3.2 Sturing op doelmatigheid en kwaliteit

Belangrijk uitgangspunt van alle zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg is het optimaliseren van kwaliteit en doelmatigheid. Er zijn accentverschillen tussen zorgverzekeraars ten aanzien van de manier waarop zij opereren in hun regio en welke eisen zij stellen aan kwaliteit en doelmatigheid.

Kwaliteit

Voor wat betreft de kwaliteit van zorg zoeken zij aansluiting bij de lijnen die de beroepsgroep daarvoor uitzet. 'De beroepsgroep stelt vast!', zo stelt een van de zorgverzekeraars. Bij de zorgverzekeraars is groot draagvlak voor de eis van een bachelor- of master-opgeleide wijkverpleegkundige. Wel geeft een van hen aan dat bij minder complexe situaties een mbo-verpleegkundige of verzorgende individuele gezondheidszorg ('vigger') de situatie in kaart kan brengen waarna samen met een hbo-er het zorgplan wordt opgesteld. De zorgverzekeraars baseren zich bij de inkoop op het normenkader en op de overgangsregeling die is afgesproken voor 2015 tussen V&VN, ActiZ en BTN. Indien zorgaanbieders (nog) niet voldoen aan de gestelde eisen, vragen zorgverzekeraars een plan van aanpak waarin duidelijk is welke activiteiten zorgaanbieders hieromtrent ondernemen.

Algemeen gehanteerde kwaliteitseisen voor 2015 waren:

- indicatiestelling door verpleegkundige op hbo-niveau;
- werken met een zorgplan dat aan specifieke eisen voldoet;
- cliëntoordeel.

Doelmatigheid

Zorgverzekeraars worstelen met de sturing op doelmatigheid. Voorheen voerde het CIZ de rechtmatigheidstoets uit. Daarbij werd gekeken of de declaratie paste binnen de indicatie. Dat kan nu niet meer. Zorgverzekeraars zijn daarom op zoek naar nieuwe manieren om te sturen op doelmatigheid. Een van de middelen die zij hanteren is analyse van facturen van zorgaanbieders en vergelijking van het declaratiegedrag van verschillende zorgaanbieders. Aanbieders die relatief veel declareren, worden daarop aangesproken door de zorgverzekeraar. In uiterste instantie kan de zorgverzekeraar het zorgplan opvragen. Hierover is overigens veel discussie gaande in verband met de privacy van patiënten.

Daarnaast hebben zorgverzekeraars in 2015 – bovenop de eisen die gesteld werden in het gezamenlijke inkoopdocument – in beperkte mate ook eigen eisen gesteld aan zorgaanbieders. Zij experimenteren met voorwaarden rond cliënttevredenheid en de monitoring daarvan, een geïntegreerd aanbod van toewijsbare en niet-toewijsbare zorg, inschrijvingen in het kwaliteitsregister V&V, het laten instellen van compliance-commissies door zorgaanbieders en aanvullende opleidingseisen en voorwaarden ten aanzien van het zorgplan. Er zijn aanwijzingen dat dit veel bureaucratie oplevert voor de zorgaanbieders.

3.3.3 Ontwikkeling inkoop in 2016

Uit de inkoopdocumenten 2016 van de zorgverzekeraars blijkt dat de verzekeraars de aanvullende eisen die zij in 2015 reeds stelden verder hebben aangescherpt en uitgebreid en dat zij de geboden ruimte voor prestatiebeloning benutten.

Eén van de zorgverzekeraars start in een aantal pilotgemeenten met de selectie van één voorkeursaanbieder per wijk met het doel om zo een centrale rol als regisseur toe te delen aan de wijkverpleegkundige naast de huisarts. De voorkeursaanbieder wordt verantwoordelijk om voor alle

verzekerden bij deze zorgverzekeraar de wijkverpleging in de wijk te leveren. Klanten hebben recht op keuzevrijheid en continuïteit van zorg. Daarom kan wijkverpleegkundige zorg ook door andere zorgaanbieders dan de voorkeursaanbieders worden geleverd. De kosten van zorg die andere zorgaanbieders in de wijk leveren, komen ten laste van het wijkbudget van de voorkeursaanbieder.

ZZP'ers worden in 2016 niet of in mindere mate gecontracteerd. Het is onduidelijk in welke mate dat is en hoe dat uitpakt. De reden dat zorgverzekeraars niet graag contracten met ZZP'ers afsluiten is enerzijds dat het voor de zorgverzekeraars veel administratieve rompslomp met zich meebrengt en anderzijds dat het voor ZZP'ers moeilijker is om de kwaliteit van de verleende zorg en de continuïteit te garanderen. Aan de andere kant zijn er geluiden dat ZZP'ers zouden worden ingeschakeld voor intensieve kindzorg en voor terminale zorg.

Een belangrijke vraag is in welke mate de wijkverpleging erin slaagt om het werk doelmatiger te organiseren. Oude, vaste routines, zoals het wekelijks bezoeken van alle cliënten, horen daar niet bij. Veel meer zal gezocht moeten worden naar een organisatie van het werk die het mogelijk maakt maatwerk te bieden aan cliënten.

Een aantal zorgaanbieders signaleert als knelpunt dat hulpmiddelen niet worden gefinancierd. Momenteel zijn de functies waarvoor zorgaanbieders vergoeding krijgen strak ingeregeld en zijn er dus geen mogelijkheden tot financiering. Een van de zorgverzekeraars geeft aan oplossingen te hebben geboden, bijvoorbeeld bij de inzet van beeldzorg. Wellicht biedt een nieuw bekostigingssysteem meer ruimte voor de financiering van hulpmiddelen.

Zorgverzekeraars streven ernaar dat zorgaanbieders die goed presteren volgend jaar worden beloond. Verlaging van de productieafspraken door behaalde efficiencywinst door de zorgaanbieders wordt echter als straf ervaren. Verwacht wordt dat de zorgverzekeraars door monitoring in de komende jaren hun mogelijkheden tot sturing verder zullen ontwikkelen en verfijnen. De nieuwe bekostigingsregels voor 2016 en 2017 bieden meer ruimte dan voorheen aan zorgverzekeraars, om hierin nieuwe wegen te bewandelen.

3.4 Implementatie van de veranderingen in de praktijk

3.4.1 Indiceren individuele zorg

Sinds 1 januari 2015 is de wijkverpleegkundige degene die zorg indiceert. Volgens het normenkader van V&VN hoort de indicatiestelling uitgevoerd te worden door een hbo-opgeleide verpleegkundige (zie paragraaf 3.2). Maar voor een overgangperiode is de afspraak dat ook mbo-verpleegkundigen die zich hebben ingeschreven voor de hbo-opleiding verpleegkunde, mogen indiceren (zie voor de precieze voorwaarden ook paragraaf 3.2)

De manier waarop zorgaanbieders de indicatiestelling uitvoeren verschilt nogal, mede als gevolg van het wisselende aantal hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen dat aanwezig is. In de praktijk zijn het in de meeste gevallen wijkverpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling. In de gevallen waarin dit niet zo is, zijn de overgangsafspraken van toepassing en zijn de betrokken verpleegkundigen ingeschreven bij de hbo-opleiding.

In sommige organisaties doet de wijkverpleegkundige al het werk dat hoort bij de indicatiestelling. In andere organisaties doet de mbo-verpleegkundige al het werk en parafeert de wijkverpleegkundige, meestal in overleg met de mbo-verpleegkundige, 'achter het bureau'. Daartussen komen verschillende variaties voor, zoals de mbo-verpleegkundige die de uitvraag doet en de wijkverpleegkundige die de diagnose stelt en de indicatie vaststelt of de wijkverpleegkundige die de uitvraag doet en een leidinggevende wijkverpleegkundige 'achter het bureau' die de handtekening zet. Voor de gemiddelde tijd die gemoeid is met indiceren noemen zorgaanbieders 2,5 uur per cliënt.

De herindicatie heeft in de eerste vier à vijf maanden van 2015 heel veel tijd gekost (30-50% van de ureninzet). Alle wijkverpleegkundigen die hiermee belast waren, hebben veel uren gemaakt. Niet alle zorgaanbieders hadden de herindicatie vóór 1 mei rond, maar alle organisaties meldden dat 1 juni

wel gehaald zou worden. De urenbesteding in de afgelopen maanden is door de herindicaties niet representatief voor de toekomst. De indicatiestelling zal dan een kleiner deel van het takenpakket uitmaken.

Voor een goede uitvoering van de nieuwe taken is/wordt er veel geschoold, zowel in de zin van opscholing van zittende mbo-verpleegkundigen naar hbo-niveau als bijscholing op het vlak van indiceren en het organiseren van zorg. Alle wijkverpleegkundigen (in opleiding) die indiceren, hebben de opleiding indiceren gedaan.

3.4.2 Wijkgerichte zorg

Afspraken over de inzet van wijkverpleegkundigen tussen zorgverzekeraars en gemeenten

Wijkgerichte zorg is niet toewijsbaar aan individuele patiënten, maar betreft wijkgerichte activiteiten veelal gericht op preventie van zorg en op het afstemmen van zorg en ondersteuning tussen verschillende actoren in de wijk. Door de inkoop van S1-taken voor 2015 is er tussen gemeenten en zorgverzekeraars samenwerking ontstaan. Verzekeraars hebben nu één of enkele malen per jaar overleg met alle gemeenten in hun regio's over de verdeling van het budget over regio's, gemeenten en/of wijken en de wijze waarop het budget wordt ingezet. Bij dit overleg zijn soms ook de zorgaanbieders aanwezig. In de gesprekken wordt gebruik gemaakt van de 'Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein' die voor dit doel is opgesteld door VWS, VNG en ZN (AEF, 2014). In deze lijst worden zes onderwerpen genoemd waarover zorgverzekeraars en gemeenten afspraken kunnen maken:

- De positionering van de wijkverpleegkundige t.o.v. het wijkteam;
- Signalering (Hoe worden ze opgevangen en uitgewisseld?);
- Behoeftebepaling en mandaat (Wie doet dat en wie heeft welk mandaat?);
- Coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning (Hoe gebeurt dat?);
- Middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie (Hoe worden die verdeeld?);
- Informatie- en kennisdeling (Hoe gebeurt dat?).

Het beeld dat uit de samenwerking naar voren komt, is wisselend. Iedereen waardeert het positief dat er nu contacten zijn ontstaan tussen zorgverzekeraars en gemeenten, maar gemeenten zijn niet altijd tevreden over hun betrokkenheid bij de inkoop van S1.

Activiteiten wijkgerichte zorg

De activiteiten die worden uitgevoerd door de wijkverpleegkundigen zijn zeer divers van aard en verschillen van gemeente tot gemeente en van zorgaanbieder tot zorgaanbieder. Afstemming met huisarts en andere zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, soms ook de wijkagent, woningbouwcorporaties etc. horen daarbij. Vaak ook het deelnemen aan de vergaderingen van het sociale wijkteam. Sommige wijkverpleegkundigen stellen een wijkzorgplan op of dragen bij aan een gezamenlijk plan met gemeenten en andere partijen. Het leiden van projecten, bijvoorbeeld op het gebied van maaltijden in de wijk kan onderdeel zijn van de wijkgerichte zorg. Hier en daar nemen de wijkverpleegkundigen structureel of incidenteel deel aan de 'keukentafelgesprekken'. Ook verschillen gemeenten sterk van elkaar in de mate waarin zij van wijkverpleegkundigen verwachten dat zij deelnemen aan overleg dat door de gemeente wordt geïnitieerd. Over het algemeen zijn de wijkverpleegkundigen en hun organisaties zoekende, waar het gaat om de organisatie en de precieze invulling van wijkgerichte taken.

Organisatie wijkgerichte zorg

De wijze waarop de S1-taken zijn georganiseerd varieert sterk. Sommige zorgaanbieders hebben de taken gescheiden van de toewijsbare zorg, maar meestal zijn ze toegekend aan wijkverpleegkundigen die ook S2-taken uitvoeren. Waar ze beide door de wijkverpleegkundige worden uitgevoerd, worden de S1-taken soms in een andere wijk uitgevoerd dan de S2-taken. In enkele regio's is de wijkgerichte zorg ondergebracht in voor dit doel opgerichte coöperaties. De meeste zorgaanbieders zijn geen voorstander van deze scheiding. Enkele geïnterviewden formuleren expliciet als visie dat alle wijkverpleegkundigen niet alleen S2-, maar ook S1-taken uitvoeren, omdat dat integraal onderdeel is van hun werk en dat ook hoort te zijn.

Sociale wijkteams

De meeste gemeenten kiezen voor de introductie van sociale wijkteams om op basis van een intensieve samenwerking tussen zorg, jeugdzorg en welzijn een integraal aanbod aan burgers te kunnen doen. Hiertoe streven zij ook naar ontschotting van budgetten.

De samenstelling van de sociale wijkteams varieert van alleen welzijnsorganisaties tot zeer breed bijvoorbeeld met wijkverpleging, GGZ, wijkagent en woningbouwvereniging. In sommige wijkteams worden veel individuele cases besproken; in andere teams is dat veel minder het geval en richt men zich alleen op de complexe gevallen.

De samenstelling van de wijkteams is van invloed op het functioneren ervan. In gevallen waarin ook jeugdzorg deel uitmaakt van het wijkteam, bestaat het risico dat de complexe problematiek van de jeugdzorg het overgrote deel van de besprekingen in het team in beslag neemt.

In de praktijk zijn er zeer grote verschillen tussen gemeenten, hun aanpak van sociale wijkteams en hun relatie met de wijkverpleging. Zo stelt de ene gemeente dat de wijkverpleging niet tot haar verantwoordelijkheid behoort, terwijl een andere gemeente sterk stuurt op de inzet van de wijkverpleging en ook intensief overleg voert met de wijkverpleegkundigen zelf. Een andere gemeente heeft zelfs wijkverpleegkundigen in dienst genomen. Wijkverpleegkundigen zijn in sommige gemeenten lid van de sociale wijkteams. In andere gemeenten zijn ze dat niet, maar onderhouden zij contact met de sociale wijkteams.

De inzet van de wijkverpleegkundige is beperkt door het budget dat de zorgaanbieder van de verzekeraar ontvangt. In theorie is meer inzet mogelijk als de gemeente bereid is hiervoor te betalen. We hebben nog geen informatie dat er gemeenten zijn die dat doen. Gemeenten en instellingen van zorg en welzijn zijn duidelijk zoekende naar de meest effectieve en efficiënte aanpak.

Over het algemeen zijn zorgaanbieders en gemeenten van mening dat ieder in dit spel zijn eigen professie heeft en dat bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige zich niet te veel op het terrein van welzijn moet begeven. Zij of hij signaleert de knelpunten en schakelt de juiste organisatie/professionals in. Maar in een aantal gevallen gaat de overlap tussen de werkzaamheden van bijvoorbeeld de wijkverpleging en het maatschappelijk werk veel verder, waarbij de zorg zich meer beweegt in de richting van welzijn, preventie en wonen. Ten minste één gemeente streeft ernaar dat de wijkverpleegkundige ook mag indiceren voor wmo-ondersteuning. Dit betekent, dat de wijkverpleegkundige die geconfronteerd wordt met een wmo-hulpvraag, deze indicatie ook kan stellen.

Overigens kiezen niet alle gemeenten voor het instellen van sociale wijkteams. Een van de geïnterviewde gemeenten heeft geen sociale wijkteams ingericht, maar heeft in plaats daarvan ervoor gekozen de rol en de positie van de individuele professionals op hbo-niveau, inclusief de wijkverpleegkundigen, te versterken. Dit doet deze gemeente door de professionals in jeugdzorg, zorg en welzijn te mandateren om te indiceren of te verwijzen in jeugdzorg en welzijn. De professionals stemmen in individuele gevallen met elkaar af wie de regie voert en zij zijn zelf verantwoordelijk voor het inschakelen van de juiste expertise. Deze gemeente stuurt zelf een team aan met verschillende disciplines uit een groot aantal organisaties. Als de casus te complex is voor de individuele zorgverlener, dan kan iemand uit dit team worden ingeschakeld voor de regievoering. Met deze formule streeft de gemeente ernaar dat de wijkverpleegkundigen in voorkomende gevallen ook de indicatiestelling voor welzijn op zich kunnen nemen. Het doel is onder meer om maximaal gebruik te maken van de professionaliteit van de hbo-opgeleide medewerkers in de verschillende domeinen, het aantal overdrachten tussen professionals te beperken en de bureaucratie in sociale wijkteams zoveel mogelijk te beperken.

3.4.3 Knelpunten bij de implementatie

Lukt het om de wijkverpleegkundige haar autonomie terug te geven?

Uit meerdere interviews met verschillende partijen komt de zorg naar voren over de mate waarin het zal lukken om de wijkverpleegkundige haar vak terug te geven en haar autonomie te stimuleren. Verschillende belemmeringen spelen hierbij een rol, waarbij partijen soms naar elkaar wijzen. Eisen van zorgverzekeraars, NZa en zorgaanbieders zelf leiden ertoe dat wijkverpleegkundigen

onvoldoende loskomen van strikte indicatiestelling, overgaan tot het stellen van herindicaties als er kleine veranderingen zijn, etc. Voor de wijkverpleegkundigen betekent dit dat zij hun autonomie niet volledig kunnen benutten.

Wordt iedereen meegenomen in de nieuwe ontwikkeling?

Wil de wijkverpleegkundige haar rol goed kunnen uitvoeren, dan is het ook essentieel dat alle teamleden worden meegenomen in het nieuwe zorgverlenen. Wijkverpleegkundigen zien hierin een belangrijke rol voor zichzelf, maar meerdere geïnterviewden wijzen in dit verband op knelpunten. Het nieuwe zorgverlenen moet zowel bij wijkverpleegkundigen als bij mbo-verpleegkundigen 'landen' bijvoorbeeld via een cursus. Er is nu veel aandacht voor wijkverpleegkundigen zelf, maar ook voor de mbo'ers en verzorgenden is het belangrijk dat zij meegaan in dit proces. Dat is ook van belang voor de verhoudingen in het team. Sommige zorgaanbieders hebben er daarom voor gekozen om mbo-verpleegkundigen ook de cursus indiceren te laten volgen, anderen voeren POP-gesprekken om na te gaan welke scholing de verpleegkundigen en verzorgenden willen volgen met het oog op hun ontwikkeling in het nieuwe zorgverlenen.

Administratieve lasten

In de interviews worden een aantal 'administratieve' aandachtspunten genoemd:

- Vanwege de overgangsbekostiging voor 2015 zijn de administratieve lasten rondom de urenregistratie in 2015 nog niet afgenomen.
- Er ontbreken nog goede administratieve hulpmiddelen ter ondersteuning van de zorgverlening en nog maar weinig classificatiesystemen zijn geautomatiseerd.
- Zorgaanbieders hebben nu te maken met één zorgverzekeraar, na 2015 met meerdere. De vraag is hoe dit zal gaan lopen en welke extra administratieve last dit met zich mee zal brengen.
- De financiering van de inzet van hulpmiddelen die kunnen leiden tot verbetering van zorg en/of besparing op de inzet van mensen is nu nog een knelpunt, omdat zorgverzekeraars een verantwoording op urenbasis verwachten.

Consequentie voor kleine aanbieders

De ontwikkeling naar meer hoogcomplexere zorg is voor kleine zorgaanbieders moeilijk vol te houden. Het is voor hen bijvoorbeeld niet altijd mogelijk 24 uur per dag een verpleegkundige beschikbaar te houden.

Intensievere samenwerking tussen zorgaanbieders is ook een mogelijkheid voor de toekomst. Dit gebeurt nu al door gezamenlijk in een consortium samen te werken en eventueel ook gezamenlijk in te kopen. Dit biedt mogelijkheden omdat hierdoor diversiteit aan aanbieders blijft bestaan en daarmee onder meer de keuzevrijheid voor cliënten wordt behouden.

Sommige kleine organisaties werken ook heel specifiek met elkaar samen om het tekort aan verpleegkundigen op niveau 6 op te vangen. De organisatie die wel hbo-verpleegkundigen in dienst heeft, doet de indicatie. Een risico hiervan is dat de indicatiestelling los raakt van de overige zorg. Mogelijk gebeurt dit alleen in de overgangsfase. Verwacht wordt dat er een proces van concentratie van zorgaanbieders zal optreden om aan de eisen van het normenkader en de voorwaarden van zorgverzekeraars te kunnen voldoen. Ook een experiment met voorkeursaanbieders per gebied zal het aantal aanbieders beperken.

3.5 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor wijkverpleegkundigen

Aan alle partijen is gevraagd welke relevante veranderingen men in de toekomst verwacht ten aanzien van de wijkverpleging en welke gevolgen dit heeft voor vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen. Hieronder worden de belangrijkste punten samengevat.

3.5.1 Vraag naar wijkverpleegkundigen

Zorgvraag neemt toe

Omdat mensen langer thuis wonen en eerder worden ontslagen uit zorginstellingen neemt zowel het volume als de complexiteit van de zorgvraag toe. De samenwerking tussen wijkverpleging en ziekenhuis zal daardoor intensiveren en dat geldt ook voor de samenwerking met andere aanbieders.

van zorg en welzijn en met mantelzorgers en vrijwilligers die ertoe bijdragen dat cliënten thuis kunnen blijven wonen.

De meeste geïnterviewden verwachten dat de behoefte aan verpleegkundigen hierdoor toe zal nemen op zowel niveau 4 als niveau 6. Daarnaast zijn ook nieuwe competenties vereist, onder meer voor de sturing op eigen regie in de richting van de cliënt, maar ook voor instructie en ondersteuning van de mantelzorgers.

Meer wijkverpleegkundigen per team

De verschillen tussen zorgaanbieders wat betreft het aandeel hbo-verpleegkundigen in de extramurale formatie zijn groot. Dit aandeel verschilt van gemiddeld minder dan één per team tot zelfs vier hbo-verpleegkundigen per team van 12-15 thuiszorgmedewerkers, waarbij meer dan twee hbo'ers overigens tot de uitzonderingen behoort. Het komt veel voor dat er in een team één hbo-verpleegkundige aanwezig is. De organisaties met het kleinste aandeel hbo-verpleegkundigen werken er op dit moment het hardst aan om dit aantal te verhogen. De verschillende partijen en ook zorgaanbieders onderling hebben verschillende beelden bij een optimaal aandeel hbo-verpleegkundigen. Meermaals is een gewenst aantal van twee wijkverpleegkundigen per thuiszorgteam van 12-15 medewerkers genoemd. Deze verhouding impliceert een verschuiving naar meer verpleegkundigen op hbo-niveau. Sommige zorgverzekeraars hebben dit voor 2016 opgenomen in hun inkoopbeisen. Zij brengen nu ook in kaart hoeveel nieuwe cliënten worden aangemeld, hoeveel doorstroom vanuit ziekenhuis naar de thuiszorg plaatsvindt en hoeveel herindicaties er zijn.

Verandering in de inzet van wijkverpleegkundigen

Het wijkgericht werken wordt als integraal onderdeel van het werk van de wijkverpleegkundige gezien. Omdat men vindt dat de wijkverpleegkundige verantwoordelijk is en blijft voor de genoemde taken, verwacht men weinig verschuivingen naar andere professionals.

Inzet van hulpmiddelen leidt niet tot minder vraag naar wijkverpleegkundigen

Over de inzet van moderne hulpmiddelen wordt zeer verschillend gedacht en deze hulpmiddelen worden ook verschillend gebruikt. Bij sommige zorgaanbieders heeft elke medewerker een iPad. Soms stuurt men sterk op het aanschaffen van hulpmiddelen (zoals steunkousenaantrekkers, oogdruppelhulp, medicijnendispensers, iPads t.b.v. Beeldzorg) om te sturen op zelfredzaamheid en vermindering van de zorguren. Bij andere zorgaanbieders kiest men nadrukkelijk voor face-to-face-contact en gelooft men minder in de mogelijkheden om door inzet van hulpmiddelen te bezuinigen op de uren. De geïnterviewden menen dat de inzet van hulpmiddelen kan zorgen voor minder inzet van uren per cliënt, maar niet voor minder inzet van de wijkverpleging, omdat de hulpmiddelen veelal vervangend zijn voor de taken op lagere functieniveaus.

Verdergaande digitalisering en afstemming van systemen helpt om het dubbel invoeren van gegevens uit te bannen, de administratieve last te verlichten, waardoor er minder personele inzet voor deze taken nodig is. Dat geldt ook voor de invoering van een geautomatiseerd classificatiesysteem.

Financiële middelen beperken de vraag

Gezien de financiële krapte zal de vraag naar personeel afhankelijk zijn van budget dat daarvoor beschikbaar is. Zorgaanbieders en brancheorganisatie hebben zorgen over de toekomstige kosten van wijkverpleegkundigen ingeval de salariëring van hbo-verpleegkundigen omhoog gaat naar FWG 55 - zoals sommigen verwachten - in combinatie met financiële krapte en zorg over productieplafonds. (Sommige zorgverzekeraars doen wel aanerschikking gedurende het jaar, andere niet.) BTN vreest dat de budgettaire krapte ook ten koste gaat van het opleidingsbudget, terwijl opscholing juist noodzakelijk is.

3.5.2 Aanbod van wijkverpleegkundigen

Aanbod zal achterblijven bij de vraag

Ondanks de imagoverbetering die gepaard gaat met de veranderde rol en positionering van de wijkverpleegkundige, verwachten partijen over het algemeen dat er voorlopig een tekort zal blijven aan hbo-verpleegkundigen. Dat geldt voor zorgaanbieders, maar ook voor andere partijen die signalen krijgen uit het veld. ActiZ, BTN en V&VN (2014) constateren gezamenlijk dat er onvoldoende wijkverpleegkundigen zijn die in 2015 voldoen aan het normenkader, zowel kwantitatief als kwalitatief.

BTN vreest dat doordat organisaties te weinig hbo-opgeleide verpleegkundigen in dienst hebben, de wijkverpleegkundige zoveel tijd kwijt is aan indiceren, dat zij los komt te staan van het directe zorgproces. Dit is onwenselijk.

Sommigen uiten ook hun zorg over het aantal mbo-verpleegkundigen. De omvang van de verwachte vraag naar verpleegkundigen (niveau 4 en 6) vindt men echter moeilijk te voorspellen. De complexiteit van de zorg thuis neemt weliswaar toe, maar zorgaanbieders proberen ook om de omvang van de zorg te verminderen om niet boven het budgetplafond van de zorgverzekeraar uit te komen. De bezuiniging vindt vooral plaats door minder zorg te bieden op het niveau van helpende. Eén zorgaanbieder gaf aan alleen de verpleegkundigen een vast contract te bieden om hen te binden aan de organisatie.

Bijscholing en opscholing

Op dit moment is/wordt al veel geschoold. Doorgaans hebben alle wijkverpleegkundigen een cursus indiceren en zorg organiseren gevolgd (met classificatiesystemen OMAHA of Nanda). De organisaties verschillen in de mate waarin ook mbo-verpleegkundigen de scholing hebben gevolgd. Als organisaties daarvoor kiezen, is dat soms (maar niet altijd) ingegeven door een tekort aan hbo-opgeleide verpleegkundigen.

Daarnaast is er een grote behoefte aan scholing en bijscholing voor wijkverpleegkundigen en andere medewerkers op het gebied van nieuwe benodigde competenties die samenhangen met de sturing op zelfregie, de sturing van mantelzorgers en vrijwilligers, de samenwerking met andere organisaties in de sociale wijkteams en daarbuiten (interprofessionele samenwerking), preventie, het omgaan met nieuwe hulpmiddelen en instrumenten en het werken in zelfsturende teams.

In de meeste organisaties is een start gemaakt met de opscholing van mbo-verpleegkundigen tot hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen. Veel aanbieders stimuleren hun mbo-verpleegkundigen om zich op te laten scholen. De zorgaanbieders met het kleinste aandeel hbo-verpleegkundigen werken er op dit moment het hardst aan om dit aantal te verhogen. Aanbieders geven echter ook aan dat het aantal van de mbo-verpleegkundigen dat kan en wil opscholen naar hbo-niveau beperkt is.

4 Resultaten uit de vragenlijstonderzoeken

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten uit de vragenlijstonderzoeken die in dit onderzoek zijn uitgevoerd. Het betreft het vragenlijstonderzoek onder zorgaanbieders (4.1), aangevuld met enkele impressies uit de interviews met zorgaanbieders (4.2), en het onderzoek onder opleiders voor de hbo-verpleegkunde (4.3).

4.1 Resultaten enquête zorgaanbieders

Om inzicht te krijgen in de behoefte aan en inzet van wijkverpleegkundigen is in juni 2015 een enquête uitgezet onder leden van ActiZ en BTN die extramurale verpleging en verzorging aanbieden. Van de 475 benaderde zorgaanbieders hebben 113 organisaties de vragenlijst volledig ingevuld. Het responspercentage komt daarmee uit op 24%. Bij deze 113 concerns werken 158.049 werknemers (82.228 fte), oftewel 43% van de werkgelegenheid in de VVT.

Van de 113 organisaties heeft 57% de vragen op concernniveau beantwoord en 43% voor een organisatieonderdeel. Hierdoor heeft de respons uiteindelijk betrekking op een kleinere groep werknemers, namelijk op 97.467 werknemers (53.246 fte). Van deze 97.467 werknemers behoren 38.098, oftewel 39%, tot het verpleegkundig en verzorgend personeel in de thuiszorg (19.844 fte). Bij de zorgaanbieders die de vragen op concernniveau hebben ingevuld werken per organisatie gemiddeld 1.297 personen in loondienst (711 fte), waarvan 431 V&V-ers in de thuiszorg (219 fte). Bij de zorgaanbieders die de vragen voor een organisatieonderdeel hebben ingevuld werken bij dat onderdeel gemiddeld 295 personen (159 fte), waarvan 213 V&V-ers in de thuiszorg (117 fte).

4.1.1 Samenstelling personeelsbestand

Het onderzoek is gericht op het verpleegkundig en verzorgend personeel dat zich bezig houdt met extramurale verpleging en verzorging. Tabel 4.1 laat zien hoeveel thuiszorgaanbieders één of meer van de onderscheiden groepen V&V-ers in dienst hebben. In totaal hebben 93 van de 113 organisaties hierover informatie gegeven. We vergelijken deze informatie met de resultaten van enquêtes van ActiZ en BTN uit het voorjaar van 2014, waarin een vergelijkbare vraag is gesteld (ActiZ, BTN en V&VN, 2014).⁶

In de ActiZ/BTN onderzoeken komt naar voren dat er in het voorjaar van 2014 onvoldoende hbo-verpleegkundigen werkzaam waren bij de thuiszorgorganisaties. Door de grote veranderingen tussen 2014 en 2015 is het echter lastig om cijfers te vergelijken. Uit het ActiZ-onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat 21% van de organisaties niet beschikt over één of meer hbo/wijkverpleegkundigen, in de huidige enquête is dat slechts 4%.

Uit Tabel 4.1 blijkt dat in het huidige onderzoek vrijwel alle zorgaanbieders kunnen beschikken over één of meer hbo/wijkverpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen of verzorgenden. Daarnaast geeft bijna een derde van de organisaties aan over één of meer verpleegkundig specialisten te beschikken, waarbij het overigens de vraag is of alle respondenten daar alleen een master-opgeleide verpleegkundige onder hebben verstaan die de beschermde titel Verpleegkundig specialist mag voeren of ook gespecialiseerd verpleegkundigen. Onze inschatting, op basis van het totale aantal Verpleegkundig Specialisten dat werkzaam is in de VVT, is dat dit laatste het geval is. Tot slot maakt de helft van de thuiszorgaanbieders gebruik van overig cliëntgebonden personeel voor de extramurale verpleging en verzorging.

⁶ In dit onderzoek is alleen niet gevraagd naar de aanwezigheid van verpleegkundig specialisten en overig cliëntgebonden personeel.

Tabel 4.1 Aandeel organisaties die beschikken over specifieke V&V-kwalificaties

	Onderzoek ActiZ 1 mei 2014 (N=151)	Onderzoek Kiwa Carity/CAOP 1 juni 2015 (N=93)
Verpleegkundig specialist		31%
Hbo/wijkverpleegkundige	79%	96%
Mbo-verpleegkundige	83%	91%
Verzorgende/verzorgende IG	82%	95%
Overig cliëntgebonden personeel		52%

Tabel 4.2 geeft aan hoe op 1 juni 2015 bij de geënquêteerde thuiszorgaanbieders de samenstelling van het verpleegkundig en verzorgend personeel voor de extramurale verpleging en verzorging is. Welk deel van het V&V-personeel is verpleegkundig specialist, welk deel hbo/wijkverpleegkundige, etc.? De tabel laat zien hoe de samenstelling is op basis van het aantal personen en hoe op basis van het aantal fte. De cijfers zijn gebaseerd op 76 van de 113 thuiszorgaanbieders die over beide aspecten informatie hebben gegeven.

Tabel 4.2 Gemiddelde samenstelling van het V&V-personeel in een thuiszorgorganisatie dat zich bezig houdt met extramurale verpleging en verzorging (N=76 organisaties)

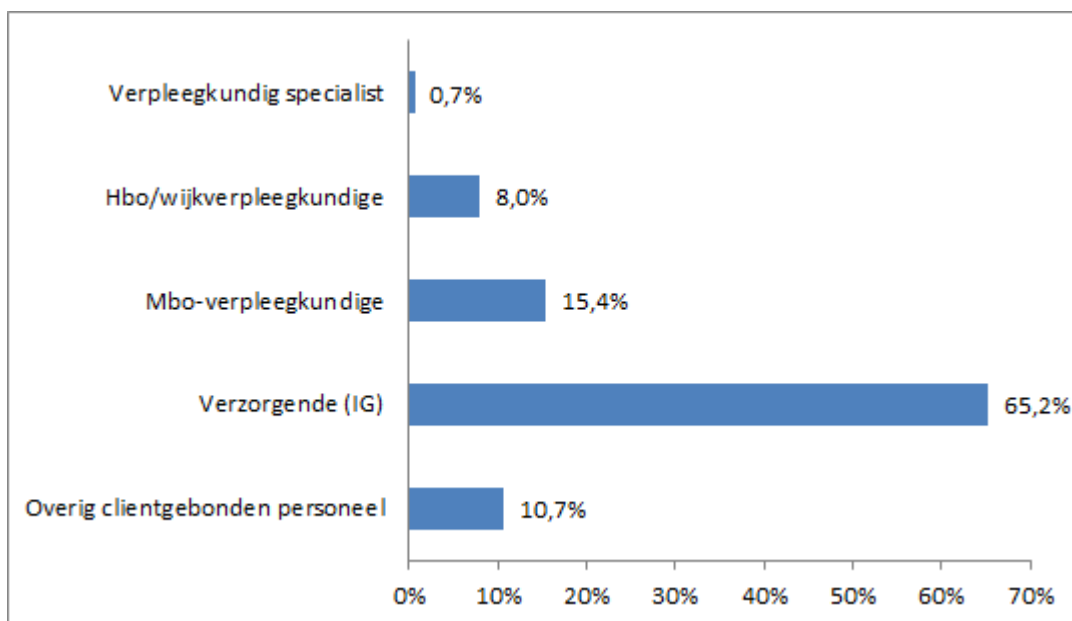
	Samenstelling in aantal (%)	Samenstelling in fte (%)
Verpleegkundig specialist	0,9%	1,0%
Hbo/wijkverpleegkundige	14,8%	20,3%
Mbo-verpleegkundige	22,6%	20,6%
Verzorgende/verzorgende IG	54,4%	51,6%
Overig cliëntgebonden personeel	7,3%	6,5%
Totaal	100%	100%

Van het V&V-personeel is 15% hbo/wijkverpleegkundige en 23% mbo-verpleegkundige. Ruim de helft van het aantal V&V-ers wordt gevormd door verzorgend (IG) personeel. In fte uitgedrukt is het aandeel hbo/wijkverpleegkundigen groter, namelijk 20%. Dit wijst erop dat hbo/wijkverpleegkundigen verhoudingsgewijs in grotere deeltijdbanen werken dan andere V&V-ers.

Het aandeel wijkverpleegkundigen ligt wat hoger dan in de benchmark van VVT-instellingen. Volgens de benchmark 2014 is van de extramurale formatie gemiddeld 15,6% wijkverpleegkundige. Bij de koplopers in de benchmark ligt dat met 18,1% hoger (ActiZ, 2014).

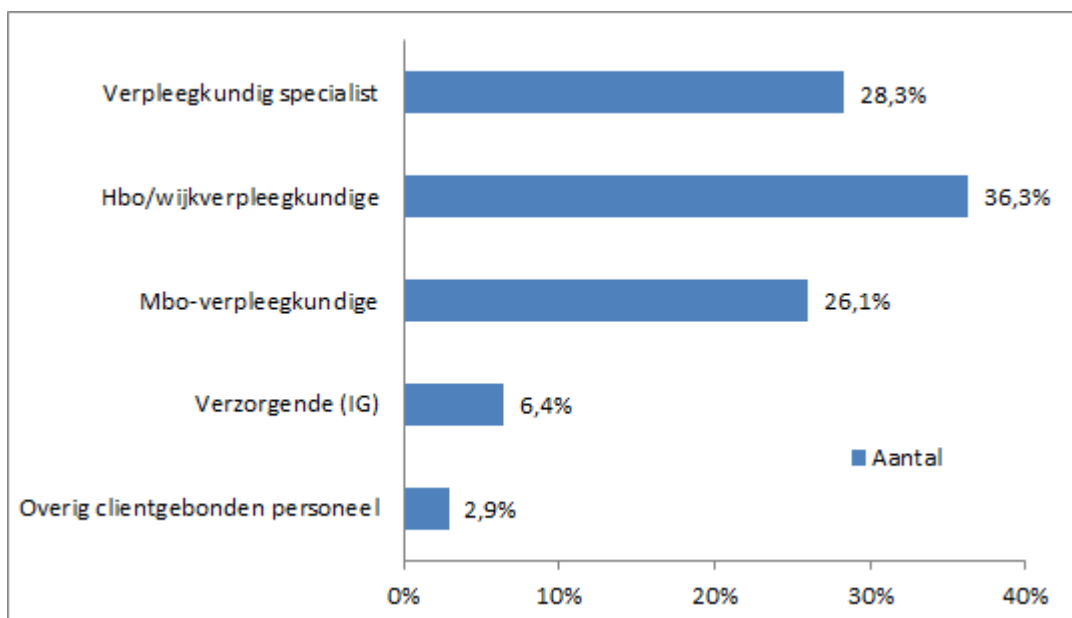
Vrijwel alle aanbieders (95%) werken met reguliere thuiszorgteams. Een team bestaat in dit onderzoek uit gemiddeld 16 personen (In de Benchmark 2014 is dat 15,4 personen). Figuur 4.1 laat zien hoe de samenstelling van een gemiddeld regulier thuiszorgteam eruit ziet. Deze figuur is gebaseerd op 69 van de 107 organisaties die met reguliere thuiszorgteams werken en die informatie hebben gegeven over de samenstelling van die teams. Bij deze respondenten is gemiddeld 8% van de medewerkers in een team een hbo/wijkverpleegkundige. Dat betekent dat een regulier thuiszorgteam gemiddeld ruim 1 hbo/wijkverpleegkundige in z'n team heeft. Twee derde van de teamleden is een verzorgende (IG) en 15% is mbo-verpleegkundige.

Figuur 4.1 Samenstelling van een gemiddeld regulier thuiszorgteam op basis van aantal medewerkers in het team (N=69 organisaties)



Figuur 4.2 bevat vergelijkbare informatie, maar dan over de samenstelling van gespecialiseerde verpleegkundige teams.⁷ Dergelijke teams komen overigens veel minder vaak voor: slechts een derde van de zorgaanbieders zegt gebruik te maken van een of meer gespecialiseerde verpleegkundige teams (gemiddelde omvang 14 personen). De informatie in figuur 4.2 is gebaseerd op 21 van de 38 respondenten die aangeven dat ze gebruik maken van dergelijke teams en die informatie hebben gegeven over de samenstelling. Uit figuur 4.2 blijkt dat ruim 90% van de mensen in dergelijke teams een verpleegkundige achtergrond heeft, waarvan 36% hbo/wijkverpleegkundige is.

Figuur 4.2 Samenstelling van een gemiddeld gespecialiseerd verpleegkundig team op basis van aantal medewerkers in het team (N=21 organisaties)



⁷ In de enquête zijn gespecialiseerde verpleegkundige teams niet nader gedefinieerd en is het aan de interpretatie van de respondenten overgelaten of zij met dergelijke teams werken.

4.1.2 Inhuur van personeel

De helft van de organisaties maakt voor de extramurale verpleging en verzorging ook gebruik van medewerkers die niet in loondienst zijn. Ruim een kwart huurt verzorgend personeel in en één op de 10 organisaties een hbo/wijkverpleegkundige. Zorgaanbieders die personeel inhuren maken vooral gebruik van uitzendkrachten (61%) en ZZP-ers (54%) en in mindere mate van oproepkrachten met voorovereenkomst⁸ (26%). Soms wordt personeel ingeleend van een andere thuiszorgorganisatie. Voor hbo/wijkverpleegkundigen verloopt de inhuur op vergelijkbare wijze.

Ingehuurde V&V-ers vormen gemiddeld 4,5% van het totale V&V-personeelsbestand (inhuur + in loondienst) (zie Tabel 4.3). De meeste inhuur vindt plaats bij mbo-verpleegkundigen, gevolgd door verpleegkundig specialisten. Van de hbo/wijkverpleegkundigen is ruim 3% ingehuurd.

Tabel 4.3 Aandeel organisaties dat personeel inhuurt en omvang van de inhuur

	% organisaties dat inhuurt (N=max 95)	% van het personeel (N=Max 91)
Verpleegkundig specialist	6,5%	5,3%
Hbo/wijkverpleegkundige	10,8%	3,2%
Mbo-verpleegkundige	18,9%	6,5%
Verzorgende/verzorgende IG	28,4%	1,3%
Overig cliëntgebonden personeel	5,4%	4,9%
Totaal	50,4%	4,5%

Er zijn 26 organisaties in het onderzoek die medewerkers inhuren én de samenstelling van hun inhuur hebben aangegeven in personen en fte. De resultaten hiervan staan in Tabel 4.4. Het grootste deel van de inhuur (56%) heeft betrekking op mbo-verpleegkundigen. Bijna één op de vijf ingehuurde arbeidskrachten is een hbo/wijkverpleegkundige.

Tabel 4.4 Samenstelling van ingehuurd V&V-personeel naar kwalificatie (N=26 organisaties)

	Samenstelling in personen	Samenstelling in fte
Verpleegkundig specialist	1,3%	2,2%
Hbo/wijkverpleegkundige	18,4%	16,3%
Mbo-verpleegkundige	56,0%	48,8%
Verzorgende/verzorgende IG	22,5%	29,5%
Overig cliëntgebonden personeel	1,8%	3,1%
Totaal	100%	100%

4.1.3 Tijdsbesteding van hbo- en mbo-verpleegkundigen

Zorgaanbieders is gevraagd een globale inschatting te geven van de tijdsbesteding van hbo- en mbo-verpleegkundigen na 1 juni 2015, dat wil zeggen na afronding van de verplichte herindicaties. Tabel 4.5 laat zien dat hbo/wijkverpleegkundigen een groter deel van hun tijd besteden aan wijkgerichte activiteiten, indicatiestelling en het coachen en aansturen van hun team, terwijl mbo-verpleegkundigen veel vaker worden ingezet voor directe zorgverlening aan cliënten.

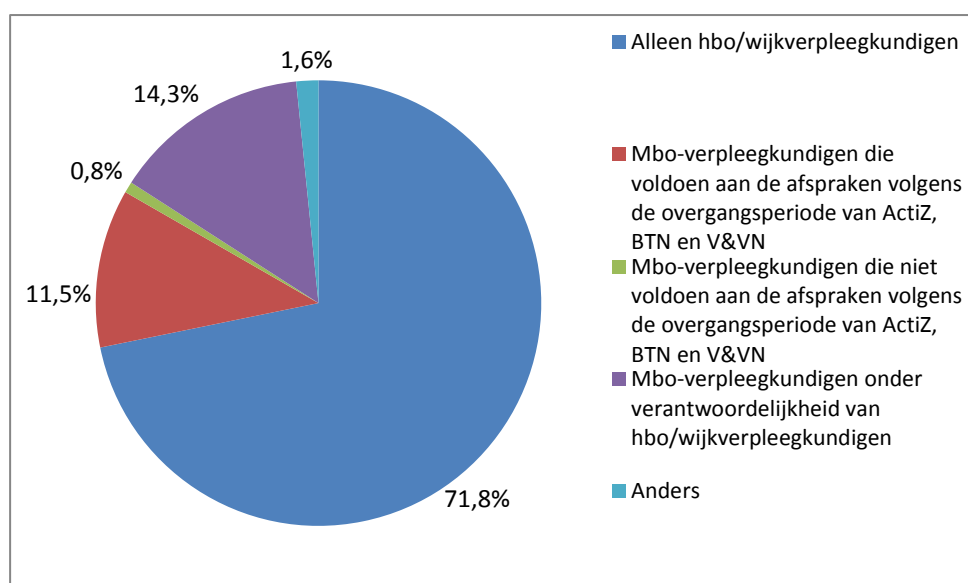
⁸ De voorovereenkomst is een overeenkomst op grond waarvan steeds tijdelijke arbeidsovereenkomsten voor de duur van de oproep tot stand komen, nadat de werkgever de werknemer heeft opgeroepen en de werknemer de oproep heeft aanvaard. Zie: <http://www.arbeidscontracten.com/info/Page5voorovereenkomst.html>

Tabel 4.5 Tijdsbesteding van hbo- en mbo-verpleegkundigen (N=113 organisaties)

	Hbo/wijkverpleegkundige	Mbo-verpleegkundige
Wijkgerichte activiteiten	13,7%	6,2%
Indicaties en herindicaties	24,7%	6,3%
Zorgcoördinatie	17,2%	17,8%
Zorgverlening aan cliënten	26,4%	56,0%
Coachen en aansturen team	12,5%	8,0%
Andere taken	5,7%	5,8%
Totaal	100%	100%

Uit Tabel 4.5 blijkt dat zowel hbo- wijkverpleegkundigen als mbo-verpleegkundigen in de wijk zich met indicatiestelling bezig houden. Figuur 4.3 laat zien hoe de tijdsbesteding aan indicatiestelling precies is verdeeld over deze functies.

Figuur 4.3 Wie doen de indicatiestelling? (%)



Bijna driekwart van de indicaties gebeurt door hbo/wijkverpleegkundigen. Ruim 10% van de indicaties vindt plaats door een mbo-verpleegkundige die voldoet aan de afspraken van ActiZ, BTN en V&VN voor de overgangperiode⁹. In ruim 83% van de gevallen verloopt de indicatiestelling dus in overeenstemming met de afspraken. In ruim 14% van de gevallen indiceert een mbo-verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een hbo/wijkverpleegkundige en in 2% van de gevallen wordt de indicatiestelling op een andere manier ingevuld. Daarmee voldoet 14-17% niet aan het normenkader, dan wel aan de afspraken voor de overgangperiode.

4.1.4 Tekorten aan personeel

Vacatures

Medio 2015 heeft 53% van de zorgorganisaties vacatures voor verpleegkundige functies voor de extramurale verpleging en verzorging (zie Tabel 4.6). Van de zorgaanbieders heeft 40% een of meer vacatures voor een hbo/wijkverpleegkundige en een derde voor een mbo-verpleegkundige. Bijna 100% van de organisaties met een of meerdere vacatures voor hbo-verpleegkundigen, beschouwt deze als moeilijk vervulbaar. De vacaturegraad (het aantal vacatures als aandeel van de desbetreffende personeelscategorie) is voor alle drie verpleegkundige kwalificaties relatief hoog, vooral voor hbo/wijkverpleegkundigen. Een normale waarde zou rond de 2% liggen. Als

⁹ Zie hiervoor hoofdstuk 3

zorgaanbieders vacatures voor deze functies hebben dan worden die in minimaal twee derde van de gevallen als moeilijk vervulbaar bestempeld.

Tabel 4.6 Samenstelling van ingehuurd V&V-personeel naar kwalificatie (in %)

	% aanbieders met vacatures	Vacaturegraad	% moeilijk vervulbaar
Verpleegkundig specialist	6,4	4,0	85,7
Hbo/wijkverpleegkundige	40,0	6,1	97,7
Mbo-verpleegkundige	33,0	4,2	66,7

Opscholing mbo-verpleegkundigen

Eén van de manieren om tekorten aan personeel op te lossen is door zelf personeel op te leiden. Met het oog op de groeiende behoefte aan hbo/wijkverpleegkundigen hebben we aan de zorgaanbieders gevraagd hoeveel mbo-verpleegkundigen de hbo-v opleiding (gaan) doen en hoeveel daarnaast de potentie en bereidheid hebben om deze opleiding op een later moment te gaan doen. Uit Tabel 4.7 blijkt dat 4% van de mbo-verpleegkundigen in 2014 met de hbo-v is begonnen en dat 5% in 2015 de opleiding gaat doen. Dat betekent dus dat 9% van de mbo-verpleegkundigen bezig is zich op te scholen tot hbo-(wijk)verpleegkundige. In 70% van de gevallen gebeurt dat in het publiek gefinancierde deel van het onderwijs. De helft van de zorgaanbieders maakt voor de bekostiging van opscholing mede gebruik van een regionaal sectorplan voor bij- en nascholing.

Tabel 4.7 Opscholing mbo-verpleegkundigen naar hbo-v (in %)

Aandeel mbo-verpleegkundigen	
Aandeel dat in 2014 is gestart met hbo-v	4,1%
Aandeel dat in 2015 gaat starten met de hbo-v	5,0%
Totaal opscholing	9,1%

Volgens twee derde van de zorgaanbieders zijn er nog meer mbo-verpleegkundigen die opgeschoold zouden kunnen worden naar hbo-niveau. De inschatting is dat naast de mbo-verpleegkundigen die al een hbo-v opleiding (gaan) doen, nog eens 17% de potentie heeft om het hbo-v diploma te behalen (zie Tabel 4.8). Niet iedereen is daar volgens de zorgaanbieders echter toe bereid. Circa een op de acht mbo-verpleegkundigen (13%) heeft volgens hen de potentie én de bereidheid om de hbo-v te gaan doen. Belangrijke kanttekening hierbij is wel dat momenteel een derde van de organisaties ook vacatures heeft voor mbo-verpleegkundigen, die vaak moeilijk vervulbaar zijn. Dit kan een belemmering vormen voor opscholing, omdat dan de tekorten aan mbo-verpleegkundigen gaan toenemen.

Tabel 4.8 Inschatting zorgaanbieders van het aandeel mbo-verpleegkundigen met potentie en bereidheid om de hbo-v te gaan doen (bovenop de mbo-verpleegkundigen die deze opleiding al gaan volgen)

Aandeel mbo-verpleegkundigen	
Aandeel dat potentie heeft voor hbo-v	17,1%
Aandeel dat potentie en bereidheid heeft om hbo-v te doen	13,2%

Tekorten per 1 januari 2016

80% Van de zorgaanbieders zegt per 1 januari 2016 voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen te hebben die voldoen aan het normenkader voor indiceren en organiseren van zorg. Eén op de vijf verwacht echter dan nog een tekort te hebben. Redenen die zorgaanbieders daarvoor geven zijn:

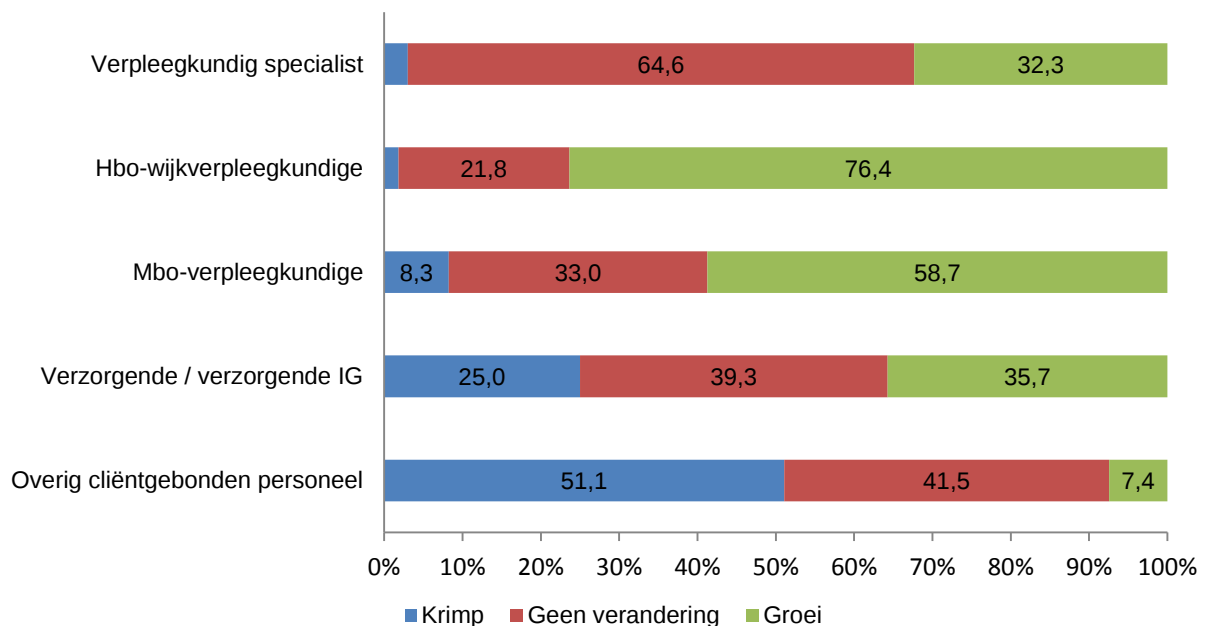
- Men heeft moeite met het werven van personeel om vacatures te vervullen;
- Het is moeilijk om niveau 6 medewerkers te behouden;
- Er zijn verpleegkundigen in opleiding, maar die voldoen per 01-01-2016 nog niet aan alle eisen;
- Een deel van de hbo-verpleegkundigen komt net uit de opleiding. Hoewel zij formeel als beginnend beroepsbeoefenaar aan het normenkader voldoen, vinden sommige zorgaanbieders dat ze nog onvoldoende bekwaam zijn en nog bijscholing nodig hebben;
- Sommige hbo-verpleegkundigen zijn te veel bezig met organiseren en het coachen van teams en komen daardoor nauwelijks toe aan hun eigen vak.

4.1.5 Toekomstige ontwikkeling werkgelegenheid

De werkgelegenheid voor de extramurale verpleging en verzorging zal zich naar verwachting op een positieve manier ontwikkelen. De helft van de zorgaanbieders verwacht dat de werkgelegenheid in de komende twee jaar gaat groeien, 18% verwacht een krimp. Gemiddeld verwacht men dat de werkgelegenheid met 5,7% zal groeien.

Kijken we naar de verwachte werkgelegenheidsontwikkeling per kwalificatie (figuur 4.4), dan wordt het vaakst groei verwacht bij hbo/wijkverpleegkundigen: ruim driekwart van de zorgaanbieders (76,4%) verwacht dat het aantal wijkverpleegkundigen zal toenemen. Bijna 60% van de organisaties verwacht dat ook voor mbo-verpleegkundigen. De sterkste krimp treedt op bij het overig cliëntgebonden personeel. Meer dan de helft van de organisaties verwacht daar krimp.

Figuur 4.4 Verwachte krimp en groei bij verpleegkundige en verzorgende functies (in %)



In aanvulling hierop hebben we zorgaanbieders eveneens gevraagd hoe bij hen de werkgelegenheid van hbo/wijkverpleegkundigen zich tot en met 2018 zal ontwikkelen, wat de omvang is van de verwachte groei. Zij verwachten dat een groei van jaarlijks 10% nodig is om aan de toekomstige zorgvraag te voldoen. Ten opzichte van 2015 zal het aantal hbo/wijkverpleegkundigen met bijna een derde moeten toenemen. In fte is de benodigde toename ruim een kwart.

Tabel 4.9 Verwachte jaar op jaar groei van Hbo/wijkverpleegkundigen (in %)

	2016	2017	2018	Totaal
Aantal Hbo/wijkverpleegkundigen	11,5%	9,3%	8,1%	31,5%
Aantal fte Hbo/wijkverpleegkundigen	9,5%	8,5%	6,8%	26,8%

4.1.6 Toekomstige samenstelling werkgelegenheid

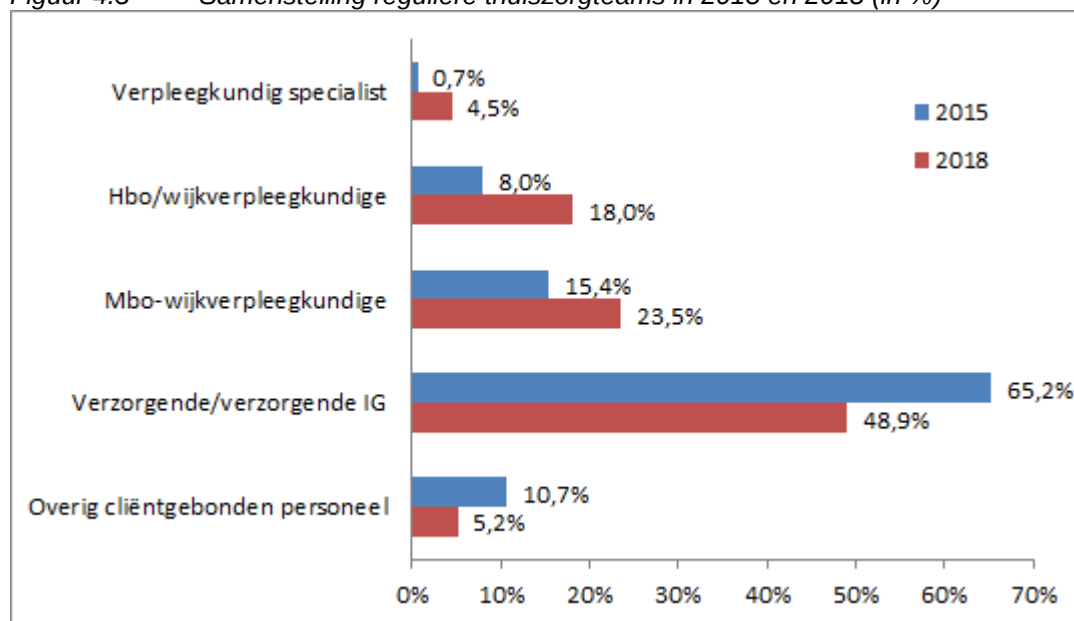
Tabel 4.10 laat zien hoe de samenstelling van het V&V-personeel er volgens zorgaanbieders over vier jaar uit zou moeten zien.¹⁰ Er is duidelijk een trend naar meer verpleegkundig personeel. Het aandeel hbo/wijkverpleegkundigen neemt toe van 15 naar 19%. De toename van verpleegkundig personeel gaat ten koste van verzorgenden en overig cliëntgebonden personeel.

Tabel 4.10 Samenstelling V&V-personeel in 2015 en 2018 (in %)¹¹

	2015 (N=76)	2018 (N=107)
Verpleegkundig specialist	0,9%	5,1%
Hbo/wijkverpleegkundige	14,8%	19,0%
Mbo-verpleegkundige	22,6%	23,8%
Verzorgende/verzorgende IG	54,4%	47,0%
Overig cliëntgebonden personeel	7,3%	5,1%
Totaal	100%	100%

Figuur 4.5 laat de gewenste samenstelling van reguliere thuiszorgteams in 2018 zien. Bij reguliere teams zien we een forse toename van de inzet van verpleegkundigen en een afname van verzorgenden en overig cliëntgebonden personeel. Het aandeel hbo/wijkverpleegkundigen neemt in deze teams toe van 8 naar 18% en het aandeel mbo-verpleegkundigen van 15 naar 24%.

Figuur 4.5 Samenstelling reguliere thuiszorgteams in 2015 en 2018 (in %)



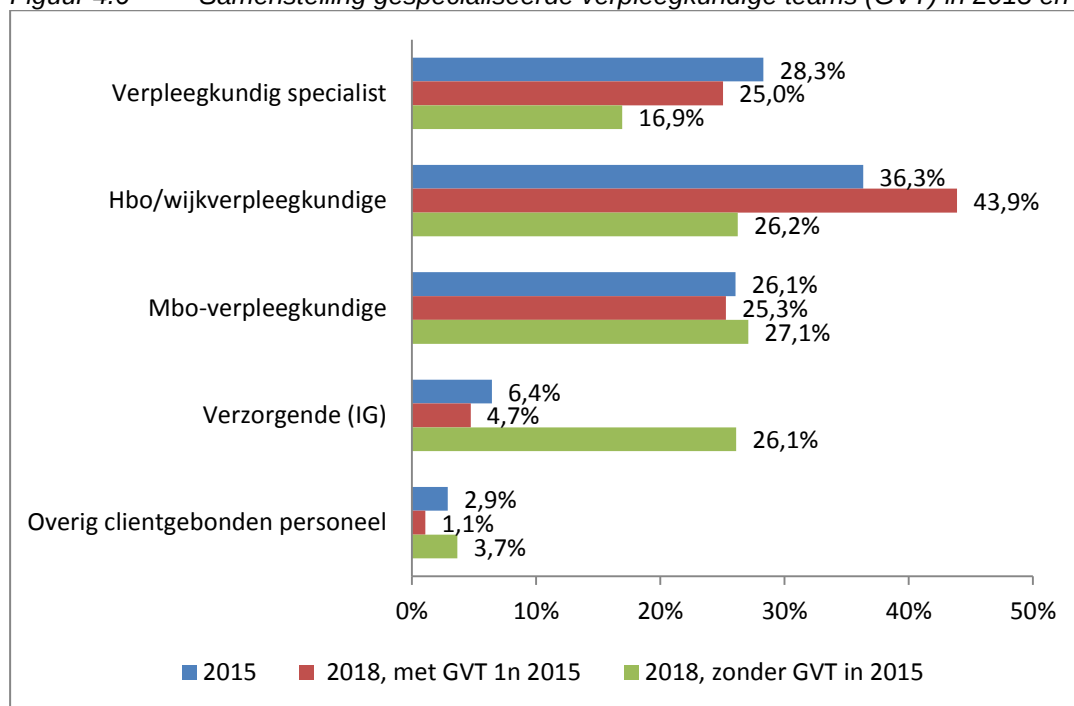
¹⁰ Omdat er niet in algemene zin gevraagd is naar de gewenste samenstelling van het V&V-personeel over vier jaar, is die samenstelling afgeleid uit de gewenste samenstelling van reguliere thuiszorgteams en de gewenste samenstelling van gespecialiseerde verpleegkundige teams. Daarbij is de aanname gedaan dat de verhouding tussen beide teams in de komende jaren niet zal veranderen. Als zorgaanbieders in de toekomst met verpleegkundige teams blijven werken, is de samenstelling berekend op basis van de huidige verhouding tussen teams. Als aanbieders in de toekomst met verpleegkundige teams willen gaan werken, is de verhouding gebruikt bij zorgaanbieders die al met dergelijke teams werken (verhouding 1:17). Gaat men over vier jaar niet of niet meer met gespecialiseerde teams werken, dan is de samenstelling gebaseerd op de gewenste samenstelling van een gemiddeld regulier thuiszorgteam.

¹¹ In de vragenlijst is bij de samenstelling over 4 jaar niet gevraagd of dit in aantal of fte moet worden uitgedrukt. Bij de huidige samenstelling is dat wel gedaan. In Tabel 4.10 en 4.11 is de huidige samenstelling in personen vergeleken met de toekomstige samenstelling.

De gewenste samenstelling van gespecialiseerde verpleegkundige teams (GVT)¹² hangt samen met of een zorgaanbieder op dit moment al met dergelijke teams werkt of dat dit een wens voor de toekomst is. Figuur 4.6 laat zien dat zorgaanbieders die al ervaring hebben met GVT's in 2018 met name meer hbo/wijkverpleegkundigen in hun teams willen hebben. Hun aandeel neemt toe van 36% nu naar 44% in 2018. Die toename gaat ten koste van alle andere personeelscategorieën.

Er zijn veel zorgaanbieders die nu nog niet met GVT's werken, maar dat in de toekomst wel willen gaan doen. Dat aandeel neemt toe van 34% nu naar 69% in de komende vier jaar. Uit Figuur 4.6 blijkt dat zorgaanbieders die in 2015 nog geen GVT's hadden en dit in 2018 wel nastreven (de groene staven), een andere samenstelling van deze teams voor ogen hebben dan de aanbieders die nu al met dergelijke teams werken. In deze teams is 17% verpleegkundig specialist en is ruim een kwart van de teamleden hbo/wijkverpleegkundige. Eveneens ruim een kwart is mbo-verpleegkundige en verzorgende.

Figuur 4.6 Samenstelling gespecialiseerde verpleegkundige teams (GVT) in 2015 en 2018



4.1.7 Indicatiestelling op langere termijn

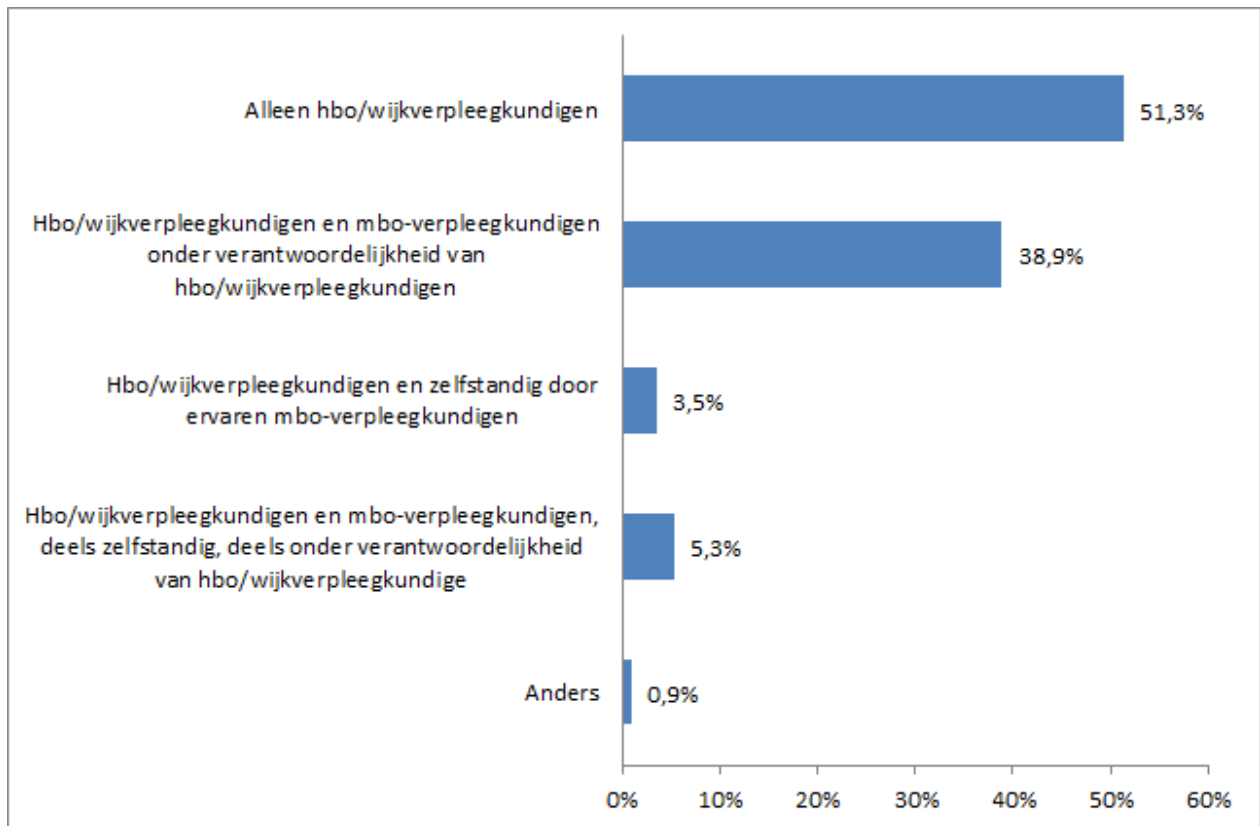
Wat is het beleid van zorginstellingen ten aanzien van de indicatiestelling op de langere termijn? Het beleid van ActiZ, BTN en V&VN is dat hbo/wijkverpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor het indiceren en organiseren van zorg. Hoe zien zorgaanbieders dat?

Bij vrijwel alle zorgaanbieders bestaat de wens dat hbo/wijkverpleegkundigen betrokken zijn bij de indicatiestelling (zie Figuur 4.7). Ruim de helft van de zorgaanbieders wil de indicatiestelling conform het normenkader alleen door hbo-verpleegkundigen laten doen. De rest van de zorgaanbieders ziet bij de indicatiestelling ook een rol weggelegd voor mbo-verpleegkundigen. Dit wijkt af van het door V&VN opgestelde normenkader. Verreweg het grootste deel van hen zegt dat mbo-verpleegkundigen de indicatiestelling onder verantwoordelijkheid van een hbo-verpleegkundige zullen blijven doen

¹² We hebben geen onderzoek gedaan naar de aard van deze teams. Uit de interviews en uit de praktijk weten we echter dat deze zeer divers zijn en dat de werkzaamheden die deze teams verrichten mede afhankelijk zijn van de deskundigheid die in de reguliere teams aanwezig is. Werkzaamheden variëren van voorbehouden handelingen waarvoor in de teams onvoldoende bekwaamheid aanwezig is tot hooggespecialiseerde verpleegtechnische zorg in het verlengde van medisch specialistische zorg.

(39%). Bij 4% van de organisaties kunnen ervaren mbo-verpleegkundigen een deel van de indicaties zelfstandig (blijven) doen. Bij 5% van de aanbieders is sprake van een combinatie van mogelijkheden.

Figuur 4.7 Wie doet de indicatiestelling op langere termijn? (in %)



4.1.8 Stages

In de enquête onder zorgaanbieders zijn enkele vragen gesteld over stages voor hbo-studenten. Circa 70% van de 113 aanbieders heeft stageplaatsen voor hbo-studenten verpleegkunde in de wijkverpleging. Het kan hierbij gaan om allerlei soorten stages, ook snuffelstages e.d.

Van de organisaties die nu al stageplaatsen aanbieden is 44% bezig om het aantal plaatsen verder uit te breiden. Het belangrijkste knelpunt waar thuiszorgorganisaties mee te maken hebben is dat er onvoldoende kwantitatieve en kwalitatieve begeleiding kan worden geboden. Er is vaak onvoldoende begeleidingscapaciteit en er zijn vaak te weinig hbo-verpleegkundigen om stagiaires goed te kunnen begeleiden en te weinig hbo/wijkverpleegkundigen die als rolmodel kunnen dienen. Andere knelpunten zijn een tekortschietend aanbod van stagiaires, (kleine) thuiszorgaanbieders die geen volwaardige stageplaats kunnen bieden en de aansluiting van de opleiding op de werksituatie.

4.2 Resultaten online enquête opleidingsinstellingen

De hogescholen spelen een belangrijke rol in het aanbod van wijkverpleegkundigen. Hoeveel hbo-verpleegkundigen worden momenteel opgeleid en welk aandeel daarvan kiest een richting/uitstroomprofiel dat toerust voor werken in de thuiszorg? Om deze vragen te kunnen beantwoorden is een online enquête uitgevoerd onder 18 publieke en één private (NCOI) opleiders. Een andere private aanbieder (LOI) heeft weliswaar plannen om te starten met een verkorte opleiding hbo-verpleegkunde. Maar deze is nog niet gestart.

In totaal hebben 11 hogescholen en één private opleider deelgenomen aan het onderzoek, een responspercentage van 63%. In totaal vertegenwoordigen deze respondenten 66% van het aantal instromers in de opleiding hbo-verpleegkunde in 2014¹³. In 2014 was de instroom in de voltijd, deeltijd en duale variant van de opleiding hbo-verpleegkunde bij de respondenten in totaal 2643, tegenover 3995 van het totale aantal instromers op de opleiding hbo-verpleegkunde op de hogescholen.

Hieronder volgt een samenvatting van de resultaten uit de enquête.

4.2.1 Opleidingsvarianten bij de aanbieders en aanbod aan studenten

De opleidingsaanbieders bieden verschillende vormen van de opleiding hbo-verpleegkunde aan.

Tabel 4.11 Opleidingsvormen waarin de hbo-verpleegkunde wordt aangeboden

	Aantal opleiders	Numerus fixus	Studenten moeten afwijzen obv de numerus fixus
Voltijd	12	10	2
Deeltijd	9	6	2
Duaal	11	2	-
Verkort	10	3	1

In het schooljaar 2015-2016 hebben bijna alle respondenten bij de voltijdsopleidingen een numerus fixus gehanteerd, slechts twee hogescholen hebben op basis hiervan studenten moeten afwijzen. Dit betekent dat er in 2015 weinig aanbod is geweest aan studenten die vervolgens geen plaats hebben kunnen krijgen.

Bijna alle verkorte opleidingen zijn zowel gericht op mbo-verpleegkundigen die werkzaam zijn in de praktijk, als op mbo-verpleegkundigen die direct doorstromen vanuit de mbo-opleiding verpleegkunde. Eén opleider richt zich bij de verkorte opleiding uitsluitend op mbo-verpleegkundigen die werkzaam zijn in de praktijk.

De opleiders schatten in dat over alle opleidingsvarianten heen bijna 20% van de instromende studenten uit mbo-verpleegkundigen bestaat. Gemiddeld zes op de 10 van deze mbo-verpleegkundigen zijn studenten die werkzaam zijn in de praktijk, de overigen komen direct van de opleiding mbo-verpleegkunde.

De diversiteit tussen opleidingen is hier groot. Bij sommige opleiders is de verhouding 'werkzaam in de praktijk' versus 'direct afkomstig uit de mbo-opleiding' 80%-20%, bij andere opleiders andersom: 20%-80%.

4.2.2 Ontwikkeling van het aantal opleidingsplaatsen voor de hbo-verpleegkunde

In de thuiszorg, maar ook in andere zorgbranches, neemt de behoefte aan hbo-verpleegkundigen toe. Aan de opleiders is daarom gevraagd welke verwachtingen zij hebben over de ontwikkeling van het aantal opleidingsplaatsen op hun opleiding. De verwachtingen zijn divers, zoals blijkt uit tabel 4.12. Alleen bij de duale variant is er enige overeenstemming. De respondenten verwachten bijna allen dat het aantal opleidingsplaatsen hier zal stijgen.

¹³ Deze dekkingsgraad is gebaseerd op de cijfers van de hogescholen. Over de instroom van het NCOI hebben wij geen cijfers beschikbaar. Zij hebben aangegeven dat zij vooralsnog een beperkt aantal instromers hebben in de opleiding. Zij zijn gestart in 2012 en hebben dit jaar de eerste uitstromers.

Tabel 4.12 Inschatting van de ontwikkeling van het aantal opleidingsplaatsen aan de hbo-verpleegkunde 2016-2019

	Neemt (sterk) af	Blijft gelijk	Neemt (sterk) toe
Voltijd	18%	64%	18%
Deeltijd	33%	22%	33%
Duaal	10%	40%	40%
Verkort	27%	55%	18%

Vanuit de hogescholen zijn er verschillende mogelijkheden genoemd om meer gediplomeerde studenten te leveren voor de thuiszorg. Een daarvan is het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen, c.q. het loslaten van de numerus fixus, zodat meer studenten de opleiding hbo-verpleegkunde kunnen volgen. Deze verhoging lijkt gewenst vanuit de toenemende vraag naar hbo-verpleegkundigen, vanuit niet alleen de thuiszorg, maar ook vanuit andere branches.

Aan de opleiders is daarom de vraag voorgelegd of er volgens hen in algemene zin belemmeringen zijn om meer studenten op te leiden. Meer dan de helft van de respondenten ziet belemmeringen om meer studenten op te leiden op de hbo-verpleegkunde. Hierbij valt op dat verreweg de meeste belemmeringen betrekking hebben op de stageplaatsen en stagebegeleiding. De meeste belemmeringen zoals vermeld in tabel 4.13 zijn genoemd door meerdere respondenten.

Tabel 4.13 Belemmeringen die de opleiders zien om meer studenten op te leiden op de opleiding hbo-verpleegkunde

Belangrijkste belemmeringen binnen de invloedssfeer van de opleiding
Aantal stage docenten (vaste medewerkers)
Kwalitatief goede stageplaatsen (opleiders zien hierin rol voor zichzelf)
Numerus fixus
Te weinig docenten met recente werkervaring in het werkveld en stagedocenten
Voorkeur studenten voor AGZ veld
Betere screening van de stageplekken gewenst
Belangrijkste belemmeringen buiten de invloedssfeer van de opleiding
Groot tekort aan stageplaatsen MGZ/thuiszorg
Kwaliteit van de stageplaatsen (leerrijk genoeg)
Niveau van de stagebegeleiding en beschikbare tijd daarvoor
Onvoldoende rolmodellen op hbo niveau tijdens de stage
Bereikbaarheid van de stageplek

4.2.3 Keuzes van studenten voor de thuiszorg/wijkverpleging: nu en in de toekomst

Alle opleiders hebben binnen de hbo-verpleegkunde een uitstroomprofiel, differentiatie of richting die gericht is op werken in de thuiszorg.

In onderstaande tabel is te zien wat volgens opleiders de belangrijkste redenen zijn van studenten om al dan niet voor de thuiszorg te kiezen (als richting en/of als werk).

Tabel 4.14 Belangrijkste redenen van studenten hbo-verpleegkunde om wél of juist niet te kiezen voor een richting/uitstroomprofiel dat gericht is op het werken in de thuiszorg/wijkverpleging

Redenen om te kiezen voor de thuiszorg	Aantal opleiders (in%)
De veranderde positionering van de wijkverpleegkundige in de eerste lijn	75%
De inhoudelijke ontwikkelingen in het beroep	67%
Werken in een wijkteam met een grote zelfstandigheid (zelfsturend/zelforganiserend)	67%
Positieve keuze voor de thuiszorg als branche	42%
Zelfstandig werken bij mensen thuis	25%
Afname werkgelegenheid ziekenhuizen	17%
Redenen om niet te kiezen voor de thuiszorg	Aantal opleiders (in%)
Imago van de thuiszorg	75%
Positieve keuze voor andere branche (bijv. ziekenhuis/ggz) om in te werken	50%
Gebrek aan (kwalitatief goede) stageplaatsen	50%
Wil niet alleen werken bij mensen thuis	33%
Beperkte mogelijkheden om fulltime te werken	17%
Geen stage ervaring in de thuiszorg	8%
Geen rolmodellen die werken in de thuiszorg	8%

Welke aandeel van de studenten hbo-verpleegkundigen kiest voor deze richting en gaat werken in de thuiszorg? Aanbieders schatten zowel het aandeel studenten dat kiest voor een uitstroomprofiel dat gericht is op de thuiszorg, als het uiteindelijk aandeel gediplomeerden dat gaat werken in de branche, op 15% (bandbreedte is 5-30%). Dat zou meer zijn dan het relatieve aandeel namelijk 11% van de hbo-verpleegkundigen werkt in de thuiszorg (bron: WNE, 2013).

In tabel 4.15 is te zien dat de meeste aanbieders hier een verdere toename verwachten, en hoe hoog zij deze inschatten.

Tabel 4.15 Verwachte ontwikkeling volgens opleiders van het aandeel studenten dat kiest voor een uitstroomprofiel dat is gericht op de thuiszorg en gaat werken in de thuiszorg en de omvang van de verwachte ontwikkeling 2016-2019

	neemt (sterk) af	blijft gelijk	neemt (sterk) toe		
Kiezen voor uitstroomprofiel gericht op thuiszorg	0%	9%	91%		
Verwachte omvang van de toename			1-5%	6-10%	> 10%
Aandeel van de opleiders			25%	50%	25%
Uitstroom naar werk in de thuiszorg	0%	9%	91%		
Verwachte omvang toename			1-5%	6-10%	> 10%
Aandeel van de opleiders			20%	50%	30%

De opleiders zien de volgende mogelijkheden om meer studenten te stimuleren tot een keuze voor de thuiszorg:

- Verbeteren stagemogelijkheden: meer stageplekken, verbeteren van de kwaliteit van de stageplaatsen, betere opzet van de stages (niet alleen 's ochtends zorg verlenen, meer leer- en onderzoeksmogelijkheden creëren);
- Meer en betere afspraken maken met zorgaanbieders en meer samenwerken tijdens de opleiding/stage (ook personeel uitwisselen);
- Curriculum aanpassen/vernieuwen (gezondheid en veroudering aan begin van het curriculum, curriculum ontwikkelen waarin de thuiszorg meer centraal staat);
- Beeldvorming over de thuiszorg verbeteren door gastsprekers uit te nodigen ter ondersteuning van de keuze van studenten;

Hierbij is eveneens van belang dat vanaf 2015 bij de hbo-opleidingen verpleegkunde gewerkt wordt met het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor of Nursing (LOOV, 2015). Aansluitend bij de huidige ontwikkelingen met meer accent op gezond leven en participatie, meer zorg thuis ten opzichte van intramuraal en toenemende complexiteit, is er in de opleiding meer aandacht gekomen voor maatschappelijke gezondheidszorg.

De opleiders zien ook een aantal belemmeringen voor een verdere verhoging van het aantal thuiszorgkiezers. Belemmeringen die zij zien zijn:

- Onvoldoende stageplaatsen en werkbegeleiding in de thuiszorg, doordat er nog te weinig hbo-verpleegkundigen werken
- Onvoldoende dynamiek en complexiteit in de thuiszorg, het werk is qua niveau sterk wisselend;
- Te weinig master-opgeleide verpleegkundigen die werkzaam zijn in de thuiszorg en kunnen fungeren als docent op de opleiding (is eis voor aanstelling als hbo-docent);
- Bezuinigingen en de beperkte middelen in de thuiszorg om studenten te begeleiden;
- Studenten willen in eerste baan niet solo werken;
- Versnippering van werktijden.

4.2.4 Concrete activiteiten gericht op een grotere instroom vanuit de hbo-verpleegkunde naar de thuiszorg

Tien van de 12 opleiders ondernemen acties om studenten te stimuleren om te kiezen voor een richting die toerust voor het werk in de thuiszorg. (Bijna) al deze opleiders geven aan stages te organiseren voor studenten in de thuiszorg en wijkverpleegkundigen uit te nodigen om voorlichting te geven over hun vak.

Andere activiteiten die door de helft van de opleiders worden genoemd zijn: aanpassing van het curriculum, aanbieden van een minor wijkzorg, opzetten van zorginnovatiecentra in de thuiszorg en het organiseren werkveldendag.

Ook twee derde van de opleiders onderneemt activiteiten om mbo-verpleegkundigen die werken in de praktijk te stimuleren tot opscholing naar hbo-verpleegkundige.

Tabel 4.16 Acties die de opleiders ondernemen om mbo-verpleegkundigen te stimuleren tot opscholing

	Aantal aanbieders (in%)
Ontwikkelen van de mogelijkheden de opleiding hbo-verpleegkunde modulair aan te bieden	40%
Ontwikkelen van de mogelijkheden voor mbo-verpleegkundigen in de wijk om gebruik te maken van EVC-procedures ten behoeve van de opleiding verpleegkunde	40%
Het aanbieden van (meer) mogelijkheden tot verkorte opleidingen gericht op de wijkverpleging	30%
Ontwikkeling van meer leerroutes voor mbo-wijkverpleegkundigen waar de opscholing naar wijkverpleegkundige centraal staat	20%
Gericht uitnodigen van mbo-verpleegkundigen die deelnemen aan post-doc opleidingen en/of module trainingen	20%
Overige acties	20%

Onlangs is hierover een onderzoeksrapport verschenen (KBA, 2015), waarin mogelijkheden en kansen voor doorstroming van mbo-verpleegkundigen naar de hbo-v worden verkend en handvatten worden geboden voor opleiders en zorgaanbieders om deze mogelijkheden te verbeteren en belemmeringen uit de weg te ruimen.

5 Parameters voor de vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen

Om te bepalen of vraag naar en aanbod van wijkverpleegkundigen de komende jaren met elkaar in evenwicht zijn hanteren we een rekenmodel. Daarbij gebruiken we de uitkomsten van de uitgevoerde deelonderzoeken (vorige hoofdstuk), informatie uit de Toekomstverkenning en een aantal voorlopige resultaten uit het parallel aan dit onderzoek uitgevoerde Werknemersonderzoek 2015 (AZW, 2015).

Bij de berekeningen richten we ons direct op de wijkverpleegkundige¹⁴ (werkzaam als wijkverpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige of casemanager). Dit doen we zodat de gepresenteerde cijfers directe betekenis hebben en niet eerst nog een omrekening vragen.

Het rekenmodel bevat een aantal veronderstellingen/parameters. Deze zijn deels afkomstig uit onderzoek naar wijkverpleegkundigen (vorige hoofdstuk en voorlopige resultaten WNE 2015). Waar deze specifieke gegevens ontbreken, gebruiken we parameterwaarden uit de Toekomstverkenning over de grotere groep hbo-verpleegkundigen in de thuiszorg. Nadat we in de volgende paragraaf de gebruikte parameter(waarden) beschrijven, presenteren we in paragraaf 5.2 enkele uitkomsten van het rekenmodel om daarmee vast te stellen hoe vraag en aanbod aan wijkverpleegkundigen er de komende jaren uit ziet.

5.1 Gebruikte parameters

Achtereenvolgens beschrijven we de volgende parameters:

De startsituatie:

- Aantal werkzamen op dit moment (1)
- Tekort/overschot op dit moment
 - i) Onvervulde vacatures (2)
 - ii) Werkzaamheden die nu door anderen gedaan worden (3)

Vraag in de komende jaren:

- Mutatie werkgelegenheid (budget/demografie/beleid) (4)
- Verandering inzet van wijkverpleegkundigen en anderen (5)
- Vervangingsvraag (6)
- Ontwikkeling in de deeltijdfactor (7)

Aanbod komende jaren:

- Uit opleiding hbo-v
 - i) Initieel opgeleiden (8)
 - ii) mbo-ers die 'opscholen' (9)
- Instroom van gediplomeerden van elders (10)

5.1.1 Aantal werkzamen (1)

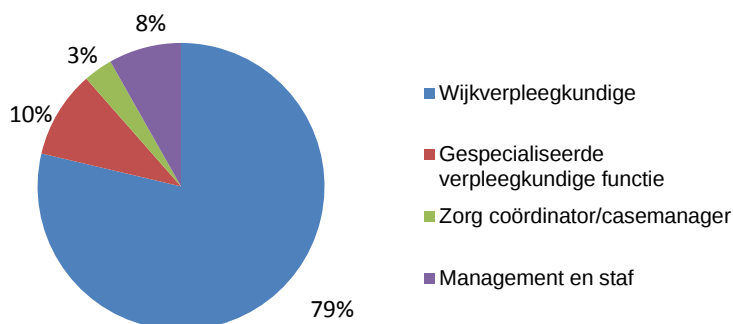
Het aantal werkzame wijkverpleegkundigen in de thuiszorg is lastig precies te bepalen. Onderzoeken uit het verleden bieden hierover onvoldoende informatie. We baseren ons op een combinatie van gegevens uit de Toekomstverkenning 2015 en de resultaten uit de zorgaanbiedersenquête zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. In de Toekomstverkenning (AZW, 2015) is de VVT branche opgedeeld in Verpleeg- en verzorgingshuizen, Thuiszorg verpleging en verzorging en Thuiszorg Huishoudelijke hulp. Vervolgens is op deze onderdelen de werkgelegenheidsontwikkeling tussen 2013-2015 geschat (Technische toelichting Toekomstverkenning, 2015). Als we de samenstelling van de thuiszorgteams (Tabel 4.2 in het vorige hoofdstuk) toepassen op het berekende totaal Thuiszorg verpleging en verzorging (minus het niet V&V-personeel) komen we op een aantal van 9300 hbo-verpleegkundigen werkzaam in de Thuiszorg. Dit is exclusief het aantal hbo-verpleegkundigen

¹⁴ Dit in tegenstelling tot de Toekomstverkenning 2015, waarin het rekenmodel wordt toegepast op de bredere groep van hbo-verpleegkundigen.

werkzaam in Verpleeg- en verzorgingshuizen en Jeugdgezondheidszorg, maar inclusief de hbo-verpleegkundigen die wel in de thuiszorg werken, maar niet (meer) als verpleegkundige werken.

Op basis van voorlopige resultaten uit het WNE werknemersonderzoek 2015 kunnen we het aandeel hbo-verpleegkundigen dat niet (meer) werkzaam is als verpleegkundige inschatten. In onderstaande figuur staan de resultaten daarvan samengevat

Figuur 5.1 Verdeling van de hbo-verpleegkundigen in de thuiszorg over de functies die zij vervullen.



Van de hbo-verpleegkundigen werkt 8% in een management- of staffunctie. De overige 92% werkt als wijkverpleegkundige (79%), gespecialiseerd verpleegkundige (10%) of als zorgcoördinator/casemanager (3%). Omdat we in het rekenmodel een wat brede omschrijving van de 'wijkverpleegkundige'¹⁵ hanteren, rekenen we met de 92%. Daarnaast houden we voor het bepalen van het aantal werkzamen rekening met de inhuur die plaats vindt volgens de zorgaanbieders enquête (zie tabel 4.3). Deze inhuur bedraagt 3,2% van de huidige inzet aan wijkverpleegkundigen. Het uiteindelijk aantal werkzamen dat het uitgangspunt vormt voor ons rekenmodel is 8810.¹⁶

5.1.2 Onvervulde vacatures (2)

Voor het rekenmodel moeten we weten hoe groot het tekort aan wijkverpleegkundigen is aan het begin van de berekeningen. We gebruiken daarvoor gegevens over onvervulde vacatures. In de enquête onder zorgaanbieders is gevraagd naar het personen dat werkzaam is en het aantal openstaande vacatures. Voor hbo-verpleegkundigen komt men tot 6,1% openstaande vacatures.

Tabel 5.1 Vacatures voor hbo/wijkverpleegkundigen (in %)

	% aanbieders met vacatures	Vacaturegraad (in %)	% moeilijk vervulbaar
Hbo/wijkverpleegkundige	40,0	6,1	97,7

Bron: tabel 4.5 in dit rapport

Bijna alle zorgaanbieders noemen de vacatures ook moeilijk vervulbaar. Van de 6,1% vacatures kan 2% als behorend bij een normaal functionerende arbeidsmarkt beschouwd worden. Bij de berekeningen zijn we daarom uitgegaan van een tekort van 4,1% in 2015. Op de vraag of men per 1 januari 2016 voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen in de wijkverpleging in dienst heeft die voldoen aan het normenkader voor indiceren en organiseren van zorg antwoordt 20% negatief.

¹⁵ namelijk inclusief gespecialiseerd verpleegkundigen en zorgcoördinatoren/casemanagers (zie ook paragraaf 1.2)

¹⁶ Vanwege de onzekerheidsmarges hierbij, berekenen we in paragraaf 5.3. ook hoe de balans tussen vraag- en aanbod eruit zou zien bij een werkelijk aantal wijkverpleegkundigen dat 10% hoger of 10% lager ligt.

5.1.3 Werkzaamheden die nu door anderen dan hbo/wijkverpleegkundigen gedaan worden (3)

De vraag is of er andere personeelscategorieën zijn die werkzaamheden uitvoeren die eigenlijk door wijkverpleegkundigen gedaan zouden moeten worden. Als dat zo is dienen we dit ook bij het tekort bij de start van de berekeningen mee te nemen.

Een activiteit die relevant is, is het indiceren. Hoe en vooral door wie gebeurt dat nu? In het onderzoek onder zorgaanbieders is daar naar gevraagd. In onderstaande tabel staan de huidige praktijk en het beleid dat zorgaanbieders denken te gaan voeren samengevat.

De staande praktijk en het toekomstig beleid komen in grote lijnen overeen. Als we het uitgangspunt hanteren dat er competenties op hbo-niveau nodig zijn voor het indiceren en organiseren van zorg dan zien we in de tabel dat de zorgaanbieders hier slechts gedeeltelijk in mee gaan. Indiceren wordt nu en in de toekomst ook door mbo-verpleegkundigen gedaan, zelfstandig of onder begeleiding van hbo-verpleegkundigen. Hoewel we niet direct uit de enquête kunnen opmaken in welke mate dit uitsluitend is gebaseerd op pragmatische overwegingen (vacatures), is uit de interviews met zorgaanbieders duidelijk geworden dat een deel van hen de visie aanhangt dat ook de ervaren mbo-verpleegkundigen deze taken kunnen uitvoeren.

Voor het vaststellen van de behoefte aan wijkverpleegkundigen houden we daarom rekening met deze twee visies. We hanteren een scenario 'Hbo', waarbij in de toekomst de indicatiestelling uitsluitend door hbo/wijkverpleegkundigen wordt uitgevoerd en een scenario 'Hbo/mbo', waarbij de huidige praktijk gehandhaafd blijft, en een deel van de werkzaamheden wordt uitgevoerd door mbo-verpleegkundigen.

In het eerste scenario betekent dit dat ten opzichte van het huidige aantal wijkverpleegkundigen in 2015, 6,3% extra wijkverpleegkundigen nodig zijn, zo blijkt uit de enquête onder zorgaanbieders. We gaan er daarbij van uit dat dit extra percentage hbo/wijkverpleegkundigen in 2019 wordt gerealiseerd.

Tabel 5.2 Het indiceren nu en het beleid dat men wil voeren (N=113 organisaties)

Hoe wordt de uitvoering van de indicatiestelling in uw organisatie naar schatting verdeeld over de volgende functies?	%
Hbo/wijkverpleegkundigen	71,8
Mbo-verpleegkundigen in de wijk die voldoen aan de afspraken voor de overgangsperiode van ActiZ, BTN en V&VN	11,5
Mbo-verpleegkundigen in de wijk onder verantwoordelijkheid van een hbo/wijkverpleegkundige	14,3
Mbo-verpleegkundigen in de wijk die niet voldoen aan de afspraken voor de overgangsperiode van ActiZ, BTN en V&VN	0,8
Anders, namelijk	1,5
Totaal	100

Het beleid van zorgaanbieders is er opgericht dat in de toekomst de indicatiestelling gebeurt door: :	%
Alleen door hbo/wijkverpleegkundigen	51,3%
Hbo/wijkverpleegkundigen en mbo-verpleegkundigen onder verantwoordelijkheid van hbo/wijkverpleegkundigen	38,9%
Hbo/wijkverpleegkundigen en zelfstandig door ervaren mbo-verpleegkundigen	3,5%
Hbo/wijkverpleegkundigen en mbo-verpleegkundigen, deels zelfstandig, deels onder verantwoordelijkheid van hbo/wijkverpleegkundige	5,3%
Anders	0,9%

5.1.4 Mutatie werkgelegenheid (4)

Een belangrijk onderdeel van de vraag- en aanbodraming is de verwachte mutatie van de werkgelegenheid.

We hebben een aantal bronnen die een indicatie kunnen geven. We kunnen kijken naar de ontwikkeling in de demografie. Hoe ontwikkelt het aantal gebruikers van verpleging zich de komende

jaren als we rekening houden met de ontwikkeling van de bevolking? We kunnen nagaan wat de financiële middelen zijn die het Ministerie van VWS op haar begroting heeft gereserveerd voor extramurale verpleging en verzorging. Verder hebben de zorgaanbieders verwachtingen uitgesproken. We gaan nu deze invalshoeken na.

Demografie

De factor demografie bepalen we door naar de klantengroep te kijken (leeftijd en geslacht) en aan de hand van bevolkingsprognose van het CBS na te gaan wat de gevolgen zullen zijn wanneer de consumptie naar leeftijd en geslacht niet verandert. De consumptiecijfers zijn gebaseerd op gegevens uit de AWBZ in 2010 en wel het gemiddeld aantal uren verpleging naar leeftijd en geslacht. Deze zijn vervolgens gecombineerd met de recente bevolkingsprognose van het CBS.

Een kanttekening die we bij deze methode kunnen maken is dat er mogelijk een vertragend effect kan optreden in de vraag. Er is volgens het RIVM sprake van een toename van de levensverwachting (twee vrijwel gezonde levensjaren). Als we dat combineren met het gegeven dat de hoogste zorgkosten in de laatste levensjaren hun beslag vinden, betekent dat een vertraging in de vraag naar zorg.

Financiële middelen

De begroting van het Ministerie van VWS geeft een verwachting in de vorm van een raming van de uitgaven die de komende jaren aan extramurale verpleging en verzorging volgens de Zvw zullen plaatsvinden. Veronderstellen we dat de mutatie in middelen vertaald wordt in een zelfde mutatie aan personeel dan hebben we een indicator voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid.

Zorgaanbieders verwachting

In het onderzoek bij zorgaanbieders is gevraagd naar de verwachte ontwikkeling van de werkgelegenheid voor wijkverpleegkundigen. Naast de vraag of er groei of krimp plaatsvindt is ook gevraagd hoeveel wijkverpleegkundigen men nodig denkt te hebben om te voldoen aan de toekomstige zorgvraag.

Tabel 5.3 geeft alle drie de indicatoren. Ze sluiten elkaar niet uit, maar liggen in elkaars verlengde, vullen elkaar als het ware aan. De factor demografie komt immers impliciet ook voor in de cijfers uit de VWS-begroting en de verwachtingen van de zorgaanbieders. Het verschil tussen de cijfers van de VWS-begroting en demografie zou men kunnen interpreteren als een beleidsmatige inzet, de mate waarin men extramurale verpleging en verzorging wil stimuleren. Het verschil tussen VWS-begroting en zorgaanbieders kan men zien als de wensen die zorgorganisaties hebben ten aanzien van de bedrijfsvoering. Het gaat dan om de vraag welke medewerkers men denkt nodig te hebben om het voorhanden werk zo goed mogelijk te laten verrichten.

Tabel 5.3 Jaarlijkse toename t.o.v. voorgaand jaar in %

	2016	2017	2018	2019
Demografie	1,8	2,1	2,1	2,1
Financiële middelen	7,5	7,6	2,9	2,2
Zorgaanbieders*	9,5	8,5	6,8	4,3**

*bron: tabel 4.8 **Het cijfer voor 2019 voor de zorgaanbieders is aangevuld op basis van het verschil tussen zorgaanbieders en VWS in de voorgaande jaren.

Voor de berekeningen zijn we uitgegaan van twee vraagscenario's:

- **Financiële middelen:** vraagontwikkeling volgens de VWS-begroting
- **Zorgaanbieders verwachting:** vraagontwikkeling volgens de verwachting van zorgaanbieders.

5.1.5 Verandering inzet van wijkverpleegkundigen en anderen (5)

Als er in de toekomst werk verschuift van wijkverpleegkundigen naar anderen of andersom moeten we daar voor de toekomstige vraag rekening mee houden. Dat is mogelijk wel door de zorgaanbieders gedaan, maar niet bij de begroting van VWS. Dan veronderstellen we dat het aantal hbo-verpleegkundigen in dezelfde mate muteert als het totaal aan personeel.

We vatten in tabel 5.4 nog kort samen hoe de werkzaamheden verdeeld zijn over mbo-ers en hbo-ers.

Tabel 5.4 Inschatting van zorgaanbieders t.a.v. tijdsverdeling bij hbo-ers en mbo-ers in extramurale verpleging en verzorging, en het aandeel van een activiteit dat door mbo-ers (fte's) uitgevoerd wordt

	hbo	mbo	% mbo
Wijkgerichte activiteiten	13,7%	6,2%	31
Indicaties en herindicaties	24,7%	6,3%	20
Zorgcoördinatie	17,2%	17,8%	51
Zorgverlening aan cliënten	26,4%	56,0%	68
Coachen en aansturen team	12,5%	8,0%	39
Andere taken	5,7%	5,8%	51
	100%	100%	

Bron: tabel 4.5 in dit rapport

Aangezien we in paragraaf 5.1.3 al rekening houden met twee scenario's, waarbij één daarvan uitgaat van overdracht van indicatiestelling van mbo- naar wijkverpleegkundigen en het andere van de continuering van de huidige situatie, gaan we hier niet uit van verdere veranderingen in de inzet van wijkverpleegkundigen.

5.1.6 Ontwikkeling in de deeltijdfactor (6)

In het rekenmodel gaan we er vooralsnog van uit dat de deeltijdfactor constant blijft. Hierbij sluiten we aan bij de Toekomstverkenning (AZW, 2015).

5.1.7 Vervangingsvraag (7)

Hierbij gaat het om het vertrek uit de sector Zorg en WJK. Dat kan zijn naar een werkring in een andere bedrijfstak, maar ook inactiviteit (pensioen, geen betaald werk of buitenland). Hierover hebben we geen specifieke cijfers voor wijkverpleegkundigen, wel voor hbo-verpleegkundigen in de thuiszorg. Jaarlijks vertrekt 5,5% van de hbo-verpleegkundigen (Toekomstverkenning 2015). In het rekenmodel zijn we er van uitgegaan dat dit percentage ook geldt voor de hbo-wijkverpleegkundigen in de thuiszorg en gaan we uit van een percentage van 5,5% per jaar.

5.1.8 Initieel aanbod uit opleiding (8)

In het project Toekomstverkenning is berekend hoeveel hbo-verpleegkundigen de komende jaren de sector Zorg en WJK zullen instromen. Uit de inventarisatie onder hbo-opleidingen blijkt dat bijna 17% van de hbo-verpleegkundigen in opleiding de uitstroomdifferentiatie thuiszorg kiest en uitstroomt richting thuiszorg. Verder geven de opleiders aan dat men verwacht dat dat aandeel de komende jaren zal groeien van één op zes naar één op vier hbo-verpleegkundigen in opleiding. Onderstaande tabel geeft aan om welke aantallen dat dan gaat.

Bij de berekening van het aantal wijkverpleegkundigen dat dan instroomt in de thuiszorg is het studierendement en sectorrendement toegepast dat geldt voor alle studenten hbo-verpleegkunde (overall rendement is 50%).

Tabel 5.5 De geraamde hbo instroom in Z&WJK en de instroom in thuiszorg

	Gediplomeerden hbo-verpleegkunde	% dat kiest voor thuiszorg/wijkverpleging	Aantal wijk-verpleegkundigen
2015	2120	0,167	353
2016	2279	0,188	427
2017	2520	0,208	525
2018	1985	0,229	455
2019	1925	0,250	481

Voor de modelberekeningen zijn we er van uitgegaan dat het aandeel thuiszorgkiezers groeit van één op de zes in 2015 tot één op de vier in 2019.

Overigens dienen we wel te bedenken dat er een forse concurrentiestrijd om hbo-verpleegkundigen gaat plaatsvinden. UMC's, GGZ en gehandicaptenzorg beogen een forse verandering in hun personeelssamenstelling. De twee belangrijkste redenen daarvoor zijn:

- toename van complexere zorg en meer solistische situaties
- vervanging van oude inservice nivo 4 opgeleiden die met pensioen gaan

Bovendien blijkt uit de resultaten van de enquête onder opleiders dat er nog wel de nodige belemmeringen zijn voor verhoging van het aandeel hbo-verpleegkundigen dat instroomt in de thuiszorg. Dat kan betekenen dat het vergroten van het aandeel in de uitstroombifferentiatie thuiszorg niet eenvoudig zal zijn.

5.1.9 Mbo-ers die 'opscholen' (9)

Mbo-verpleegkundigen die 'opscholen' naar niveau 6 worden normaliter (impliciet) meegenomen bij de reguliere hbo-gegevens. Voor de mbo-verpleegkundigen ligt dit impliciet meegenomen percentage op 0,6% (Toekomstverkenning 2015). Uit de enquête onder zorgaanbieders blijkt echter dat in 2014 en 2015 een veel groter aandeel van de mbo-verpleegkundigen de hbo-opleiding verpleegkunde is gaan of gaat volgen namelijk 4,1 en 5%, en dat de totale potentie en bereidheid bij de mbo-verpleegkundigen daarmee nog niet is uitgeput.

Tabel 5.6 Opscholing mbo-verpleegkundigen naar hbo/wijkverpleegkundige

Aandeel mbo-verpleegkundigen	
Aandeel dat in 2014 is gestart met hbo-v	4,1%
Aandeel dat in 2015 gaat starten met de hbo-v	5,0%
Aandeel dat potentie en bereidheid heeft om hbo-v te doen	13,2%

Bron: tabel 4.7 uit dit rapport

In de raming van de instroom vanuit het hbo is geen rekening gehouden met deze veel omvangrijker opscholing. Daarom rekenen we hier nog eens het surplus mee¹⁷, het aantal mbo-verpleegkundigen dat extra opschoolt tot wijkverpleegkundige, bovenop de eerder genoemde 0,6%. We gaan er verder van uit dat 60%¹⁸ van degenen die aan de opleiding beginnen deze na drie jaar met succes afronden.

Voor het rekenmodel hebben we op basis hiervan vastgesteld dat de extra uitstroom van wijkverpleegkundigen door opscholing in 2017 308 en in 2018 421 bedraagt. We veronderstellen dat in 2019 nogmaals een groep van 421 extra instroomt. Gezien de potentie en bereidheid die zorgaanbieders bij mbo-verpleegkundigen veronderstellen is deze veronderstelling voor 2019 te verdedigen. Daarna zou het aantal potentiële kandidaten wel aanmerkelijk geslonken kunnen zijn.

5.1.10 Instroom van buitenaf (10)

Jaarlijks stroomt 3,9% van de hbo-verpleegkundigen van buiten zorg en welzijn in. Dat kan zijn van een werkring in een andere bedrijfstak (of uit uitzendwerk), maar ook inactiviteit (geen betaald werk of buitenland). Dit cijfer is afkomstig uit Arbeidsmarktmodel voor Toekomstverkenning VVS-personeel en geldt voor de hbo-verpleegkundigen.

¹⁷ We kunnen niet simpelweg het surplus bepalen door 0,6% af te trekken van de gepresenteerde werkelijke opscholingspercentages. Het gaat bij deze 0,6% namelijk om het % mbo-verpleegkundigen dat daadwerkelijk gediplomeerd raakt als hbo-verpleegkundige. Uitgaande van een rendement van 50% voor de opleiding hbo-verpleegkunde, betekent dit dat 1,2% van de mbo-verpleegkundigen gestart is met de opleiding. Het surplus voor 2016 en 2017 is daarmee 2,9 (4,1% minus 1,2%) en 3,8% (5% minus 1,2%)

¹⁸ We nemen hier 60% in plaats van de 50% die voor de gehele opleiding hbo-verpleegkunde geldt. Dit doen we omdat het studierendement 60% bedraagt en we dit niet hoeven te corrigeren voor het sectorrendement. Degenen die opscholen werken immers al in de thuiszorg.

5.1.11 Doorstroom binnen de sector Zorg en WJK

Naast stromen van de thuiszorg naar en vanuit andere bedrijfstakken, vinden er natuurlijk ook personeelsstromen plaats binnen de sector Zorg en WJK. Voor de hbo-verpleegkundigen is hier momenteel een balans: Er komen evenveel hbo-verpleegkundigen binnen als dat er vertrekken naar andere Zorg- en WJK-branches. Hoewel het niet ondenkbaar is dat dit percentage in de toekomst gaat veranderen, bijvoorbeeld door een toename van de aantrekkingskracht van de wijkverpleging, hebben we dit percentage in de modelberekening vooralsnog op 0% gezet.

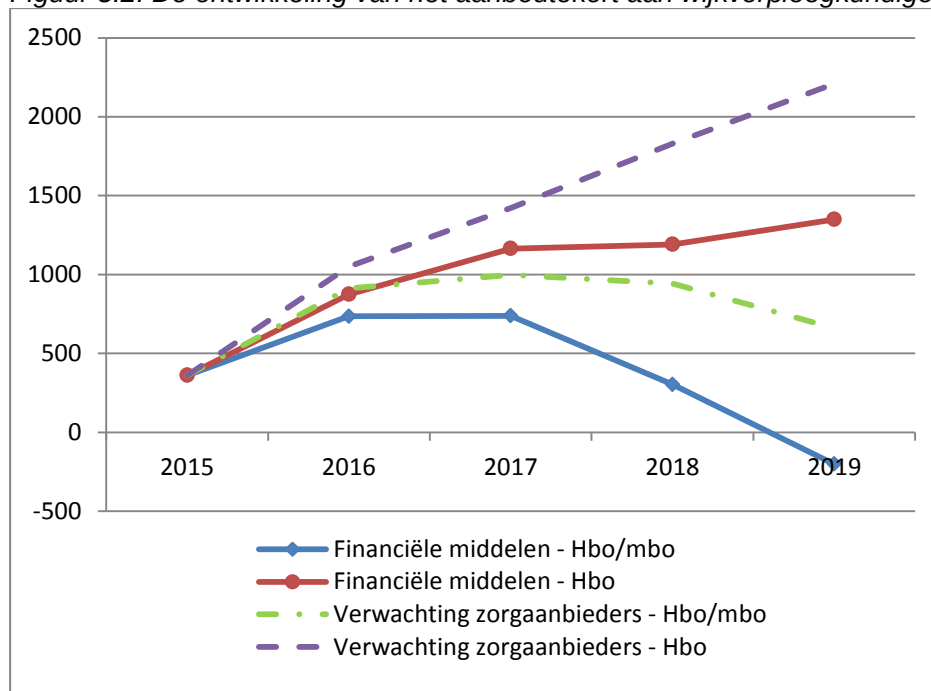
5.2 Uitkomsten van het rekenmodel voor vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen

De in het voorgaande hoofdstuk beschreven parameters zijn ingevuld in het rekenmodel. Er zijn vier scenario's doorgerekend.

Daarbij zijn we uitgegaan van twee vraagscenario's: de vraag volgens de financiële middelen die beschikbaar zijn en de vraag volgens de verwachte ontwikkeling van het aantal wijkverpleegkundigen volgens zorgaanbieders. Deze twee vraagscenario's confronteren we met de twee situaties dat uitsluitend wijkverpleegkundigen in de toekomst indiceren en organiseren van zorg (Hbo) versus continuering van de huidige situatie waarin ook mbo-verpleegkundigen een deel van deze taken op zich nemen Hbo/mbo).

De resultaten van de scenario's staan samengevat in onderstaande figuur. Een meer uitgebreide beschrijving van de modeluitkomsten vindt u in bijlage 2.

Figuur 5.2. De ontwikkeling van het aanbodtekort aan wijkverpleegkundigen in vier scenario's



Voor alle scenario's geldt dat de tekorten van 2015 naar 2016 eerst oplopen. Daarna laten de scenario's verschillende ontwikkelingen zien bij het aanbodtekort aan wijkverpleegkundigen. Voor de twee 'hbo-scenario's' geldt dat het tekort na 2016 verder oploopt, ook al is dit minder sterk dan in het eerste jaar. De uiteindelijke tekorten in 2019 volgens deze 'hbo-scenario's' bedragen respectievelijk 1350 en 2200 wijkverpleegkundigen bij vraagontwikkeling volgens 'Financiële middelen' en 'Verwachting Zorgaanbieders'.

In de 'Hbo/mbo'-scenario's, waar de huidige werkwijze wordt gecontinueerd en mbo-verpleegkundigen een deel van de werkzaamheden rond 'indiceren en organiseren van zorg' blijven doen zien we een stabilisering van het tekort. Afhankelijk van het vraagscenario vindt deze stabilisering plaats direct na

2016 of 2017. Het tekort bereikt dan voor deze scenario's een maximum van 700-100 wijkverpleegkundigen. Hierna neemt het tekort aan wijkverpleegkundigen af. Uitsluitend in het scenario 'Financiële middelen – Hbo/mbo' is in 2019 een balans bereikt tussen vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen en ontstaat zelfs een licht overschot.

Duidelijk is dat de tekorten aan wijkverpleegkundigen fors zijn in de periode waar deze prognose betrekking op heeft, vooral in de 'Hbo-scenario's', en dat dit een uitdaging met zich meebrengt voor de branche, om meer hbo-verpleegkundigen naar zich toe te trekken. Complicerende factor daarbij is echter dat ook andere branches veel vraag naar hbo-verpleegkundigen uitoefenen. Naast de thuiszorg, hebben ook de ziekenhuizen en ggz te maken met oplopend tekorten aan hbo-verpleegkundigen van bijna 2% tot 4% in 2019. Dit betekent dat het niet eenvoudig zal zijn om het aandeel hbo-verpleegkundigen dat kiest voor de thuiszorg te vergroten en dat de kans groot is dat wat hier gepresenteerd wordt aan de optimistische kant is.

Voor relevante partijen in de thuiszorg betekent dit ook dat men er niet aan ontkomt na te denken over maatregelen die de vraag naar wijkverpleegkundigen, op zijn minst tijdelijk, beperken.

Bij de hier gepresenteerde uitkomsten is het goed om te beseffen dat deze resultaten zijn gebaseerd op de in hoofdstuk 5 geschetste veronderstellingen. Maar wat als die veronderstellingen wijzigen? Als bijvoorbeeld de aantrekkingskracht van de thuiszorg op wijkverpleegkundigen lager of hoger is dan verwacht en er meer of juist minder hbo-verpleegkundigen vanuit de opleiding kiezen voor de thuiszorg? Of wanneer het aantal mbo-verpleegkundigen dat opschoolt naar hbo-verpleegkundige lager of hoger is dan verwacht? Welk effect heeft dit op de uitkomsten? En wat betekent dat voor mogelijke beleidsimplicaties? Om deze vragen te toetsen is een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd.

5.3 Gevoeligheidsanalyse

Met een gevoeligheidsanalyse gaat men voor de verschillende parameters in een model na hoe sterk de uitkomsten veranderen als gevolg van verandering van de waarde van één parameter. Een gevoeligheidsanalyse is dus een hulpmiddel om die veronderstellingen te identificeren die de meeste impact hebben op het resultaat. Het is dan ook zinvol om alleen die veronderstellingen te toetsen waarover onzekerheid bestaat. En waarvoor andere veronderstellingen ook plausibel kunnen zijn.

We richten de gevoeligheidsanalyse op de volgende parameters:

- *Het aantal werkzame wijkverpleegkundigen*
Hoewel het aantal werkzame wijkverpleegkundigen onderbouwd is vanuit de uitgevoerde onderzoeken, is er toch een zekere mate van onzekerheid. Er kan in de onderzoeken een scheve respons zijn geweest waardoor het aantal overschat dan wel onderschat is. Ook is het zo dat weliswaar rekening is gehouden met 3% inhuur van hbo-verpleegkundigen door de zorgaanbieders, maar dit dekt niet het volledige aantal zzp'ers die zelfstandig werkzaam zijn in de extramurale verpleging en verzorging.
- *De vervangingsvraag (5,5%)*
De vervangingsvraag is het percentage wijkverpleegkundigen dat vertrekt uit de thuiszorg naar andere bedrijfstakken, of ophoudt met werken (pensioen, werkloosheid en overige inactiviteit). Het betreft hier de vervangingsvraag die berekend is voor alle hbo-verpleegkundigen, niet specifiek voor de thuiszorg. Het percentage van 5,5% is gebaseerd op onderzoek van SEOR op basis van gegevens uit het SSB (Sociaal Statistisch Bestand) en de werknemers enquêtes die in het kader van het Arbeidsmarktprogramma zijn uitgevoerd. Hier zijn variaties denkbaar bijvoorbeeld als er een toe- of afname van vraag uit andere bedrijfstakken zou zijn en er meer of minder wijkverpleegkundigen zouden uitstromen.
- *Aanpassing van de deeltijdfactor (wordt constant verondersteld)*
Structureel meer of minder werken is van invloed op het aantal fte's aan wijkverpleegkundigen dat beschikbaar is.

- *Aandeel van de hbo-verpleegkundigen dat kiest voor de thuiszorg/wijkverpleging (in het model van 1 op 6 in 2015 naar 1 op 4 in 2019)*
Eerder noemden we al dat de verschuiving in het aandeel afgestudeerde hbo-verpleegkundigen dat kiest voor de thuiszorg, mogelijk te optimistisch is ingeschat. Vooral omdat ook andere branches te maken hebben met tekorten en zullen 'trekken' aan de hbo-verpleegkunde studenten.
- *Meer instroom in Thuiszorg vanuit andere zorgbranches*
In het rekenmodel is uitgegaan van een balans tussen de instroom en uitstroom van hbo-verpleegkundigen vanuit andere zorg- en welzijnsbranches.

In tabel 5.7 geven we in het bovenste gedeelte van de tabel de hoogte van een aantal parameterwaarden uit het model. In het onderste deel van de tabel laten we zien welke procentuele verandering in het aanbod plaatsvindt, als we de parameterwaarden veranderen.

In het model gaan we er vanuit dat jaarlijks 5,5% vertrekt: 3,9% komt in de sector Zorg en WJK werken en was daarvoor niet werkzaam in de sector en ook niet in opleiding. Als het vertrek met 10% afneemt neemt het aanbod aan hbo-verpleegkundigen met 0,55% toe. Als het aanbod van buitenaf (andere bedrijfstakken) met 10% afneemt neemt het aanbod met 0,39% af. Bij de wijziging van andere parameterwaarden werkt het op dezelfde manier. We kunnen de veranderingen in tabel 5.5 als een rekenkundige exercitie bekijken, die zicht biedt op de gevoeligheid van veranderingen in verschillende parameterwaarden.

Tabel 5.7 Verandering in aanbod aan wijk- of hbo verpleegkundigen bij andere veronderstellingen

Parameters	Hoogte van de parameterwaarden en toelichting	
Uitgangssituatie 2015	8.800	
Verloop	5,5%	
P/A ratio*	0%	wordt constant verondersteld
Instroom van buiten (excl. opleiding)	3,9%	
Van 1 op 6 naar 1 op 4 gediplomeerde hbo-verpleegkundigen die voor de thuiszorg kiezen	16,7%-25%	gradueel verloop 2015-2019
% verandering in totale aanbod aan wijkverpleegkundigen bij:		
10% verandering in vertrek	0,55	
10% verandering in instroom	0,39	
1% P/A*	1	
Meer of minder gediplomeerde hbo-verpleegkundigen kiezen voor de thuiszorg: Standaard in het model is van 1 op de 6 (2015), naar 1 op de 4 (2019). Hiernaast de situatie als in 2019 een verhouding van 1 op de 3 zou worden bereikt.	0,05 tot 0,13% aanbodstijging	gradueel verloop 2015-2019

*P/A ratio is het omgekeerde van de deeltijdfactor

De informatie uit tabel 5.7 kan ook worden gebruikt om het aanbodoverschot te beïnvloeden en te kiezen tussen verschillende beleidsmaatregelen. Daarbij moeten we echter wel bedenken dat de inspanning die het vergt om bijvoorbeeld meer hbo-v studenten te bewegen om voor de thuiszorg te kiezen van geheel andere orde is dan het terugbrengen van het vertrek met 10%.

De belangrijkste vraag is nu wat dit betekent voor de aanbodtekorten die we berekend hebben. Deze staan gepresenteerd in tabel 5.8. In deze tabel zijn de jaren 2015-2019 samengenomen. Als uitgangspunt hebben we het scenario 'Financiële middelen – Hbo' genomen.

Per veronderstelling hebben we steeds twee varianten doorgerekend waarbij de parameterwaarde respectievelijk verhoogd en verlaagd is. Hierbij is gekozen voor waarden van de parameterwaarden die in de ogen van de onderzoekers nog plausibel zijn. Het is afhankelijk van de parameterwaarde met hoeveel deze verhoogd of verlaagd is. Bijvoorbeeld: Het aantal werkzame hbo/wijkverpleegkundigen is verhoogd (+) en verlaagd (-) met 10%, de aanpassing van de P/A factor is gedaan met + en -1%. Steeds is aangegeven wat de omvang van het cumulatieve arbeidsaanbodtekort is bij de betreffende parameterwaarde. We zien in de tabel dus welke situatie in vraag/aanbodtermen ontstaat als gevolg van die ene veranderde parameterwaarde.

Tabel 5.8 Aanbodtekort 2014-2019 bij verschillende veronderstellingen

Aanbodtekort volgens scenario 'Financiële middelen – Hbo'		
	1349	
Aantal werkzame wijkverpleegkundigen (-10% en +10%)	949	1750
Vervangingsvraag/verloop (-10% en +10%)	1168	1528
Aanpassing P/A factor (met -1% en +1%)	1731	967
Extra opscholing van mbo-verpleegkundigen (-10% en +10%)	1454	1244
	naar 1 op 5 in 2019	naar 1 op 3 in 2019
Aandeel hbo-v studenten dat thuiszorg kiest (standaard in het model is van 1 op 6 in 2015 naar 1 op 4 in 2019)	1583	975

Tabel 5.8 laat zien dat het tekort aan wijkverpleegkundigen afneemt met 400 (van 1349 naar 949) als het huidige aantal werkzame wijkverpleegkundigen 10% lager is dan we aannemen in het rekenmodel, namelijk 7929 in plaats van 8800. Of groeit met 400 naar 1.750 als het werkelijke aantal werkzame wijkverpleegkundigen 10% hoger is.

Als het vertrek 10% hoger of lager uitpakt, levert dat een verschil van ongeveer 180 wijkverpleegkundigen op. Als de P/A-ratio 1% afneemt (en daarmee het deeltijdpercentage toe) dan bedraagt het aanbodtekort 967 in plaats van 1349. Neemt de P/A-ratio met 1% toe (en daarmee het deeltijdpercentage af), dan gaat het om een tekort van 1731.

Extra opscholing van 10% bovenop de extra inspanning die op dit terrein al geleverd wordt, levert ruim 100 extra wijkverpleegkundigen op, tegenvallende opscholing (-10%) laat een zelfde daling zien.

Conclusies t.a.v. gevoeligheid

Arbeidsmarktramingen worden altijd gekenmerkt door onzekerheden. In een situatie zoals bij de wijkverpleegkundigen, waarbij veel in beweging is en we niet kunnen terugvallen op langer lopende trends, geldt dat des te meer. Dat is ook de reden dat we met verschillende scenario's hebben gewerkt, twee voor de vraagontwikkeling en twee voor de ontwikkeling van het werkproces van de wijkverpleegkundigen. Ook hebben we om deze reden een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd op een aantal belangrijke parameters in het model. Algemeen komt hierbij naar voren dat het model gevoelig is voor wijzigingen in alle parameterwaarden, zowel aan de vraag- als aan de aanbodkant. Het model doet dus wat het moet doen en er zijn geen parameters die als het ware functioneloos zijn.

Als we kijken naar de omvang van de effecten van wijzigingen in de parameterwaarden, dan blijkt dat vooral het huidige aantal werkzame wijkverpleegkundigen, de P/A factor en de mate waarin hbo-v studenten kiezen voor de thuiszorg een grote impact hebben op de uitkomsten voor de korte termijn prognose. Van belang is om ten aanzien van deze parameters een vinger aan de pols te houden en waar mogelijk empirische gegevens te verzamelen over het verloop van de ontwikkelingen. Dit geldt vanzelfsprekend ook voor de ontwikkeling van het werkproces van wijkverpleegkundigen en de taakverdeling tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen.

Gebruikte onderzoeksliteratuur en beleidsstukken

ActiZ (2014). *Samen op weg. Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2014*.
<http://www.actiz.nl/benchmark-in-de-zorg>

ActiZ, BTN & V&VN (2014). *Toewerken naar voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen in de wijkverpleging. 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging.'* Afspraken voor de overgangperiode 2015, 2016 en 2017. www.actiz.nl/stream/afspraken-actiz-btn-venvn-wijkverpleging-2014.pdf

ActiZ, BTN & V&VN (2014). *Resultaten van enquête voorjaar 2014*. In: Bijlagew 1 van 'Toewerken naar voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen in de wijkverpleging. 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging.' Afspraken voor de overgangperiode 2015, 2016 en 2017. www.actiz.nl/stream/afspraken-actiz-btn-venvn-wijkverpleging-2014.pdf

AEF (2015). *Verbinding wijkverpleging en sociaal domein. Afspraken over de niet-toewijsbare verpleegkundige zorg*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/02/23/verbinding-wijkverpleging-en-sociaal-domein>

AEF (2014). *Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein*.
<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/publicaties/focuslijst-verbinding-wijkverpleging-en-sociaal-domein>

AZW (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en agogisch personeel 2015-2019*, AZW, september 2015.

AZW (2015). *Brancherapport Thuiszorg*. AZW, september 2015.

AZW (2015) *Werknemersenquête Zorg en WJK 2015. Najaar 2015* (in voorbereiding)

Huber M, Knottnerus J.A., Green L., van der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro, M.I., van der Meer J.W., Schnabel P., Smith R., van Weel C., Smid H. (2011). *How should we define health?* BMJ 2011, Jul 26;343:d4163.

ISCB Marketing en Strategie (2015). *Rapportage ActiZ onderzoek Overschrijdingen Wijkverpleging 2015*. <http://www.actiz.nl/nieuws/website/nieuws/2015/09/onderzoek-actiz-wijst-uit-dat-er-dit-jaar-242-miljoen-tekort-is-voor-wijkverpleging>

KBA. *Verkenning van verkorte en flexibele opleidingen voor mbo- naar hbo-verpleegkundige*. Nijmegen, 2015.

LOOV, *Bachelor nursing 2020: een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Stuurgroep bachelor of nursing 2020, januari 2015.

Ministerie van VWS (4 maart 2014). *Samenhang in zorg en ondersteuning*.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/03/04/kamerbrief-over-samenhang-hervormingen-langdurige-zorg>

Ministerie van VWS (19 mei 2015). *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging*.
<http://hervorminglangdurigezorg.nl/praktijk/literatuur/kamerbrieven/kamerbrief-over-bekostiging-wijkverpleging/>

V&VN, *Expertisegebied wijkverpleegkundige november 2012*, eindredactie Cuno van Merwijk, 2012

Zorgverzekeraars Nederland (2014). *Inkoopgids Wijkverpleging 2015*.
<http://www.invoorzorg.nl/ivz/nieuws-inkoopgids-wijkverpleging-2015-gepubliceerd.html>

Zorgverzekeraars Nederland (2 september 2015). *Zorgverzekeraars kopen extra wijkverpleging in.*
(<https://zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=511475712>)

Bijlage 1: Overzicht van gesprekspartners

- Zorgaanbieders
 - o Groot Gelre
 - o Cicero
 - o Sensire
 - o DAT
 - o Sanitas
 - o Vierstroom
 - o Buurtzorg
 - o Omring
 - o Luciver
- Zorgverzekeraars
 - o Zorg en zekerheid
 - o CZ
 - o De Friese Zorgverzekeraar
 - o Menzis
 - o ZN
- Gemeenten
 - o Woerden
 - o Almere
 - o Haarlemmermeer
- VWS en landelijk organisaties
 - o VWS
 - o ActiZ
 - o BTN
 - o V&VN
 - o CNV Zorg en Welzijn

Bijlage 2: Uitkomsten van het rekenmodel

In de berekeningen zijn de volgende onderdelen gebruikt. In verband met de overzichtelijkheid zijn in onderstaande tabellen niet alle parameters opgenomen. Niet in het overzicht zijn opgenomen: 'wijziging in deeltijdfactor' en 'de stromen binnen de sector Zorg en WJK'. Deze zijn, in navolging van de parameters in de Toekomstverkenning, op '0' gesteld. Voor de deeltijdfactor betekent dit, dat er vanuit wordt gegaan dat deze stabiel blijft over de tijd. Bij de stromen binnen de sector Zorg en WJK, wordt er vanuit gegaan dat er net zoveel hbo-verpleegkundigen uit andere zorg en welzijnsbranches instromen in de thuiszorg als dat er uitstromen vanuit de thuiszorg naar deze andere branches.

1	Vraag (mutatie in %)	Verandering beschikbare middelen; vanwege demografie of verdeling van werk tussen hbo en mbo
2	Vraagmutatie pers abs.	Vraag omgerekend in aantallen personeel wijkverpleging
3	Vervanging 5,56%	Jaarlijkse vervanging vanwege vertrek
4	Totale vraag	Sommering 2+3
5	Aanbod hbo	Gediplomeerden met richting thuiszorg
6	Aanbod Overig 3,9%	Aanbod van buiten opleidingen (bv. andere bedrijfstak, inactief)
7	Totaal aanbod	Sommering 5+6
8	Vraag-aanbod	Sommering 4-7
9	Werkzamen	Aantal wordt berekend: start(meting)+5+6-3
10	Lopend tekort (4,1% in 2015)	Tekort voorgaand jaar+8
11	% tekort	10 gedeeld door 9 vermenigvuldigd met 100

Deze begrippen zijn per jaar berekend.

We laten hierna vier berekeningen zien, die aansluiten bij de scenario's die we hanteren. Daarbij gaan we uit van twee vraagscenario's: de vraag volgens de begroting van VWS en de vraag volgens de verwachting van de zorgaanbieders. Deze twee vraagscenario's confronteren we met de situatie dat uitsluitend wijkverpleegkundigen in de toekomst indiceren en organiseren van zorg versus continuering van de huidige situatie waarin ook mbo-verpleegkundigen een deel van deze taken op zich nemen.

A. De vraag volgens de financiële middelen

Bij de eerste scenario's gaan we uit van de middelen die VWS in haar begroting heeft opgenomen voor de thuiszorg (excl. huishoudelijk hulp). In deze middelen is de demografische component meegenomen, maar ook rekening gehouden met extramuralisering van zorg. Achtereenvolgens gaan we in op de situatie dat uitsluitend wijkverpleegkundigen indiceren en zorg organiseren (Hbo) versus de continuering van de huidige situatie Hbo/mbo).

Scenario 'Financiële middelen – Hbo/mbo'

Dit scenario is het meest conservatief. Toch zien we ook in deze variant het tekort aan wijkverpleegkundigen verdubbelen in 2016. Daarna treedt stabilisatie op en nemen de tekorten na 2017 af. Na 2018 vindt een omslag plaats naar een aanbodoverschot.

Tabel A1 Vraag en aanbod volgens scenario 'Financiële middelen – Hbo/mbo'

		Vraag		Vervan-ging	Totale vraag	Aanbod hbo		Aanbod Overig	totaal aanbod	Vraag-aanbod	Werkzamen	Lopend tekort	% tekort
	In %	Werk mbo -hbo	absoluut	5,5 %		regulier	Extra opscholing	3,9 %					
2015						353					8810	361	4
2016	7,5		661	485	1145	427		344	771	374	9096	736	8
2017	7,6		691	500	1192	525	308	355	1188	3	9784	739	8
2018	2,9		284	538	822	455	421	382	1258	-436	10504	303	3
2019	2,2		231	578	809	481	421	410	1312	-503	11238	-200	-2

Scenario 'Financiële middelen – Hbo'

Het tekort loopt in deze variant snel op. In 2015 bedraagt het 4%; in 2017 komen we op 12%. Daarna stabiliseert het tekort daalt het percentage als gevolg van een minder grote groei in de vraag en het extra aanbod van opscholers. Echter in 2019 is het tekort nog steeds 12% (1349 wijkverpleegkundigen).

Tabel A2 Vraag en aanbod volgens scenario 'Financiële middelen – Hbo'

		Vraag		Vervan-ging	Totale vraag	Aanbod hbo		Aanbod Overig	totaal aanbod	Vraag-aanbod	Werkzamen	Lopend tekort	% tekort
	In %	Werk mbo -hbo	absoluut	5,5 %		regulier	Extra opscholing	3,9 %					
2015		0,0				353					8810	361	4
2016	7,5	1,6	800	485	1284	427		344	771	513	9096	874	10
2017	7,6	3,2	978	500	1478	525	308	355	1188	290	9784	1164	12
2018	2,9	4,7	746	538	1284	455	421	382	1258	27	10504	1191	11
2019	2,2	6,3	893	578	1471	481	421	410	1312	158	11238	1349	12

B. De vraag volgens de zorgaanbieders

Bij de tweede vraagvariant gaan we uit van wat zorgaanbieders verwachten. Men zou kunnen zeggen dat de demografische component en de beleidsmatige component hier worden gecombineerd met bedrijfsmatige ontwikkelingen binnen zorgorganisaties. Ook hier gaan we weer

Scenario 'Verwachting zorgaanbieders – Hbo/mbo'

In tabel A.3 zien we dat de tekorten over de jaren 2015-2017 fors oplopen tot 10%, waarna een stabilisatie plaatsvindt in 2018 en in 2019 het tekort voor het eerst afneemt. In 2019 is er dan een tekort aan 660 wijkverpleegkundigen, bijna twee maal zo groot als het huidige tekort..

Tabel A.3 Vraag en aanbod volgens Scenario 'Verwachting zorgaanbieders – Hbo/mbo'

		Vraag		Vervanging	Totale vraag	Aanbod hbo		Aanbod Overig	totaal aanbod	Vraag-aanbod	Werkzamen	Lopend tekort	% tekort
	In %	Werk mbo -hbo	absoluut	5,5 %		regulier	Extra opscholing	3,9 %					
2015						353					8810	361	4
2016	9,5		837	485	1322	427		344	771	551	9096	912	10
2017	8,5		773	500	1273	525	308	355	1188	85	9784	997	10
2018	6,8		665	538	1203	455	421	382	1258	-54	10504	943	9
2019	4,3		452	578	1029	481	421	410	1312	-283	11238	660	6

Scenario 'Verwachting zorgaanbieders – Hbo'

Tabel A.4 laat zien dat de tekorten snel oplopen in het scenario vraagontwikkeling volgens Zorgaanbieders, waar nog uitsluitend hbo-verpleegkundigen de taken rond indiceren en organiseren van zorg uitvoeren in 2019. Van 4% in 2015 naar 20% in 2019. In 2019 is het lopende tekort dan ruim 2200 wijkverpleegkundigen.

Tabel A.4 Vraag en aanbod volgens scenario 'Verwachting zorgaanbieders – Hbo'

		Vraag		Vervan-ging	Totale vraag	Aanbod hbo		Aanbod Overig	totaal aanbod	Vraag-aanbod	Werkzamen	Lopend tekort	% tekort
	In %	Werk mbo -hbo	absoluut	5,5 %		regulier	Extra opscholing	3,9 %					
2015		0,0				353					8810	361	4
2016	9,5	1,6	976	485	1460	427		344	771	689	9096	1051	12
2017	8,5	3,2	1060	500	1560	525	308	355	1188	372	9784	1422	15
2018	6,8	4,7	1128	538	1666	455	421	382	1258	408	10504	1831	17
2019	4,3	6,3	1113	578	1691	481	421	410	1312	379	11238	2209	20