



**Zichtbare Schakel Utrecht 2011 – 2012**  
**Overvecht, Zuilen-oost en Ondiep**



PCW van den Hoogen, WHG Looymans  
Oktober 2012  
Zorgwacht  
Neckardreef 6  
3562 CN Utrecht  
E-mail: [info@zorgwacht.nl](mailto:info@zorgwacht.nl)

Deze notitie is mede mogelijk gemaakt door subsidie van ZonMw in het kader van het programma 'Zichtbare Schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.'





## Inhoud

1. Inleiding .....	7
2. Zichtbare Schakel in Utrecht .....	9
3. Resultaten.....	13
3.1 Omschrijving bereikte doelgroep .....	13
3.1.1 Sociaal-demografische gegevens .....	13
3.1.2 Communicatie en veiligheid .....	15
3.1.3 Leefstijl en gezondheid.....	15
3.2 Het contact met de Zichtbare Schakel wijkverpleegkundige .....	19
3.2.1 Aanleiding tot het contact.....	19
3.2.2 Hulpvragen cliënt .....	20
3.2.3 Netwerk rond de cliënt .....	22
3.2.4 Omvang, aard en resultaat van de ingezette activiteiten .....	24
4. Conclusies.....	29



## 1. Inleiding

### **Zichtbare Schakel**

Samenhangende zorg en hulp is van groot belang voor mensen die hulp nodig hebben. Het programma *'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'* verbetert de verbinding tussen vraag en aanbod door de inzet van extra wijkverpleegkundigen in (met name) de veertig aandachtswijken. Het programma beoogt tevens een betere afstemming tussen preventie, zorg, wonen en welzijn in de wijk. Zo ontstaat een sluitende zorg- en dienstverlening, die beter past bij de behoeften van (met name kwetsbare) wijkbewoners.

### **Wijkverpleegkundige is goed voor klant en portemonnee**

De Zichtbare Schakel (ZS) wijkverpleegkundigen hebben veel ruimte om 'te doen wat nodig is' en hoeven bijvoorbeeld geen CIZ-indicaties aan te vragen voor de eigen werkzaamheden. Uit recent onderzoek van BMC blijkt dat dit goed is voor zowel de klant als de portemonnee. De ZS-wijkverpleegkundige zorgt voor een betere kwaliteit van leven van haar (of zijn) cliënten, vooral op psychisch en sociaal terrein. Maar tegelijk blijkt uit het onderzoek dat zij ervoor zorgt dat kosten worden voorkomen, met name door het voorkomen van duurdere zorg in de tweede lijn. Voor een deel worden dure tweedelijnsoplossingen vervangen door goedkopere oplossingen in de eerste lijn of vanuit gemeenten. Maar voor een deel zorgt de wijkverpleegkundige ook dat formele zorg volledig wordt voorkomen door pro-actief en preventief te handelen. Dit doet zij bijvoorbeeld door het steunen van mantelzorgers, het inschakelen van familie of vrienden, het regelen van hulpmiddelen of het informeren van cliënten over beschikbare en passende ondersteuningsmogelijkheden. Vaak betekent dit dat cliënten langer thuis kunnen blijven wonen. Dit bespaart niet alleen geld, maar is vaak ook fijner voor de cliënt.

### **Borging van de wijkverpleegkundige functie**

Eind 2012 loopt de financiering van het programma via ZonMw - in opdracht van de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) - af. Inmiddels pleiten echter meerdere partijen voor een structurele inbedding van de brede wijkverpleegkundige functie. Onlangs werd dan ook bekend dat de huidige ZS-projecten van ZonMw in ieder geval voor de komende twee jaar via de desbetreffende gemeenten (gemeentefonds) bekostigd blijven. Demissionair minister Schippers pleit voor landelijke invoering.

### **Bijdrage van dit document**

Om maatwerk te kunnen leveren per stad of wijk, en om de wijkverpleegkundige functie optimaal te kunnen borgen, zijn lokale cijfers nodig over bereik, werkwijze en resultaat. Dit document kan lokale beleidsmakers en andere betrokken partijen zoals VWS en zorgverzekeraars daarbij ondersteunen.



Het beschrijft de door de wijkverpleegkundige bereikte bewoners in de Utrechtse krachtwijken Overvecht, Zuilen-oost en Ondiep, hun hulpvragen en huidige netwerk van zorg en hulp, de werkwijze van de wijkverpleegkundigen en de daarmee behaalde resultaten.



## 2. Zichtbare Schakel in Utrecht

In Utrecht Stad lopen zes Zichtbare Schakel-projecten in vier krachtwijken (Overvecht, Zuilen-oost, Ondiep en Kanaleneiland). Dit document beschrijft de resultaten van vier van de zes Utrechtse ZS-projecten uitgevoerd door thuiszorgorganisaties Zorgwacht en Careyn in Overvecht, Zuilen-oost en Ondiep.

### Kenmerken krachtwijken

Tabel 1 geeft de drie betrokken krachtwijken weer op een aantal kenmerken. In Overvecht wonen relatief veel ouderen (80<sup>+</sup>); de meeste Utrechtse 55-plussers wonen in Overvecht. Overvechters scoren duidelijk onder het gemiddelde van Utrecht Stad wat betreft sociale cohesie en maatschappelijk welbevinden. Bovendien hebben de bewoners van Overvecht het vaakst een negatieve toekomstverwachting.

Inwoners van Overvecht, Zuilen-oost en Ondiep scoren niet alleen qua maatschappelijk welzijn onder het gemiddelde van Utrecht Stad. Ook op het gebied van gezondheid scoren ze slechter: ze ervaren de eigen gezondheid vaker als matig tot slecht en hebben vaker stapeling van gezondheidsproblemen- en risico's.

Tabel 1 Kenmerken van de drie betrokken Utrechtse krachtwijken (%)<sup>1</sup>

Kenmerk	Overvecht	Zuilen-oost	Ondiep
Aantal inwoners	31.570 <sup>2</sup>	±11.000 <sup>3</sup>	±5.400 <sup>4</sup>
65-plussers	±21	ruim 10	14 <sup>4</sup>
Laag opgeleid <sup>5</sup>	±53	±41	±54
Allochtoon	51	30	27
Alleenstaand	±48	±46 <sup>2</sup>	-
Geen werk	15	±20 <sup>2</sup>	16
Moeite met rondkomen	34	34	34
Sociale huurwoningen	73	-	>50 <sup>6</sup>
Ontevreden over woning en woonomgeving	vaker dan Utrecht Stad		
Matig/slecht ervaren gezondheid	27	ruim 17	27
Stapeling van gezondheidsproblemen/-risico's	vaker dan Utrecht Stad		

<sup>1</sup> Preventie volwassenen en ouderen. Themarapport Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2010. GG&GD, gemeente Utrecht, 2010.

Tenzij anders vermeld.

<sup>2</sup> Wijkwijzer 2010. De tien Utrechtse wijken in cijfers. Bestuursinformatie, gemeente Utrecht, sept 2010.

<sup>3</sup> De wijkverpleegkundige als verbindende schakel in de wijk Zuilen. Subsidieaanvraag ZonMw, S.M. Sijmonsma, okt 2009.

<sup>4</sup> <http://utrecht.straatinfo.nl/buurtgegevens/Ondiep>

<sup>5</sup> Geen onderwijs, lager onderwijs, lbo, vmbo, mavo

<sup>6</sup> De wijkverpleegkundige als verbindende schakel in de wijk Ondiep. Subsidieaanvraag ZonMw, S.M. Sijmonsma, okt 2009.

### Zichtbare Schakel Overvecht

In Overvecht lopen twee ZS-projecten uitgevoerd door Zorgwacht in nauwe samenwerking met Careyn. De ZS-wijkverpleegkundigen in Overvecht zijn er voor *alle* wijkbewoners. In de projecten benaderen ze echter twee groepen actief zelf: kwetsbare ouderen (75<sup>+</sup>) en chronisch zieken (20-74 jaar). Zie voor de toegepaste wijze van benadering §3.2.1.

### *Kwetsbare ouderen*

Het project onder kwetsbare ouderen is voorjaar 2010 in de praktijk gestart. Doel is gezondheids- en welzijnsproblemen bij deze groep pro-actief te signaleren en vroegtijdig passende en samenhangende hulp te bieden. Einddoel is dat kwetsbare ouderen een zo goed mogelijke kwaliteit van leven behouden en zo lang mogelijk de regie over het eigen leven behouden, ook als ze zorg of ondersteuning daarbij nodig hebben. De vijf ZS wijkverpleegkundigen van Zorgwacht, werkzaam in Overvecht, zijn hiertoe het aanspreekpunt voor de ouderen bij hulpvragen over gezondheid, welzijn, veiligheid en wonen.

Jaarlijks bezoeken ze ongeveer 200 ouderen van 75 jaar en ouder in de thuissituatie. Tijdens het huisbezoek brengen ze de leefsituatie en (verborgen) hulpvragen in kaart door het afnemen van een gevalideerde vragenlijst, het Easycare meetinstrument (zie kader). Indien nodig en gewenst zetten ze activiteiten in zoals screenen, informeren, praktische hulp bieden, doorverwijzen, bemiddelen van mantelzorgers en leveren van nazorg. Na ongeveer een jaar volgt een follow-up contact met de bezochte ouderen – in eerste instantie telefonisch, en indien de situatie kwetsbaar is volgt weer een huisbezoek.

#### **Het Easycare meetinstrument**

Easycare is een gevalideerd meetinstrument waarmee zorgverleners de gezondheidssituatie en hulpbehoefte van kwetsbare ouderen op een gestandaardiseerde wijze snel in kaart kunnen brengen. De vragen van het instrument dienen als basis voor het gesprek. De wijkverpleegkundige vraagt door en brengt samenhang in de antwoorden van de oudere. Zo worden het functioneren en de wensen van de oudere op een betrouwbare wijze in kaart gebracht. Deze bevindingen dienen als basis voor het opstellen van een individueel zorgbehandelplan, indien nodig in overleg met de huisarts of andere disciplines. Kenmerkend van Easycare is dat het aspecten inventariseert op het gebied van gezondheid, wonen, en welzijn en uit onderdelen bestaat die relevant zijn voor zowel ziekte- als zorgdiagnostiek.

(zie <http://www.zowelnn.nl/projecten/easycare/easycare-diaagnostiek>)

### *Chronisch zieken*

Het project onder chronisch zieken is najaar 2011 in de praktijk gestart. Doel is chronisch zieken in de wijk Overvecht ondersteunen goed om te gaan met hun chronische ziekte(n) en de gevolgen daarvan. Einddoel is dat mensen ook met hun ziekte(n) zoveel mogelijk zelf de regie blijven voeren over eigen leven en gezondheid.

De wijkverpleegkundige brengt hiertoe jaarlijks 1 of meerdere huisbezoeken aan circa 40 chronisch zieke Overvechters van 20 tot 75 jaar.

Tijdens het eerste huisbezoek gebruikt zij de gecombineerde INTERMED / welbevindenvragenlijst om op gestructureerde wijze beter zicht te krijgen op de actuele situatie van de cliënt. Indien nodig en gewenst zal zij vervolgens

zelfmanagementondersteuning bieden en vroegtijdig (multidisciplinaire) hulp initiëren via doorverwijzing naar de juiste aanbieders.

Bij zelfmanagementondersteuning ligt de nadruk op preventieve activiteiten zoals informeren over gezonde leefstijl en coachen bij het verbeteren of stabiliseren van de ziekte door leefstijlaanpassing.

### **Zichtbare Schakel Zuilen-oost en Ondiep**

Careyn voert zowel in Zuilen-oost<sup>1</sup> als in Ondiep een ZS-project uit. In beide wijken zijn vanaf de start de huisartsen als lid van de projectcommissie bij het project betrokken.

Net als de ZS-wijkverpleegkundigen in Overvecht zijn ook die in Zuilen en Ondiep er voor *alle* wijkbewoners. In beide wijken benaderen ze met name ouderen die al contact hebben met Careyn actief zelf.

Het project in Zuilen is voorjaar 2010 gestart, het project in Ondiep een jaar later. Doel is gezondheids- en welzijnsproblemen bij kwetsbare burgers pro-actief te signaleren en vroegtijdig passende en samenhangende hulp te bieden. Einddoel is dat kwetsbare burgers een zo goed mogelijke kwaliteit van leven behouden en zoveel en zo lang mogelijk de regie over het eigen leven behouden. De vier ZS wijkverpleegkundigen van Careyn, werkzaam in Zuilen en Ondiep, zijn hiertoe het aanspreekpunt voor wijkbewoners bij hulpvragen over gezondheid, welzijn, veiligheid en wonen.

Per 2012 trachten ze jaarlijks ongeveer 200 wijkbewoners te bezoeken. Ze hanteren hierbij grotendeels dezelfde werkwijze als hun ZS-collega's in Overvecht bij de kwetsbare ouderen. Er zijn wel enige verschillen met Overvecht in de wijze waarop kwetsbare wijkbewoners worden bereikt (zie paragraaf 3.2.1) en in de wijze waarop het Easycare instrument wordt ingezet (zie onderstaand kader).

### **Registratie cliëntgebonden contacten**

De betrokken ZS wijkverpleegkundigen werkzaam in Overvecht, Zuilen en Ondiep registreren de cliëntgebonden contacten per 1 januari 2011 in de webportal van het landelijke Programma Zichtbare Schakel. Tevens registreren ze de cliëntinformatie die met behulp van het Easycare meetinstrument wordt verzameld. Ook deze gegevens zijn digitaal verwerkt. Voor deze rapportage is gebruik gemaakt van alle in de webportal geregistreerde cliëntcontacten die plaatsvonden in de periode januari 2011 t/m juni 2012 (n=556). Daarnaast is voor bovengenoemde cliëntcontacten gebruik gemaakt van de Easycare gegevens voor zover beschikbaar t/m maart 2012 (n=249; zie ook onderstaand kader).

---

<sup>1</sup> Verder in dit document voor de eenvoud genoemd 'Zuilen'

### **Beschikbaarheid Easycare gegevens**

In de periode januari 2011 t/m juni 2012 zijn in Overvecht, Zuilen en Ondiep in totaal 556 contacten tussen cliënten en ZS wijkverpleegkundigen in de ZS webportal geregistreerd (het betrof n=530 unieke cliënten). In de periode waarover de Easycare-gegevens beschikbaar zijn, namelijk januari 2011 t/m maart 2012, zijn in totaal 326 clientcontacten (met cliënten  $\geq 65$  jaar) in de webportal geregistreerd. Bij 76% van deze clientcontacten (n=249; Overvecht n=187 en Ondiep/Zuilen n=62) is tevens het Easycare meetinstrument afgenomen en zijn ook deze gegevens geregistreerd. In Overvecht is bij relatief meer clientcontacten ( $\geq 65$  jaar) het Easycare meetinstrument afgenomen dan in Zuilen/Ondiep (resp. bij 79% en 59% van de cliëntcontacten). Dit wordt verklaard door het feit dat de ZS wijkverpleegkundigen in Overvecht *structureel* het Easycare meetinstrument afnemen bij een eerste huisbezoek aan ouderen. In Zuilen en Ondiep doen ze dit voornamelijk bij cliënten waarbij de wijkverpleegkundige zelf, of een verwijzer, het initiatief voor een huisbezoek heeft genomen.

De groep cliënten waarvoor ook Easycare gegevens beschikbaar zijn (n=249; 45% van de totale analyse-groep van n=556), is gemiddeld drie jaar ouder (82 versus 79 jaar) vergeleken met de totale analyse-groep. Ook is bij de eerstgenoemde groep het contact vaker tot stand gekomen op initiatief van de wijkverpleegkundige (bij 90% versus 78% van de cliënten) en zijn er gemiddeld minder weken verstreken tussen het eerste cliëntcontact en de afronding van het contact (2,8 versus 3,6 weken). Over het algemeen zijn beide groepen echter goed vergelijkbaar qua omvang, aard en resultaat van de door de wijkverpleegkundige ingezette activiteiten.

### 3. Resultaten

#### 3.1 Omschrijving bereikte doelgroep

In de periode januari 2011 t/m juni 2012 zijn in de Utrechtse wijken Overvecht, Zuilen en Ondiep in totaal 556 cliënten door de ZS wijkverpleegkundigen bereikt (tabel 1). Dit betreft een lichte onderrapportage van het werkelijk aantal in die periode bereikte cliënten. De ZS wijkverpleegkundigen werkzaam in Zuilen hebben namelijk, vooral in de beginperiode van het project, niet alle cliëntcontacten in de webportal geregistreerd.

Tabel 1 Aantallen bereikte cliënten in Overvecht, Zuilen en Ondiep; januari 2011 t/m juni 2012

ZS project	n	% van totale groep
Overvecht		
Overvecht, ouderen	332	60%
Overvecht, chronisch zieken	57	10%
Totaal	389	70%
Zuilen / Ondiep		
Zuilen	120	22%
Ondiep	47	8%
Totaal	167	30%
<b>TOTAAL</b>	<b>556</b>	<b>100%</b>

#### 3.1.1 Sociaal-demografische gegevens

##### **Meeste cliënten zijn 75+, vrouw, alleenstaand, laag opgeleid en autochtoon**

Drie kwart van de bereikte cliënten in Overvecht, Zuilen en Ondiep is vrouw, 70% is alleenstaand, 83% is gepensioneerd en 84% heeft kinderen (tabel 2). De gemiddelde leeftijd is 78 jaar. Ruim drie kwart van de cliënten is ouder dan 75 jaar. In Overvecht zijn de bereikte cliënten gemiddeld vier jaar ouder dan in Zuilen en Ondiep en ligt het aandeel 75-plussers 19% hoger.

De meeste cliënten zijn laag opgeleid en autochtoon. Vrijwel alle bereikte cliënten (99%) hebben één of meer determinanten voor kwetsbaarheid<sup>2</sup>; 71% heeft drie of meer determinanten voor kwetsbaarheid.

<sup>2</sup> Determinanten voor kwetsbaarheid: 75 jaar of ouder, vrouw, alleenstaand, laag opgeleid of allochtoon.

Tabel 2 Achtergrondkenmerken (%)

Kenmerk	Overvecht (n=389)	Zuilen /Ondiep (n=167)	Totaal (n=556)
Geslacht:			
man	25	28	26
vrouw	75	72	74
Leeftijd:	<b>Gemiddeld: 79</b>	<b>Gemiddeld: 75</b>	<b>Gemiddeld: 78</b>
<65 jaar	10	17	12
65-74 jaar	7	19	11
75-84 jaar	52	43	49
≥85 jaar	31	21	28
Opleiding <sup>1</sup> :			
Laag1 (geen, basisonderwijs)	39	63	47
Laag2 (lbo, vmbo, mavo)	51	20	41
Midden (mbo, havo, vwo)	10	5	8
Hoog (hbo, wo)	1	12	4
Etniciteit:			
Nederlands	91	94	92
Anders	9	6	8
Woonsituatie:			
alleenstaand	71	69	70
met partner	21	23	21
alleenstaande ouder	5	2	4
met partner + kinderen	1	2	2
Anders	3	5	3
Burgerlijke staat <sup>2</sup> :			
Weduwe/-naar	-	-	61
Ongehuwd	-	-	5
Gescheiden	-	-	11
Gehuwd	-	-	23
Maatschappelijke positie			
Gepensioneerd	84	81	83
Arbeidsongeschikt	12	13	12
Overig	4	7	5
Voornaamste inkomensbron huishouden			
AOW / pensioen	88	84	87
Inkomen uit uitkering	9	12	9
Inkomen uit arbeid	2	3	2
Overig	1	1	2
Heeft kinderen <sup>2</sup>	-	-	84

<sup>1</sup> respectievelijk 19% (n=71), 10% (n=17) en 16% (n=89) van de cliënten uit Overvecht, Zuilen/Ondiep en uit de totale groep scoort missend op opleiding.

<sup>2</sup> De variabelen burgerlijke staat en 'heeft kinderen' zijn alleen bekend voor de groep cliënten bij wie ook het Easycare-instrument is afgenomen. De percentages voor beide variabelen zijn berekend over deze laatste groep (N=249).

### 3.1.2 Communicatie en veiligheid

#### Een derde heeft problemen met communiceren

Drie op de 10 cliënten ziet of hoort slecht, circa 1 op de tien heeft problemen bij het spreken en eenzelfde aandeel kan niet zelf telefoneren of alleen met een hulpmiddel (tabel 3). Een derde van de cliënten is het afgelopen jaar minstens één keer gevallen en ruim één op de vijf (23%) voelt zich buitenshuis onveilig. Circa één op de vijf voelt zich wel eens bedreigd of is wel eens lastig gevallen.

Tabel 3 Communicatie en veiligheid (%)

Kenmerk	Totaal (n=249) <sup>1</sup>
Communicatie	
Kan moeilijk tot helemaal niets zien en/of horen	29
Heeft problemen bij spreken/zichzelf uitdrukken	9
Kan niet zelf telefoneren of alleen met hulpmiddel	9
Veiligheid	
Afgelopen jaar 1 of meer keren gevallen	32
Voelt zich buitenshuis onveilig	23
Voelt zich wel een bedreigd/ Is wel eens lastig gevallen	19

<sup>1</sup> De percentages zijn alleen bekend voor, en berekend over de groep cliënten bij wie het Easycare-instrument is afgenomen.

### 3.1.3 Leefstijl en gezondheid

#### Ruim een kwart beweegt onvoldoende, 18% heeft (risico op) ondervoeding

Ruim een kwart beweegt niet regelmatig (28%) en bij 18% is de bloeddruk onlangs niet meer gecontroleerd (tabel 4).

Per 1 april 2011 screenen de wijkverpleegkundigen alle bereikte cliënten van 75 jaar en ouder uit Overvecht op (risico op) ondervoeding<sup>3</sup>. In totaal zijn in de periode april 2011 t/m juni 2012 n=142 thuiswonende ouderen gescreend. Van deze ouderen is ruim één op de tien (12%) ondervoed; 6% heeft risico op ondervoeding. In de thuiszorg blijkt uit cijfers van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) dat 15-25% van de cliënten ondervoed is en het risico neemt toe met de leeftijd. Het is bekend dat ondervoeding bij thuiswonende ouderen voor een toename van het aantal huisartsconsulten zorgt, een verhoogd medicatiegebruik en een verhoogde kans op opname in het ziekenhuis ([www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl)).

<sup>3</sup> Deze screening vindt plaats als onderdeel van het landelijke project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in de eerstelijnszorg en thuiszorg' en op initiatief van, en in samenwerking met, diëtisten van Careyn.

Tabel 4 Leefstijl en gezondheid (%)

Kenmerk	Totaal (n=249) <sup>1</sup>
Beweegt niet regelmatig	28
Is wel eens buiten adem tijdens normale activiteiten	44
Rookt	16
Drinkt alcohol	32
Bloeddruk onlangs niet meer gecontroleerd	18
Risico op ondervoeding <sup>2</sup>	6
Ondervoeding <sup>2</sup>	12
Aantal aandoeningen (momenteel of in verleden gehad) <sup>3</sup>	Gemiddeld: 3
0	2
1	15
2	27
3 of meer	55
Medicatiegebruik op recept	Gemiddeld: 6
Geen	4
1 t/m 4	30
5 of meer	66
Kan medicatie alleen met (enige) hulp nemen <sup>4</sup>	18

<sup>1</sup> De percentages zijn alleen bekend voor, en berekend over de groep cliënten bij wie het Easycare-instrument is afgenomen.

<sup>2</sup> 43% (n=108) van de cliënten scoort missend op (risico op) ondervoeding.

<sup>3</sup> 6% (n=14) van de cliënten scoort missend op aantal aandoeningen.

<sup>4</sup> 6% (n=15) van de cliënten scoort missend op "kan medicatie alleen met (enige) hulp innemen".

### Hoge multimorbiditeit en polyfarmacie

Bijna alle cliënten hebben minstens één chronische aandoening (98%) en gebruiken medicatie op recept (96%) (tabel 4). Vier vijfde (82%) heeft twee of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Het gemiddeld aantal chronische aandoeningen is drie. Twee derde gebruikt vijf of meer medicijnen tegelijkertijd op recept (polyfarmacie) en 18% kan de medicatie alleen met (enige) hulp nemen.



**Ruim een kwart heeft psychische klachten, 62% heeft lichamelijke pijn**

Van de cliënten beoordeelt 29% de eigen geestelijke gezondheid over het algemeen als redelijk tot slecht (tabel 5). Eenzelfde percentage was de afgelopen maand vaak neerslachtig, depressief of hopeloos of gaf aan in die periode vaak last gehad te hebben van desinteresse of het gevoel nergens plezier aan te beleven.

Circa twee op de vijf cliënten hadden afgelopen maand slaapproblemen en 62% had lichamelijke pijn. Een kwart van de mensen met pijn gaf aan ernstige lichamelijke pijn te hebben.

Ruim een derde (35%) heeft onlangs een verlieservaring gehad en een kwart maakt zich zorgen over het geheugen of heeft last van vergeetachtigheid.

De helft van de cliënten is niet of nauwelijks sociaal actief of heeft alleen contact met kinderen, familie of burens. Toch is naar oordeel van de wijkverpleegkundige – aan de hand van de situatiebeschrijving - maar 8% van de cliënten vaak eenzaam.

Tabel 5 Geestelijke gezondheid en welzijn (%)

Kenmerk	Totaal (n=249) <sup>1</sup>
Geestelijke gezondheid	
Redelijk tot slecht	29
Goed	53
Erg goed tot uitstekend	18
Afgelopen maand vaak neerslachtig, depressief of hopeloos	24
Afgelopen maand vaak desinteresse, nergens plezier in	19
Had afgelopen maand slaapproblemen	39
Had afgelopen maand lichamelijke pijn	62
Had ernstige pijn <sup>2</sup>	24
Heeft last van angst	15
Heeft onlangs verlieservaring gehad	35
Zorgen over geheugen / vergeetachtig	26
Voelt zich eenzaam	
Nooit	43
Soms	49
Vaak	8
Mate van sociale activiteit	
Niet/nauwelijks	12
Alleen bezoek kinderen, familie, bureu	38
Ook bezoek vrienden en kennissen	50
Kan geen ontspannende activiteiten ondernemen die belangrijk zijn voor persoon	15
Komt niet toe aan zinvolle dagbesteding	10

<sup>1</sup> De percentages zijn alleen bekend voor, en berekend over de groep cliënten bij wie het Easycare-instrument is afgenomen.

<sup>2</sup> Uitgedrukt als percentage van het aantal cliënten dat de afgelopen maand lichamelijke pijn had (n=153).

## 3.2 Het contact met de Zichtbare Schakel wijkverpleegkundige

### 3.2.1 Aanleiding tot het contact

#### **Meestal is de wijkverpleegkundige de initiatiefnemer van het contact**

Circa vier op de vijf cliënten zijn op initiatief van de ZS wijkverpleegkundige bereikt: de wijkverpleegkundige nodigt wijkbewoners die huishoudelijke hulp krijgen van Careyn<sup>4</sup>, en tot de doelgroep behoren, zelf uit voor een huisbezoek.

In Overvecht zijn verreweg de meeste cliënten (89%) op deze wijze bereikt, in Zuilen/Ondiep ongeveer de helft (tabel 6).

#### **Een casus**

*De wijkverpleegkundige brengt, na een uitnodigingsbrief aan huis, een huisbezoek aan Bea. Tijdens het huisbezoek zegt ze Parkinson patiënte te zijn en veel pijnklachten te hebben waardoor ze moeilijk haar handen kan gebruiken. De wijkverpleegkundige spreekt met Bea af contact op te nemen met de Parkinson verpleegkundige vanwege de pijnklachten. Deze bezoekt Bea en verwijst haar door naar de reumatoloog. Beiden stellen de diagnose Carpaal Tunnel Syndroom. Ze wordt hiervoor aan beide handen geopereerd. Tijdens het huisbezoek geeft Bea ook aan dat haar (tweeling)zus wel wat hulp kan gebruiken bij het tuinonderhoud. De wijkverpleegkundige neemt daarop contact op met Bea's zus en brengt ook aan haar een huisbezoek. De zus geeft aan zowel hulp te kunnen gebruiken in de tuin als op het balkon. De wijkverpleegkundige bemiddelt een vrijwilliger van Zorg & Zo voor deze klus. Het blijkt goed te klikken tussen de zus en de vrijwilliger: deze komt nog steeds bij haar langs en heeft, naast het tuinonderhoud, ook tijd voor een kop koffie en een praatje.*

#### **Steeds vaker nemen verwijzers en cliënten zelf het initiatief tot contact**

De wijkverpleegkundigen bereiken de doelgroep in toenemende mate ook via verwijzers zoals huisartsen/praktijkondersteuners, welzijnsorganisaties en woningcorporaties. Ook weten cliënten zelf - door mond op mond reclame – de ZS steeds vaker te vinden (10%). Het contact ontstaat in die gevallen meestal doordat de cliënt zelf een hulpvraag heeft of door een 'niet pluis gevoel' van een verwijzer, mantelzorger of buurtbewoner (tabel 6).

---

<sup>4</sup> Uit een pilotstudie kwam naar voren dat vrijwel alle 20-64 jarige cliënten van Careyn die huishoudelijke hulp ontvangen 1 of meerdere chronische aandoeningen hebben.

Tabel 6 Cliëntcontacten: initiatiefnemer en reden initiatief (%)

Kenmerk	Overvecht (n=389)	Zuilen /Ondiep (n=167)	Totaal (n=556)
Initiatiefnemer cliëntcontact <sup>1</sup>			
Wijkverpleegkundige Zichtbare Schakel	89	53	78
Cliënt zelf	7	17	10
Thuiszorg	2	14	6
Mantelzorg	2	10	4
Overig	5	13	7
Reden initiatief <sup>1</sup>			
Actieve benadering door wijkverpleegkundige	89	53	78
Cliënt heeft zorg-/hulpvraag	8	29	15
Niet pluis gevoel verwijzer	5	13	7
Niet pluis gevoel mantelzorger/buurtbewoner	2	7	3
Anders	2	10	4

<sup>1</sup> per cliënt kan er sprake zijn van meer dan 1 initiatiefnemer en meer dan 1 reden tot initiatief van het contact.

In Zuilen en Ondiep komt het initiatief tot contact veel vaker tot stand via verwijzers of (hulpvragen van) cliënten zelf dan in Overvecht. Dit is deels te verklaren uit het feit dat Zuilen en Ondiep kleinere wijken zijn, waar wijkverpleegkundigen, inwoners en verwijzers elkaar makkelijker weten te vinden en afhankelijker van elkaar zijn. Een andere reden voor dit verschil is dat de wijkverpleegkundigen in Zuilen en Ondiep regelmatig cliënten krijgen doorverwezen van collega's. Zo verwijzen collega's die bijvoorbeeld cliënten helpen bij lichamelijke verzorging maar zelf geen tijd of affiniteit/kennis hebben voor andersoortige hulpvragen regelmatig door naar de ZS. Daarnaast wordt in Zuilen en Ondiep nauwer samengewerkt met de huisartsen: de huisartsen bellen en mailen regelmatig over cliënten. Ook de assistentes en praktijkondersteuners signaleren er mee. In Overvecht verwijzen huisartsen minder vaak door naar de ZS wijkverpleegkundigen. Een andere reden dat zowel verwijzers als cliënten de wijkverpleegkundigen in Zuilen en Ondiep (steeds) beter weten te vinden is dat de betreffende wijkverpleegkundigen actief investeren in het onderhouden van netwerken. Dit heeft er mede toe geleid dat het aandeel cliëntcontacten dat is ontstaan via verwijzers of cliënten zelf in Zuilen en Ondiep in de eerste helft van 2012 bijna is verdubbeld (62%) ten opzichte van een jaar geleden (33%). In Overvecht is dit aandeel daarentegen vrijwel gelijk gebleven.

### 3.2.2 Hulpvragen cliënt

#### 84% van de cliënten heeft één of meer hulpvragen

Na het eerste cliëntcontact heeft 84% van de cliënten één of meer centrale hulpvragen (tabel 7). Het gemiddeld aantal centrale hulpvragen na het eerste cliëntcontact betrof 1,5. In Overvecht ligt dit hoger (1,6) dan in Zuilen/Ondiep (1,3). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de wijkverpleegkundigen in Zuilen en Ondiep, bij cliënten die zelf met een specifieke hulpvraag op de ZS afstappen (29% van de cliëntcontacten), geen uitgebreide inventarisatie doen naar mogelijk andere aanwezige (verborgen) hulpvragen. In dat geval zoekt de wijkverpleegkundige alleen een passend antwoord op die ene vraag.

Naarmate een cliënt meer hulpvragen heeft, zijn er meer zorgverleners bij de cliënt betrokken en worden er door de wijkverpleegkundige meer activiteiten ingezet. Ook is het aantal hulpvragen positief geassocieerd met het aantal face-to-face contacten<sup>5</sup> en met het aantal verstreken weken tussen het eerste contact met de wijkverpleegkundige en de afronding van het contact.

### **Meeste hulpvragen over zelfredzaamheid, participatie, gezondheid/welzijn**

Hulpvragen op het gebied van zelfredzaamheid en participatie (47%), gezondheid en ziekte (o.a. medicatie) (33%) en welbevinden (o.a. stress, eenzaamheid, geheugen) (31%) staan het vaakst centraal tijdens het eerste contact met de wijkverpleegkundige (tabel 7). Minder vaak centraal staan hulpvragen rond leefstijl (16%), hoewel een kwart van de cliënten aangeeft niet regelmatig te bewegen (zie §3.1.3).

Ook hulpvragen rond materiële zaken (b.v. administratie, huisvesting, aanvraag hulpmiddelen) (10%) en woon- en leefomgeving (b.v. veiligheid of woningaanpassing i.v.m. fysieke beperking) (9%) komen minder vaak aan bod.

Vijf-en-zeventig-plussers hebben vaker hulpvragen over zelfredzaamheid en participatie (51%) dan cliënten tot 75 jaar (33%).

#### ***Een casus***

*Bij haar bezoek aan het nieuwe dienstcentrum in Ondiep maakt de wijkverpleegkundige kennis met Piet (65 jaar, sociaal, bij de buurt betrokken). Piet komt gezellig voor een kopje koffie naar het centrum om een plezierige daginvulling te hebben. Al snel geeft hij aan het op prijs te stellen als de wijkverpleegkundige bij hem op bezoek komt. De week erop bezoekt de wijkverpleegkundige hem thuis. Zijn vrouw is naar haar werk (sociale werkplaats i.v.m. lichamelijke en geestelijke beperkingen). Piet vertelt over zijn leven en de beperkingen waar hij tegenaan loopt. Hij kan de tuin niet meer bijhouden. Ook het huishouden is hem te zwaar. De wijkverpleegkundige schakelt, in overleg met Piet, een vrijwilliger in om samen met Piet de tuin te onderhouden. Verder regelt ze een Wmo-indicatie voor structurele ondersteuning in het huishouden. Na enkele weken belt Piet de wijkverpleegkundige. Hij zegt zich ernstig zorgen te maken over een buurman, die tegen het advies van de dokter in naar huis is gekomen en nu in paniek is. Een uur later staat de wijkverpleegkundige op de stoep bij Piet's buurman. Er moet inderdaad van alles gebeuren, wat nog dezelfde dag geregeld is.*

Cliënten die een hulpvraag rond welzijn hebben, geven tijdens het eerste contact met de wijkverpleegkundige vaker aan al hulp te krijgen van een welzijnsorganisatie of het algemeen maatschappelijk werk (81%) dan cliënten die geen welzijn-hulpvraag hebben (72%). Verder geeft de wijkverpleegkundige bij cliënten met een hulpvraag op het gebied van zelfredzaamheid en participatie bij de afsluiting van het cliëntcontact twee keer zo vaak aan dat de cliënt zijn leven weer (meer) onder controle heeft vergeleken met cliënten die geen hulpvraag op dat gebied hebben (60% versus 29%).

---

<sup>5</sup> Het betreft hier het aantal face-to-face contacten tussen de client en de wijkverpleegkundige

Tabel 7 Cliëntcontacten: centrale hulpvragen (%)

Kenmerk	Overvecht (n=389)	Zuilen/Ondiep (n=167)	Totaal (n=556)
Aantal centrale hulpvragen na 1 <sup>e</sup> cliëntcontact	Gemiddeld: 1,6	Gemiddeld: 1,3	Gemiddeld: 1,5
Geen	10	27	16
1	43	41	42
2	29	16	25
3	14	11	13
4 of 5	4	5	4
Type centrale hulpvraag na 1 <sup>e</sup> cliëntcontact:			
Zelfredzaamheid (o.a. bij activiteiten als wassen, aankleden, koken, boodschappen) / participatie	54	30	47
Gezondheid en ziekte (o.a. medicatie)	29	42	33
Welbevinden (o.a. stress, eenzaamheid, geheugen)	34	23	31
Leefstijl (gewicht, bewegen, roken, alcohol)	18	13	16
Materiële zaken (o.a. administratie, financiën, huisvesting, hulpmiddelen)	10	10	10
Woon- en leefomgeving (o.a. onveilig gevoel)	10	7	9
Anders	3	1	2
Cliënt heeft <i>alleen</i> niet-medische hulpvragen <sup>1,2</sup>	42	28	38
Cliënt heeft <i>óók</i> niet-medische hulpvragen <sup>1,2</sup>	81	66	77

<sup>1</sup> niet-medische hulpvragen zijn hier gedefinieerd als centrale hulpvragen die **niet** gescoord zijn onder 'gezondheid en ziekte' en niet onder 'welbevinden (o.a. stress, eenzaamheid, geheugen).'

<sup>2</sup> Uitgedrukt als percentage van het aantal cliënten dat één of meerdere hulpvragen heeft (respectievelijk n=348 in Overvecht, n=121 in Zuilen/Ondiep en n=469 in de totale groep).

### Ruim drie kwart hulpvragers heeft óók niet-medische hulpvragen

Van de cliënten die één of meer hulpvragen hebben, heeft ruim drie kwart (77%) óók hulpvragen die niet direct medisch van aard zijn (tabel 7). De cliënt heeft in dat geval naast hulpvragen over gezondheid, ziekte en welbevinden ook hulpvragen rond zelfredzaamheid en participatie, leefstijl, materiële zaken of woon- en leefomgeving. Bijna 40% heeft uitsluitend niet-medische hulpvragen.

### 3.2.3 Netwerk rond de cliënt

#### Meeste cliënten hebben al hulp tijdens het 1<sup>e</sup> contact met de wijkverpleegkundige

In Utrecht Overvecht krijgen alle cliënten al één of meer vormen van formele of informele zorg of hulp van andere personen of instanties tijdens het eerste contact met de wijkverpleegkundige (tabel 8). Dit is te wijten aan de gekozen benaderingswijze: wijkbewoners die al huishoudelijke hulp krijgen van Careyn zijn uitgenodigd voor een huisbezoek door de wijkverpleegkundige.

Tabel 8 Gebruik van formele en informele zorg en ondersteuning (%)

Kenmerk	Overvecht (n=389)	Zuilen /Ondiep (n=167)	Totaal (n=556)
Cliënt krijgt zorg/ondersteuning <sup>1,2</sup>	100	91	97
Cliënt krijgt formele zorg / ondersteuning <sup>2</sup> :	100	84	95
Thuiszorg/huishoudelijke hulp	99	77	92
Welzijnsorganisatie ( o.a. personen-alarmering, maaltijdbezorging)	83	49	73
GGZ/verslavingszorg	40	9	30
Huisarts/POH	21	11	18
Ziekenhuis/specialist	22	9	18
Algemeen maatschappelijk werk	9	6	8
Fysio, ergo, manueel	6	1	5
Gespecialiseerd verpleegkundige	3	1	2
Anders (o.a. diëtist, pedicure)	8	1	6
Cliënt krijgt informele zorg / mantelzorg:	74	35	63
Van gezinslid/familielid/mantelzorger	71	35	60
Van buurtbewoner	13	3	10
Cliënt krijgt <b>uitsluitend</b> mantelzorg	0	4	1
Aantal betrokken hulpverleners/instanties <sup>1,3</sup>	Gemiddeld: 4,1	Gemiddeld: 2,1	Gemiddeld: 3,5
1-2	22	74	36
3-4	44	23	39
5 of meer	34	2	26

<sup>1</sup> het betreft hier formele of informele zorg of ondersteuning van andere hulpverleners/instanties die de cliënt tijdens het eerste contact met de wijkverpleegkundige reeds ontvangt.

<sup>2</sup> het hoge % cliënten dat tijdens het eerste contact met de wijkverpleegkundige al zorg of ondersteuning van andere hulpverleners/instanties ontvangt is te wijten aan de gekozen benaderingswijze. Alle cliënten die tot de doelgroep behoren en huishoudelijke hulp ontvangen van Careyn zijn actief benaderd voor een huisbezoek door de Zichtbare Schakel wijkverpleegkundige. In totaal is bij 78% van de cliënten het contact op deze wijze tot stand gekomen (zie ook tabel 5; cliëntcontacten).

<sup>3</sup> respectievelijk 5% (n=18), 23% (n=39) en 10% (n=57) van de cliënten uit Overvecht, Zuilen/Ondiep en uit de totale groep scoort missend op de variabele 'aantal betrokken hulpverleners/instanties.'

In Ondiep en Zuilen ontvangt tijdens het eerste contact met de wijkverpleegkundige zo'n 10% van de cliënten nog geen enkele vorm van hulp en 84% hulp van andere (zorg)professionals. De meeste cliënten krijgen tijdens het eerste contact met de wijkverpleegkundige al hulp of ondersteuning van de thuiszorg (92%) of van een welzijnsorganisatie (73%). Tot deze laatste categorie wordt ook ondersteuning in de vorm van personenalarmering of maaltijdbezorging gerekend.

Circa 60% van de cliënten krijgt hulp van mantelzorgers. In Overvecht krijgen cliënten veel vaker mantelzorg (74%) dan in Zuilen en Ondiep (35%).

### Gemiddeld krijgen cliënten al hulp van drie andere personen of instanties

Tijdens het eerste contact met de wijkverpleegkundige bieden gemiddeld al drie andere hulpverleners/instanties ondersteuning aan de cliënt (tabel 8). Een kwart van de cliënten krijgt van minstens vijf andere hulpverleners/instanties ondersteuning.

In Overvecht zijn gemiddeld twee keer zoveel hulpverleners/instanties bij de cliënt betrokken als in Zuilen en Ondiep (4 versus 2). Mogelijke verklaring voor dit verschil is dat cliënten in Overvecht gemiddeld ook meer hulpvragen hebben, en er meer hulpverleners betrokken zijn naarmate het aantal hulpvragen hoger ligt.

### **Laag opgeleiden en 75-plussers krijgen meer hulp**

Bij laag opgeleiden en 75-plussers zijn gemiddeld meer hulpverleners betrokken (resp. 3,6 en 3,7) dan bij hoger opgeleiden en cliënten jonger dan 75 jaar (resp. 2,9 en 3,1).

Er zijn ook sociaal-demografische verschillen zichtbaar in het aandeel cliënten dat een specifieke vorm van zorg/hulp krijgt. Zo krijgen alleenstaanden en laag opgeleiden minder vaak hulp van een welzijnsorganisatie of het algemeen maatschappelijk werk (resp. 20% en 23%) dan niet-alleenstaanden en hoger opgeleiden (resp. 38% en 45%).

Verder doen allochtone cliënten vaker een beroep op de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg dan autochtone cliënten (84% vs 68%).

Tot slot krijgen 75-plussers en laagopgeleiden minder vaak mantelzorg (resp. 32% en 36%) vergeleken met cliënten jonger dan 75 jaar en hoger opgeleiden (resp. 53% en 55%). Bij 75-plussers heeft dit deels te maken met de leeftijd (partner, familie en kennissen zijn inmiddels overleden of zelf minder vitaal en mobiel) en deels met een generatieverschil: zij vragen vaak minder makkelijk om hulp. Laagopgeleiden zijn vaak minder goed in staat tot het opbouwen van/investeren in een sterk sociaal netwerk (van potentiële mantelzorgers). Ook is hun directe sociale omgeving vaak meer bezig met zelf overleven en heeft dardoor minder ruimte over voor mantelzorg.

### **3.2.4 Omvang, aard en resultaat van de ingezette activiteiten**

#### **Bij 85% van de cliënten heeft de wijkverpleegkundige activiteiten ingezet**

Bij 85% van de cliënten heeft de wijkverpleegkundige, na probleeminventarisatie, één of meerdere activiteiten ingezet om de cliënt te helpen (gemiddeld aantal ingezette activiteiten: 1,5) (tabel 9). Bij bijna de helft van de cliënten (47%) heeft ze twee of meer activiteiten ingezet.

In Overvecht heeft de wijkverpleegkundige per cliënt gemiddeld meer activiteiten ingezet dan in Zuilen/Ondiep (1,8 versus 1,1). Dit wordt deels verklaard doordat cliënten in Overvecht gemiddeld meer hulpvragen hebben, en de wijkverpleegkundigen gemiddeld meer activiteiten inzetten naarmate het aantal hulpvragen hoger ligt. Een andere verklaring voor dit verschil is dat in Zuilen en Ondiep, in geval de cliënt zelf met een specifieke hulpvraag op de ZS wijkverpleegkundige afstapt, de wijkverpleegkundige alleen een passend antwoord op die ene hulpvraag zoekt.

#### **Voorlichten, screenen en praktische ondersteuning regelen het vaakst ingezet**

De activiteiten die de wijkverpleegkundigen het vaakst inzetten zijn voorlichting en advies (60%), screening op gezondheidsproblemen (37%) en het bieden of regelen van praktische ondersteuning (27%) (tabel 9).



### **Een casus**

*Lies (92 jaar, weduwe, alleenstaand, kinderloos) belt de wijkverpleegkundige naar aanleiding van een advertentie in de krant. Ze heeft een aantal vragen en wil graag dat de wijkverpleegkundige bij haar langskomt. Tijdens het huisbezoek vertelt ze dat ze reumatische klachten heeft waardoor ze moeite heeft met het huishouden. Ze wil daar hulp bij. Verder wordt ze slechter ter been en heeft moeite met boodschappen doen. Koken gaat nog. Ze voelt zich ook vaak eenzaam sinds de dood van haar man. Haar enige contact is een nicht in Den Haag (70 jaar) die haar ondersteunt met de financiën en haar eenmaal per maand bezoekt.*

*De wijkverpleegkundige schakelt in overleg met Lies de ergotherapeut in en regelt huishoudelijke ondersteuning, een rollator en personenalarmering. Dat laatste vind ook haar nichtje een fijn idee. Verder schrijft de wijkverpleegkundige Lies alvast in bij woningnet, zodat ze zo snel mogelijk naar een aanleunwoning kan verhuizen als dat nodig is.*

*Door haar rollator komt Lies weer vaker buiten en kan ze een deel van haar boodschappen zelf doen. Haar wekelijkse hulp helpt haar met de zware dingen. Aan haar kan mevrouw ook haar verhaal kwijt. Hierdoor voelt ze zich minder eenzaam.*

*Na een jaar verhuist Lies naar een aanleunwoning. Dit omdat haar reuma verergert, ze zichzelf niet meer goed kan wassen en koken een probleem wordt. Ze eet nu beneden in het verzorgingshuis en heeft daardoor veel nieuwe contacten opgebouwd. Lies is heel blij dat haar leven op het eind zo positief is veranderd. De begeleiding van de wijkverpleegkundige omvat in totaal 6 huisbezoeken. Dit is meer dan gemiddeld.*

Bij drie van de vijf cliënten (58%) volstaat de wijkverpleegkundige met het in kaart brengen van de huidige situatie, het informeren van de cliënt en/of het screenen op gezondheidsproblemen.

Opvallend is dat de wijkverpleegkundigen in Overvecht veel vaker aangeven dat zij 'voorlichting en advies' als activiteit hebben ingezet (75%) dan de wijkverpleegkundigen in Zuilen en Ondiep (29%). Dit grote verschil is waarschijnlijk te wijten aan een interpretatieverschil van wat zij onder 'voorlichting en advies' verstaan.

### **Bij 23% van de cliënten heeft de wijkverpleegkundige andere hulp betrokken**

Bij bijna een kwart van de cliënten heeft de wijkverpleegkundige andere personen of instanties betrokken om de cliënt te helpen (tabel 9). Deze betrokkenheid bestond uit het afstemmen van hulp (10%), het toeleiden naar de juiste instanties (10%), het nemen van de regie over het zorgproces (4%) of het bemiddelen van mantelzorg (4%).

### **Een casus**

*Bertine, buurvrouw en mantelzorger van Hans (80 jaar), belt overstuur de wijkverpleegkundige. Ze kent de wijkverpleegkundige omdat deze eerder bij hem op huisbezoek is geweest, enige tijd geleden. De situatie was toen stabiel. De wijkverpleegkundige besluit, op grond van signalen van Bertine, langs te komen voor een huisbezoek. Hierbij is ook Bertine prominent aanwezig. Hans (kinderloos en nauwelijks steun van familie) heeft sinds 2008 depressieve klachten die zijn versterkt sinds het overlijden van zijn vrouw, ruim een jaar geleden. Hij is levensmoe en komt vaak pas tegen 12:00 uit bed.*

*Hans krijgt momenteel, naast de mantelzorg van Bertine, 3 uur huishoudelijke ondersteuning per week.*

*Daarnaast slikt hij sinds een week antidepressiva op doktersadvies. Met de huisarts is afgesproken om over een maand te kijken of deze aanslaan en tussentijds alleen te bellen in geval van bijwerkingen.*

*Bertine geeft aan overbelast te raken. De toenemende somberheid van Hans is voor haar aanleiding om bij allerlei instanties aan te kloppen. Waar ze zich niet gehoord voelt. Ze kan moeilijk accepteren dat Hans levensmoe is, en wil hem op allerlei manieren activeren. Dit blijkt averechts te werken. Ze wil graag 'structurele zorg voor Hans' zodat ze zich geen zorgen meer hoeft te maken. De wijkverpleegkundige spreekt af de mogelijkheden voor zorg uit te zoeken en in overleg met de huisarts een beleid te bepalen.*

Een week later bezoekt de wijkverpleegkundige Hans - één op één - om zijn kant van het verhaal te horen. Hans vertelt vrij uit over hoe hij in het leven staat en dat hij een betekenisvolle en waardige afsluiting van het leven nu het belangrijkste vindt. De wijkverpleegkundige regelt in overleg met de huisarts dat er elke ochtend een half uur een verzorgende is om de dag op te starten (ontbijten, medicatie en dag doornemen). Daarnaast krijgt Hans twee keer in de week bezoek van een vrijwilliger (55+) voor een algemeen praatje, maar ook voor gesprekken met meer diepgang.

Tabel 9 Ingezette activiteiten door de wijkverpleegkundige naar omvang en aard (%)

Kenmerk	Overvecht (n=389)	Zuilen /Ondiep (n=167)	Totaal (n=556)
Aantal ingezette activiteiten (na probleeminventarisatie) <sup>1</sup>	Gemiddeld: 1,8	Gemiddeld: 1,1	Gemiddeld: 1,5
geen	8	27	15
1	37	44	38
2	34	20	29
3 of meer	21	10	18
Aard ingezette activiteiten			
Voorlichting en advies	75	29	60
Screening op gezondheidsproblemen	41	32	37
Praktische ondersteuning bieden/regelen	27	29	27
Betrekken van andere personen/instanties:	25	20	23
Afstemming hulpverlening /instanties	10	13	10
Toeleiding naar juiste hulp en instanties	13	5	10
Regie van zorgproces naar zorg/instanties	5	1	4
Bemiddelen/betrekken familie en informele zorg	4	5	4
Anders	1	1	1

<sup>1</sup>Inventarisatie van de problematiek/zorgvragen wordt standaard uitgevoerd door de Zichtbare Schakel wijkverpleegkundigen in Overvecht, Zuilen en Ondiep.

### Meeste cliëntcontacten beperkt tot 1 à 2 weken en 1 à 2 face-to-face contacten

Bij 85% van alle cliënten waarover in de periode jan 2011 t/m juni 2012 gegevens zijn ingevoerd is het contact met de wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' in die periode ook afgerond. Voor deze groep betreft de gemiddelde periode tussen het eerste en laatste contact met of over de cliënt 3,6 weken; voor 71% van de cliënten is het contact binnen twee weken afgerond (tabel 10). Bij 16% is de contactperiode langer dan 4 weken. Ook het aantal face-to-face contacten blijft voor de meeste cliënten (86%) beperkt tot één of twee.

### Een casus

Karel (82 jaar) kent de Zichtbare Schakel via een flyer in de brievenbus. Hij neemt zelf contact op met de wijkverpleegkundige en vertelt dat zijn vrouw (80 jaar) een borstamputatie heeft gehad. Daar heeft ze nu bestralingswonden van. Vanuit het ziekenhuis is geen nazorg geregeld. De wijkverpleegkundige inventariseert de situatie en schakelt de wondverpleegkundige in. Deze stelt een behandelbeleid op en de wijkverpleegkundige meldt mevrouw aan bij de thuiszorg. Drie weken later belt Karel haar op en vertelt dat de zorg is gestopt; de wonden zijn geheeld.

In Overvecht is de gemiddelde periode tussen het eerste en laatste cliëntcontact bijna drie keer zo kort als in Zuilen/Ondiep (2,5 versus 7,2 weken). Ook ligt het gemiddeld aantal face-to-face contacten in Overvecht lager dan in Zuilen/Ondiep (1,6 versus 2,2).

Dit verschil is grotendeels te wijten aan een verschil in interpretatie van 'afronding van het cliëntcontact'. De wijkverpleegkundigen in Overvecht registreren een contact als afgerond indien ze zelf een passend antwoord hebben gevonden op de hulpvraag van de cliënt, of de cliënt hebben overgedragen naar andere zorg of hulp. De wijkverpleegkundigen in met name Zuilen registreren een cliëntcontact pas als afgerond indien het contact met de cliënt volledig is gestopt. Zolang ze een 'vinger aan de pols' houden door de cliënt nog regelmatig te bellen of bezoeken nadat er al een passend antwoord is gevonden op diens hulpvraag, beschouwen ze het contact als 'niet afgerond.'

### **Meeste cliënten hebben meer zelfregie en beter passende / geregelde hulp**

Bij afsluiting van het contact heeft 44% van de cliënten het leven weer (beter) onder controle en 17% heeft passende hulp gekregen (tabel 10). Bij 10% van de cliënten is de informele zorg ondersteund of (meer) betrokken en bij eenzelfde percentage is de formele zorg (beter) geregeld. Bij 93% van de cliënten is het cliëntcontact naar mening van de wijkverpleegkundige goed afgerond.

Tabel 10 resultaat bij afronding van het contact<sup>1</sup> (%)

Kenmerk	Overvecht (n=350)	Zuilen /Ondiep (n=121)	Totaal (n=471)
Aantal weken verstreken tussen 1 <sup>e</sup> cliëntcontact en afronding contact:	Gemiddeld: 2,5	Gemiddeld: 7,2	Gemiddeld: 3,6
1	70	40	63
2	5	15	8
3	6	7	6
4	7	8	7
>4	11	30	16
Aantal face-to-face contacten met cliënt	Gemiddeld: 1,6	Gemiddeld: 2,2	Gemiddeld: 1,7
0	2	6	3
1	72	57	68
2	18	16	18
3-4	5	13	7
>4	4	9	5
Zichtbare Schakel-contact is goed afgerond			
Ja	93	94	93
Matig	6	4	6
Nee	1	2	1
Resultaat bij afsluiting van het contact <sup>2</sup> :			
Cliënt heeft <b>(meer) regie</b>	<b>55</b>	<b>12</b>	<b>44</b>
Cliënt <b>doorgeleid naar:</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>17</b>
andere zorg/hulp	14	7	13
sociale of gezondheidsbevorderende activiteiten	7	1	5
<b>Informele zorg ondersteund / (meer) betrokken</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
Mantelzorg heeft ondersteuning gekregen	9	3	8
Informele zorg is (meer) betrokken	5	2	4
<b>Formele zorg (beter) georganiseerd</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>10</b>
Cliënt is <b>beter geïnformeerd</b>	4	5	5
Anders	5	11	6

<sup>1</sup> Percentages zijn berekend over de groep cliënten waarbij het cliëntcontact reeds is afgerond.

<sup>2</sup> Bij respectievelijk 82% (n=288), 51% (n=62) en 74% (N=350) van de cliënten in Overvecht, Zuilen/Ondiep en de totale groep geeft de wijkverpleegkundige aan dat 1 of meer van bovenstaande resultaten zijn behaald.

## 4. Conclusies

De wijkverpleegkundige is er voor wijkbewoners en voor hulpverleners in de wijk. Met het programma *'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'* is het werk van de 'oude wijkzuster' weer zichtbaar en levend in de wijk aanwezig. De wijkverpleegkundige is dichtbij, laagdrempelig en een professionele generalist. Vanuit deze rol zorgt ze voor en betere verbinding tussen (hulp)vraag en aanbod en tussen preventie, zorg, welzijn en wonen. Zo ontstaat samenhangende zorg en hulp die beter past bij de behoeften van (met name kwetsbare) wijkbewoners.

Deze notitie beschrijft het werk van de negen Zichtbare Schakel (ZS) wijkverpleegkundigen werkzaam in de Utrechtse krachtwijken Overvecht, Zuilen-oost en Ondiep over de afgelopen anderhalf jaar. Hoeveel en welke wijkbewoners zijn bereikt? Wat waren hun hulpvragen? Wat kregen ze al aan zorg en hulp? Hoe gingen de wijkverpleegkundigen te werk? En wat is daarvan het resultaat?

De Utrechtse ZS wijkverpleegkundigen zijn er om (met name kwetsbare en oudere) wijkbewoners te ondersteunen zodat zij zo lang mogelijk zelfredzaam blijven. Op deze wijze dragen ze bij aan een goede zorg en kwaliteit van leven van kwetsbare burgers.

### **Wijkverpleegkundige bereikt kwetsbare, nog zelfredzame wijkbewoners**

De resultaten laten zien dat de wijkverpleegkundigen daadwerkelijk de wijkbewoners bereiken die ze beogen, namelijk kwetsbare en oudere wijkbewoners. Tegelijkertijd blijkt uit de resultaten dat de bereikte kwetsbare burgers vaak nog redelijk goed zelfredzaam zijn.

### **Wijkverpleegkundige werkt pro-actief en preventief**

De ZS wijkverpleegkundige werkt vooral pro-actief en preventief. In de meeste gevallen (58% van de cliëntcontacten) volstaat ze met signaleren, vraag verhelderen, screenen of het geven van deskundige informatie en adviezen. Dit doet ze deels door gezondheids- en welzijnsproblemen in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren en op passende wijze aan te pakken zodat verergering van problemen en professionele zorg (deels) wordt voorkomen. Haar preventieve aanpak ligt echter deels ook in het bekend maken van kwetsbare burgers met de wijkverpleegkundige en wat zij voor hen kan betekenen. Dit zorgt ervoor dat zelfredzame wijkbewoners die (nog) geen actuele hulpvraag hebben, de wijkverpleegkundige makkelijk weten te vinden op het moment dat ze wèl een hulpvraag hebben (zie ook onderstaande casus).

### **Een casus**

*Begin 2012 brengt de wijkverpleegkundige een huisbezoek aan Jolanda (48 jaar, fybromyalgie). Dit gebeurt in het kader van het Zichtbare Schakel project onder chronisch zieken in Utrecht Overvecht. Jolanda is door haar ziekte dermate beperkt dat ze niet meer kan werken. Ze woont samen met twee broers waarvan één haar belangrijkste mantelzorger is. Hoewel er veel speelt zegt ze prima in staat te zijn om de situatie te managen. Wel vraagt ze of ze de wijkverpleegkundige kan bellen als er vragen/problemen zijn. In juli belt Jolanda de wijkverpleegkundige. Ze zegt dat het niet zo goed gaat. Ze heeft een schimmelinfectie in haar long gekregen die ondanks medicatie nog steeds niet onder controle is. Waarschijnlijk moet ze hiervoor geopereerd worden. Begin augustus neemt Jolanda opnieuw contact op. Na thuiskomst uit het ziekenhuis is geen nazorg geregeld. Ze dacht het allemaal zelf te kunnen managen, samen met haar broers, maar dat valt tegen. Er zijn onduidelijkheden over de medicatie. Ook lukt het haar niet om zichzelf te verzorgen en als ze gaat liggen heeft ze veel pijn. De wijkverpleegkundige overlegt met de huisarts over de pijnmedicatie, vraagt een hooglaagbed aan en regelt thuiszorg. Na een week belt de wijkverpleegkundige hoe het een en ander loopt. Jolanda vertelt dat het veel beter gaat. Het contact wordt hiermee afgerond.*

### **Wijkverpleegkundige zorgt voor doelmatiger zorg**

Bij slechts 10% van de cliëntcontacten is extra professionele zorg nodig: op basis van deskundige probleeminventarisatie verwijst de wijkverpleegkundige circa 1 op de 10 cliënten door naar andere formele hulp of instanties. In alle andere gevallen kan ze volstaan met activiteiten als informeren, bieden van praktische hulp door kleine problemen direct zelf op te lossen, afstemmen en coördineren van bestaande hulp en het inschakelen van informele hulp. Deze bevinding is in lijn met de preventieve werkwijze van de wijkverpleegkundige.

De meeste contacten tussen wijkverpleegkundige en cliënt zijn beperkt tot 1 à 2 weken en 1 à 2 face-to-face contacten. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige in de meeste gevallen binnen twee weken zelf een passend antwoord heeft gevonden op de hulpvraag van de cliënt, of de cliënt heeft overgedragen naar formele of informele zorg of hulp.

### **Wijkverpleegkundige kan netwerk cliënt beter in kaart brengen en benutten**

De wijkverpleegkundigen brengen tijdens het huisbezoek aan de cliënt - naast diens gezondheidssituatie - ook het huidige ondersteuningsnetwerk in kaart. Het betreft de formele en informele hulpverleners rond de cliënt (wie wat wanneer doet) en hun bereikbaarheid en onderlinge afstemming. Het in kaart brengen van een dergelijk ondersteuningsnetwerk gebeurt in de praktijk lang niet altijd volledig en overzichtelijk. Wijkverpleegkundigen zouden dit structureel moeten doen zodat - als echt hulp nodig is - snel de juiste mensen ingeschakeld kunnen worden.

Ook het sociale netwerk rond de cliënt zouden wijkverpleegkundigen beter kunnen benutten. Zij bereiken veel mantelzorgers: ruim de helft van de cliënten krijgt mantelzorg. Toch geeft de wijkverpleegkundige maar bij 10% van de cliënten aan dat hun mantelzorgers ondersteuning hebben gekregen of (meer) betrokken zijn. Als wijkverpleegkundigen deze mantelzorgers actiever gaan betrekken - en indien nodig ondersteunen - zal dit winst opleveren voor cliënt, mantelzorger en portemonnee.

### **Thema leefstijl niet hoog op agenda cliënt en wijkverpleegkundige**

Ruim een kwart van de cliënten beweegt niet regelmatig. Toch is leefstijl een thema dat maar bij 16% van de cliëntcontacten centraal staat. En bij minder dan 5% van de cliëntcontacten is het resultaat 'cliënt doorgeleid naar gezondheidsbevorderende activiteiten.' Het lijkt er dus op dat het thema leefstijl niet hoog op de agenda staat bij het contact tussen (oudere) cliënt en wijkverpleegkundige. Terwijl bekend is dat leefstijlverandering ook bij ouderen nog gezondheidswinst oplevert. Het is nog onduidelijk waarom dit zo is. Een voor de hand liggende reden is dat leefstijlverandering bij ouderen lastig is vanwege ingesleten gewoonten en de vraag of de inspanning die het ouderen kost opweegt tegen de verbetering van hun kwaliteit van leven. Mogelijk ontbreekt het de huidige wijkverpleegkundigen echter ook (deels) aan de benodigde competenties: up-to-date kennis over de gezondheidseffecten van leefstijlverandering op oudere leeftijd en over de (lokale) interventiemogelijkheden hiertoe, en voldoende coachingsvaardigheden.

### **Wijkverpleegkundige zorgt voor zelfredzame burgers**

Vanuit haar spilfunctie als onafhankelijk, laagdrempelig en breed-kijkend professional draagt de wijkverpleegkundige in belangrijke mate bij aan behoud van zelfredzaamheid van kwetsbare burgers: 60% van de cliënten die een hulpvraag hebben op het gebied van zelfredzaamheid of participatie heeft - naar mening van de wijkverpleegkundige - bij afronding van het contact zijn/haar leven weer (meer) onder controle.

### **Wijkverpleegkundige verdient poortwachtersrol**

De wijkverpleegkundige past - als onafhankelijk en hoog opgeleid professional die dicht bij de wijkbewoner staat en zorg en welzijn verbindt - uitstekend in de rol van poortwachter (Skipr, 28 aug, E. van der Meer). Vanuit deze rol zou zij naast een signalerende, vraagverhelderende en begeleidende rol ook een controlerende bevoegdheid moeten krijgen (toetsing wat gepaste zorg is) inclusief de bevoegdheid om te indiceren en door te verwijzen. Een dergelijke poortwachtersrol kan zij naar mening van het 'projectteam Zichtbare Schakel Overvecht' het best vervullen vanuit een eigen (zelfstandige) praktijk in de wijk, gevestigd in een gezondheidscentrum. Dit versterkt de samenwerking met andere 1<sup>e</sup> lijnsprofessionals en waarborgt de onafhankelijkheid ten opzichte van andere grote zorgaanbieders zoals thuiszorgorganisaties.