WAARDEVOLLE SCHAKEL
De wijkverpleegkundige terug in de zorg

Inhoudsopgave

1. Inleiding

2. De Regionale kruisvereniging West-Brabant
2.1. Zelfstandig en onafhankelijk
2.2. Voor een goede en betaalbare zorg en welzijn
2.3. De huisarts als spil

3. De behoefte aan een ‘waardevolle (zichtbare) schakel’

4. De wijkverpleegkundige

5. Plan van aanpak

Bijlage 1: RKV West-Brabant in één oogopslag
Bijlage 2: Manifest RKV West-Brabant – Marktleider van de vraagzijde

1. Inleiding

De Regionale Kruisvereniging West-Brabant wil de wijkverpleegkundige terug als laagdrempelige en waardevolle schakel in het zorgsysteem op wijkniveau. Wij beschikken over een langlopende ervaring in de zorg. Aan het eind van de jaren ‘80 zijn de wijkverpleegkundigen van onze kruisvereniging overgeplaatst naar de grote thuiszorgorganisaties die toen ontstonden. Daar verdwenen ze vervolgens al snel uit het zicht. Met in onze ogen vervelende gevolgen voor juist de meest kwetsbare mensen in onze samenleving. Een waardevolle schakel in de zorg op lokaal niveau was verbroken.

Wij zijn wijdvertakt en diep verankerd in de lokale en regionale samenleving in West-Brabant. 40.000 huishoudens zijn aangesloten bij onze organisatie en betalen daar jaarlijks contributie voor. Dat betekent dat 100.000 mensen, éénderde van alle inwoners van West-Brabant, gebruik kunnen maken van onze diensten en mogen verwachten dat wij hun belangen behartigen. Maar onze missie strekt zich nadrukkelijk ook uit over alle (potentiële) zorgvragers in de hele regio. Wij voelen een grote verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van een zorgzame samenleving.

Wij zijn uniek omdat wij geheel onafhankelijk zijn van enige andere in de zorg of de samenleving functionerende organisatie. Vanuit die zelfstandige en onafhankelijke positie werken wij intensief samen met alle zorgaanbieders en alle gemeenten in de regio.
Mede daarom zijn wij in staat om snel de wijkverpleegkundige de wenselijke positie te (her)geven die wordt beoogd en deze functie verder uit te bouwen.
Tegen deze achtergrond is het logisch dat wij een aanvraag indienen voor een projectsubsidie uit het uitvoeringsprogramma “Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.”

In deze notitie gaan wij eerst wat dieper in op onze vereniging en onze visie op de zorg (hoofdstuk 2). Daarna schetsen wij uitgebreid waarom wij behoefte hebben aan de terugkeer van de wijkverpleegkundige, de taken van de wijkverpleegkundige zoals wij die zien en de wijze waarop wij de invoering van de wijkverpleegkundige willen aanpakken (hoofdstuk 3, 4 en 5).

2. De Regionale kruisvereniging West-Brabant

2.1. Zelfstandig en onafhankelijk

De Regionale Kruisvereniging West-Brabant maakt zich al meer dan honderd jaar sterk voor zorg en welzijn, voor mensen van alle leeftijden, en in grotere en kleinere gemeenschappen. Wij zijn een onafhankelijke en zelfstandige ledenorganisatie (dus bijvoorbeeld niet aan enige zorgaanbieder of thuiszorgorganisatie gebonden). Bij ons zijn 26 lokale kruisverenigingen in West-Brabant aangesloten en wij zijn in de gehele regio actief. Wij bestaan dankzij de contributie van onze leden en dankzij ons bijzonder actieve, vrijwillige kader.

Ongeveer 40.000 huishoudens staan bij ons ingeschreven, maar alle gezinsleden zijn lid. Dan gaat het om ruim 100.000 mensen die per jaar goed zijn voor zo'n €150 miljoen aan investeringen in de zorg. Een op de drie huishoudens in West-Brabant is lid van de vereniging. Door de omvang van onze organisatie, door onze verankering in de lokale gemeenschappen, door onze dagelijkse inspanningen, door onze intensieve samenwerking met alle zorgaanbieders in de regio, zijn wij als "marktleider van de vraagzijde" van groeiend belang voor het gehele netwerk van zorg en welzijn.

Wij hebben een verenigingsstructuur met een dagelijks bestuur en een Algemene Ledenvergadering (ALV) die bestaat uit vertegenwoordigers van de 26 aangesloten lokale verenigingen. Wij beschikken over een klein stafbureau. Zie Bijlage 1 voor nog meer gegevens over bijvoorbeeld de concrete dienstverlening van onze vereniging.

2.2. Voor een goede en betaalbare zorg en welzijn

Na een uitgebreide consultatie onder onze leden en onze samenwerkingspartners in de zorg heeft de Algemene Ledenvergadering in december 2007 besloten een meer assertieve en pro-actieve koers te gaan volgen. De kern van deze koersverlegging is onze nieuwe missie: als zelfstandige en onafhankelijke belangenvereniging opkomen voor een goede en betaalbare zorg en welzijn. Dat doen we door te luisteren naar onze leden en naar de samenleving, door scherp te letten op de kwaliteit en de prijs van het zorgaanbod, door als het nodig is aan de bel te trekken bij de zorgaanbieders of de overheid, en door zelfstandig initiatieven te nemen voor de ontwikkeling van lokale en regionale projecten. Onze missie richt zich op alle inwoners van onze regio, op de zieke én op de gezonde mens. Voor ons zijn cure, care en preventie van even groot belang (zie ook Bijlage 2 voor ons manifest "Marktleider van de vraagzijde").

De leden hebben aan deze koerswijziging de nodige inhoudelijke prioriteiten toegevoegd. De eerste daarvan was de Wmo. In mei 2008 hebben wij tijdens een conferentie de resultaten gepresenteerd en besproken van het onderzoek naar de praktijk van de Wmo waartoe wij in januari de opdracht hadden gegeven. Ingegeven door onze koerswijziging en mede naar aanleiding van deze onderzoeksresultaten hebben wij nadrukkelijker aansluiting gezocht en gekregen bij relevante bestuurlijke processen in West-Brabant. Door onze inspanningen is het onderwerp zorg en welzijn hoger op de politieke agenda gekomen van het Regioberaad West-Brabant (een bestuurlijk overleg van 18 West-Brabantse en één Zeeuwse gemeente). Met de portefeuillehouder zorg en welzijn van dit beraad is inmiddels een aantal projecten afgesproken en in voorbereiding genomen. Een ander direct resultaat van ons Wmo-onderzoek is de inrichting van een Helpdesk PGB op het kantoor van onze vereniging.

Samen met de belangrijkste zorgaanbieders en gemeenten in de regio hebben wij overleg geopend met het Erasmus Universitair Medisch Centrum om aansluiting te krijgen bij het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Een voorstel voor netwerkontwikkeling en onderzoek is ingediend.

Vrij recent zijn wij gevraagd om samen te gaan werken met het Kennis- en innovatiecluster zorg West-Brabant (KICZ). KICZ is een initiatief van bedrijfsleven, gemeenten en zorgaanbieders in West-Brabant. Het is opgezet om de kennisontwikkeling en innovatie in de zorg een extra prikkel te geven. Tijdens de startbijeenkomst van KICZ hadden wij de eer als eerste een inleiding te mogen geven over onze visie op de zorg, waar wij hierna in paragraaf 2.3. uitgebreider op ingaan. Deze visie kreeg van de aanwezigen een enthousiast onthaal. Inmiddels zijn wij gevraagd lid te worden van de Stuurgroep KICZ.

2.3. De huisarts als spil

Van onze leden en de zorgverleners begrijpen wij dat er steeds minder wordt (kan worden) uitgegaan van het perspectief van de zorgvrager. Redenen: het moet allemaal goedkoper en de zorgvrager zelf heeft onvoldoende kennis en vaardigheden om daarop en alle andere veranderingen in te kunnen spelen.
Daarnaast stemmen de zorgaanbieders hun aanbod onvoldoende op elkaar af. Er zijn gewoon teveel schotten tussen de verschillende organisaties. De verzakelijking van de zorg (concurrentie) en de bezuinigingen hebben dit alleen maar versterkt. Ook de relaties tussen de zorgaanbieders en de gemeenten, die tegenwoordig op het terrein van zorg en welzijn toch ook een belangrijke partij zijn, zijn onvoldoende en gebaseerd op wederzijds wantrouwen.
Daar waar hulp nodig is, blijkt die in afnemende mate bereikbaar en beschikbaar. Het aanbod aan professionele hulp op lokaal niveau is ontoereikend en de professionals hebben te weinig zelfstandige bevoegdheden. De ontmanteling van de AWBZ en de komst van de WMO hebben het er moeilijker en onduidelijker op gemaakt, ook wat betreft deze bevoegdheden.
De zogenaamde ‘marktwerking’ in de zorg kan niet anders dan als een ramp worden omschreven. Ze schept onduidelijkheid en verwarring en de transactiekosten zijn er exorbitant door gestegen. Bovendien heeft de broodnodige samenwerking tussen de zorgaanbieders averij opgelopen. Dit heeft allemaal aantoonbaar geleid tot aantasting van de kwaliteit en het aanbod van de zorg.
Te veel is afhankelijk geworden van de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Ook het beroep op ieders zelfredzaamheid heeft nadrukkelijk de grens bereikt. De rek is er uit.

Wij maken ons grote zorgen. Structurele verbeteringen zijn nodig in zorg en welzijn. Maar ook in de dagelijkse praktijk van de zorg valt nog een wereld te winnen. Tegelijkertijd merken wij dat er maar mondjesmaat geld beschikbaar is voor innovaties en verbeteringen.
Wij onderschrijven het manifest “Waardige Zorg in Nederland” (november 2008). Met dit manifest zwengelen hoogleraren en bestuurders van zorgorganisaties een discussie aan over de vraag wat we onder waardige zorg moeten verstaan en wat die ons dan mag kosten. Daarbij gaat het vooral over de zorg aan oudere en kwetsbare mensen. De ondertekenaars van het manifest stellen dat jarenlange inperking van uitgaven, continue toename van wet- en regelgeving en een inadequate reactie op de vergrijzing, de ouderensector heeft uitgekleed. Het manifest pleit voor afschaffing van de zorgkantoren, helderheid over de toekomst van de AWBZ en een drastische afname van de bureaucratie. Wij zijn het hartgrondig eens met dit pleidooi.

Onze organisatie is van oudsher wijdvertakt en goed verankerd in de lokale en regionale samenleving in West-Brabant. Onze missie strekt zich uit over alle (potentiële) zorgvragers. Wij voelen een grote verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van een zorgzame samenleving.

Daarom stellen wij tegenover de afbraak van de zorg een duidelijke visie. De zorgvrager moet weer centraal staan in het zorgsysteem en in dat systeem is de huisarts zijn of haar belangrijkste “maatje”. Om die rol waar te kunnen maken, zal alle andere zorg zo moeten worden georganiseerd dat die de spilfunctie van de huisarts ondersteunt.

De wijkverpleegkundige zou dan weer de rechterhand van de huisarts moeten worden en is verantwoordelijk voor de contacten van de zorgvrager met alle andere schakels in het systeem van zorg en welzijn (zie het schema hierna en voor een uitgebreide toelichting het interview met de Staatssecretaris mevrouw Bussemaker en Henk van Tilborg, de voorzitter van het dagelijks bestuur van de Regionale kruisvereniging West-Brabant, in Kruisvenster van juni 2009 waarvan u bijgaand enkele exemplaren aantreft).

Maar, zover is het nog lang niet. Het uitvoeringsprogramma “Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt” zien wij wel als een eerste positieve aanzet.

Wij zijn een unieke belangenvereniging omdat wij geheel onafhankelijk zijn van enige andere in de zorg of de samenleving functionerende organisatie. Vanuit die zelfstandige en onafhankelijke positie werken wij intensief samen met alle zorgaanbieders en alle gemeenten in de regio. Mede daarom zijn wij in staat om snel in overleg met onze samenwerkingspartners de wijkverpleegkundige de wenselijke positie te (her)geven en deze functie verder uit te bouwen.

Tegen deze achtergrond is het logisch dat wij het initiatief hebben genomen om een aanvraag in te dienen voor een projectsubsidie uit het uitvoeringsprogramma “Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.”

3. De behoefte aan een 'waardevolle (zichtbare) schakel'

In de eerste maanden van 2008 hebben wij onderzoek gedaan naar de praktijk van de Wmo.[1] Als onderdeel van dat onderzoek hebben wij ook gekeken naar de (toekomstige) vraag naar zorg. De belangrijkste conclusie van onze inventarisatie is dat de groei van de behoefte in West-Brabant explosief zal stijgen. Tot 2015 met 20% en de jaren daarna met nog eens 20%. De groei in West-Brabant ligt **50%** boven het landelijk gemiddelde en manifesteert zich eerder en sneller. "Ook de geschatte stijging voor het aantal verpleegdagen in verpleeg- en verzorgingshuizen ligt veel hoger dan het landelijk gemiddelde. "Dit verschil in toename is te verklaren uit de relatief sterke groei van het aantal 70-plussers in de regio West-Brabant ten opzichte van Nederland.""[2]

Een en ander wordt duidelijk geïllustreerd door onderstaande tabel die wij hebben overgenomen uit het rapport *Gezondheid telt! in West-Brabant. Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006* van de GGD West-Brabant.[3]

Tabel 6.6: Verwachte verandering in het zorggebruik, per discipline, in de regio West-Brabant en Nederland als gevolg van veranderingen in omvang en samenstelling van de bevolking in de periode 2005-2015.

Discipline	Cijfers hebben betrekking op	Verandering in West-Brabant (%)	Verandering in Nederland (%)
Huisartsenzorg[a]	Aantal contacten per persoon per jaar	6,1	5,8
Fysiotherapie[a]	Aantal contacten per persoon per jaar	8,3	8,2
Verloskundigen[b]	Aantal nul-jarigen	-2,9	-4,3
Maatschappelijk werk[a]	Aantal cliënten	-1,6	-0,7
Ziekenhuiszorg[b]	Aantal opnamen	8,4	7,9
Thuiszorg[b]	Aantal uren	20,3	14,2
Verpleging[b]	Aantal verpleegdagen	24,8	17,5
Verzorging[b]	Aantal verpleegdagen	27,1	17,8
Mantelzorg[c]	Aantal personen dat mantelzorg ontvangt	19,7	15,1
GGZ	-	-	-
Gehandicaptenzorg	-	-	-
OGZ	-	-	-
Geneesmiddelen[a]	Euro's	11,7	11,1
Spoedeisende hulp[a]	Aantal patiënten	-0,3	0,3

[a] Data over zorggebruik zijn afkomstig uit landelijke bronnen.
[b] Data over zorggebruik zijn afkomstig uit regionale bronnen.
[c] Data hebben betrekking op de bevolking van 19 jaar en ouder en zijn afkomstig uit de gezondheidsmonitor van de regio Hart voor Brabant en zowel toegepast op de bevolkingsprognose van de regio West-Brabant als op die van Nederland.

---

[1] Oosterhout, T. van (16 mei 2008). *Georganiseerd wantrouwen. De praktijk van de Wmo*. Weesp: Communication Concert. EXEMPLAAR BIJGAAND.
[2] Idem: p. 49-50.
[3] Bon-Martens, M.H.J. van, e.a. (eindredactie) (2006). *Gezondheid telt! in West-Brabant. Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Breda: GGD West-Brabant.

Van de mensen die ondersteuning nodig hebben, schatten wij dat in onze regio in 2015 ongeveer 20.000 van hen zich in een sociaal isolement zal bevinden als niets wordt ondernomen.[4] Daarbij gaat het in West-Brabant niet alleen om mensen die in de stad wonen, maar ook mensen die in de kleine kernen in het landelijk gebied wonen.

Wij hebben ook geconstateerd dat "mensen met een laag inkomen en een lage opleiding en ouderen met een slechte gezondheid het meest kwetsbaar zijn. Zij kunnen niet zelf voor voorzieningen betalen en zijn dus aangewezen op voorzieningen zoals de thuiszorg."[5] Daarnaast blijken steeds meer mensen ten onrechte geen gebruik te maken van de bestaande voorzieningen.[6]

Op grond van onze inventarisatie en analyse én de voortdurende input vanuit onze achterban, zijn wij tot de conclusie gekomen dat het dringend noodzakelijk is dat de "wijkverpleegkundige" weer terug komt. Ook wij zien die als een waardevolle schakel in het zorgsysteem, zoals wij dat hiervoor uiteen hebben gezet.

---

[4] Oosterhout, T. van (2008). Pagina 49.
[5] Idem: p. 53.
[6] Idem: p. 54.

4. De wijkverpleegkundige

De doelstellingen van het programma “Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt” leken ons op het eerste gezicht hoog gegrepen. Bovendien vroegen wij ons af of de zorgvrager in het programma wel voldoende centraal zou staan.
Bij nadere beschouwing blijkt echter dat de doelstellingen van het uitvoeringsprogramma “Zichtbare schakel” zeer nauw aansluiten bij die van ons.
Laten wij dit toelichten:

1. “Het verbeteren van een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn.”
   Gezien onze brede missie kan het niet anders dan dat deze doelstelling daar naadloos bij aansluit.
   Bij de beoogde integrale aanpak spelen zulke verschillende organisaties, wetten en regels, financieringsstromen en schaalniveaus een rol, dat van de zorgvrager niet kan worden verwacht dat die daar zelf allemaal de weg in weet te vinden. Zeker niet als het gaat om de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Juist van de wijkverpleegkundige moet kunnen worden verwacht dat die daar dan een sleutelrol in kan vervullen.
   Hij of zij moet op overtuigende wijze kunnen bijdragen aan het verbeteren van de positie van de meest kwetsbare burgers in de samenleving, daar waar het gaat om de integrale aanpak van deze drie functies.
   Maar, een succesvolle aanpak zal om een aanzienlijke prestatie en inzet vragen die hoge eisen stelt aan de competenties van de wijkverpleegkundige.

2. “Het optimaliseren van de verbindingen tussen vraag en aanbod op wijkniveau en daarmee het vergroten van de bereikbaarheid van dat aanbod voor de burger.”
   Het gaat dan om bijvoorbeeld: afstemming tussen de schakels in de zorgketen, de loketfunctie, doorverwijzing naar andere professionals en laagdrempelige hulp.
   Deze doelstelling voldoet evenals de vorige in onze ogen volledig aan onze verwachtingen als wij denken aan het takenpakket van de wijkverpleegkundige.
   De doelstelling sluit goed aan bij de opvattingen en werkwijze van onze vrijwilligers en kaderleden in hun werk voor de vereniging, en hun inzet voor de leden en zorgvragers in hun dorpen, buurten en wijken.
   Bij een juiste invulling van deze taak zal die tegemoet kunnen komen aan de daadwerkelijke verbetering van de positie van de zorgvrager in het zorgsysteem.

3. “Het realiseren van een sluitend aanbod aan woonvoorzieningen, zorg- en dienstverlening in de wijk, passend bij de behoeften van (met name de kwetsbare) burger.”
   Ook dit doel past precies bij de functie van wijkverpleegkundige zoals wij die ons voor ogen hebben. Veel gemeenten streven al jaren deze doelstelling na, maar hebben ondanks al hun inspanningen dat sluitend aanbod nog onvoldoende weten te realiseren. “Een sluitend aanbod aan voorzieningen” is een uitermate ingewikkeld vraagstuk.
   De wijkverpleegkundige kan op dit punt niet alleen als vraagbaak dienen voor gemeenten, zorgaanbieders en woningcorporaties, maar kan een belangrijke rol vervullen bij het mobiliseren van de buurt of de wijk als het gaat om de ontwikkeling van plannen voor een “sluitend aanbod aan voorzieningen”. Met name in de kleine kernen in onze regio is de roep om creatieve oplossingen voor zo’n aanbod op kleinschalig niveau bijzonder groot.

4. “Een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven en de autonomie van met name kwetsbare burgers.”
   Ook deze doelstelling is ons uit het hart gegrepen. De zorgvrager staat bij ons centraal. Omdat die kwetsbaar is. Omdat die onvoldoende in staat is om zelf de weg te zoeken binnen een systeem waarin ook professionals nog wel eens de weg kwijt raken. Omdat die onvoldoende in staat is om voor het eigen belang op te komen.

Omdat die onvoldoende in staat is om zelf te bepalen wat er nu precies moet gebeuren. Omdat die niet zelf heeft gekozen om afhankelijk te zijn van zorg door anderen.
Een professionele steun in de rug in de vorm van de wijkverpleegkundige, die een vertrouwenspositie kan innemen, kan dan wonderen doen.

Al deze doelstellingen en de overduidelijke samenhang met onze missie en onze doelstellingen zijn voor ons ook bijzonder sterke argumenten geweest om zelf het initiatief te nemen om een aanvraag in te dienen voor dit programma.

Wat ons betreft gaat het bij de functie van wijkverpleegkundige inderdaad om de volgende door u naar voren gebrachte taken:
- Vroeg signaleren van gezondheidsproblemen en nagaan of die problemen samenhangen met andere dan lichamelijke functies, zoals psychische of sociale problemen of woongerelateerde problemen;
- Overleggen met de zorgvrager over mogelijke oplossingen voor deze problemen;
- Indien nodig doorverwijzen naar organisaties die op de onderkende probleemgebieden bewezen expertise hebben;
- Indien nodig op een laagdrempelige manier zorg verlenen, adviseren en begeleiden;
- Het bereik vergroten van interventies onder relevante doelgroepen (dan wel het op ‘maat’ maken van bestaande interventies zodat die beter passen bij de doelgroepen en de context van de wijk);
- Registreren en volgen;
- Monitoren van beleidsrelevante informatie als feedback voor lokaal gezondheidsbeleid.

Voor ons is het van groot belang dat de wijkverpleegkundige niet alleen bij de formele zorgverleners aansluiting weet te vinden maar juist ook bij de informele. Zoals de kaderleden en vrijwilligers van onze lokale afdelingen, andere vrijwilligers(organisaties) en mantelzorgers. Samen met de professionals zullen zij in de “wijk” het luisterend oor moeten zijn en elkaar moeten ondersteunen bij de hulp aan de meest kwetsbare en moeilijk te bereiken doelgroepen.

5. Plan van aanpak

Wij hebben geen enkele behoefte aan een blauwdruk voor de invoering van de wijkverpleegkundige. Waar wij behoefte aan hebben is concrete financiering van het experiment dat wij zo graag willen opzetten. De wijkverpleegkundige zal zich in de praktijk moeten bewijzen. In dat bewijs zal ook de inhoud van de functie nader vorm krijgen. Pas na enkele jaren kan een inschatting worden gemaakt van de haalbaarheid en de inhoud van deze "nieuwe" functie. Die haalbaarheid en inhoud komen niet tot stand door vooraf uitgebreid daarover te speculeren, maar door de professionals juist de kans te geven dit in de praktijk waar te maken. Lukt het niet, dan is het wat ons betreft ook onmiddellijk afgelopen.

Wij hebben er alle vertrouwen in dat deze functie een groot succes wordt!

Over de programmaperiode van 2009-2012 staat ons een gefaseerde aanpak voor ogen waarin wij de volgende acties willen realiseren:

1. 2009. Dit jaar zijn wij in staat om de volgende concrete stappen te zetten:
   - Om te beginnen willen wij samen met de betrokken zorgverleners en de gemeenten in de regio een eenvoudige overleg- en organisatiestructuur opzetten voor de uitvoering van ons experiment met de wijkverpleegkundige.
   - Om een vergelijking tussen het landelijk gebied en de stad mogelijk te maken, willen wij twee proefprojecten opzetten. Eén in een nader te selecteren kleine kern en één in een buurt/wijk van Bergen op Zoom of Roosendaal.
   - Na die selectie willen wij voor iedere pilot nauwkeurig de uitgangssituatie beschrijven. Dit als basis voor de taakomschrijving van de wijkverpleegkundige(n), maar ook om tussentijds de voortgang te kunnen bewaken en tussentijds en na afloop de resultaten te kunnen evalueren.
   - Het op te stellen projectplan wordt mede gebaseerd op een nadere inventarisatie van de behoeften van de meest kwetsbare zorgvragers in de proefgebieden. In dat projectplan wordt de beschreven uitgangssituatie opgenomen, evenals de randvoorwaarden voor het zo goed mogelijk functioneren van de wijkverpleegkundige(n) en de criteria die zullen dienen voor het toetsen van de tussentijdse resultaten.
   - Nog dit jaar willen wij in ieder testgebied minimaal één wijkverpleegkundige aanstellen, zodat een daadwerkelijke aanvang kan worden gemaakt met de werkzaamheden.

2. 2010. De wijkverpleegkundigen hebben de opdracht om in hun testgebied op basis van het projectplan een plan van aanpak op te stellen, samen met de in dat gebied opererende zorgverleners.
   Na een halfjaar worden door alle betrokkenen op basis van een evaluatie door de wijkverpleegkundige(n) de eerste resultaten geïnventariseerd.
   Dit is in onze ogen ook het moment om na te gaan of er in de regio ook andere kleine kernen en buurten/wijken zijn waar het dringend noodzakelijk is dat daar één of meer wijkverpleegkundigen worden aangesteld. Deze analyse en de inventarisatie van "een halfjaar wijkverpleegkunde" worden voorgelegd aan de betrokken regionale zorgverleners en de gemeenten en moeten dan de basis vormen van een plan voor de verdere ontwikkeling van deze functie in de regio.

3. 2011. De resultaten van het tweede half jaar wijkverpleegkundige worden geïnventariseerd en door de betrokken partijen gelegd naast hun bevindingen over het eerste jaar (2010) en de analyse van de behoefte aan ondersteuning in andere kleine kernen en buurten/wijken in de regio. Op basis daarvan wordt het plan voor regionale dekking verder uitgewerkt.

Een belangrijk onderdeel van dit regionale plan is de verankering van de functie in bestaande organisatorische verbanden en de verzekering van de structurele financiering van de functie van wijkverpleegkundige in de regio.

4. 2012. In dit jaar wordt het regioplan uitgevoerd.

Met de ontwikkeling en uitvoering van het plan van aanpak is naar schatting per jaar in totaal 215.000 euro gemoeid. Van dit bedrag is 180.000 euro bestemd voor het aanstellen van vier wijkverpleegkundigen en 35.000 euro als projectkosten.

Bijlage 1: RKV West-Brabant in één oogopslag

Doel en missie: (zie Manifest; Bijlage 2).
Werkgebied: de gemeenten Bergen op Zoom, Woensdrecht, Moerdijk Roosendaal, Steenbergen, Rucphen en Halderberge.
Aantal leden: ca. 40.000 huishoudens , (circa 100.000 mensen; 1 op de 3 inwoners).
Aantal plaatselijke verenigingen: 26; 6 clusters.
Verenigingsstructuur: De Algemene Ledenvergadering bestaat uit afgevaardigden van de plaatselijke verenigingen.
Algemene Ledenvergaderingen: 2 x per jaar.
Ledenblad: Kruisvenster verschijnt 4x per jaar, waarvan 1x huis-aan-huis met een oplage van 170.000 stuks.
Contributie per huishouden: € 17.00 (peil 2008).

Dienstverlening:
• korting op zorgartikelen;
• 2 winkels van waaruit hulpmiddelen worden uitgeleend en thuisbezorgd;
• Uitleen hulpmiddelen tegen korting;
• 18 uitleenpunten in het werkgebied;
• 2 steunpunten in het werkgebied;
• cursussen voor leden voordeliger dan voor niet leden;
• servicepakket met kortingen over breed scala;
• PGB steunpunt;
• Korting bij zorgverzekeraars;
• Advies/hulp indien nodig door verenigingsbureau.

Dienstverleningscontacten: 2007: ruim 41.000; 2008: ruim [……].
Verenigingsbureau: 1,3 FTE.
Samenwerkingspartners: Stichting tanteLouise, OPG, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Stichting Thuiszorg West-Brabant, WVS-groep, Zorgverzekeraar VGZ, SDW, Apotheek Roosendaal, Surplus, Stichting Groenhuysen, Zorgverzekeraar CZ, Medicura bv, Timmersmedizorg, ILC Zorg voor Later, het Juridisch Loket, Traverse, Kraamcentrum DAT, Lievensberg Ziekenhuis, Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, Regioberaad West-Brabant (18+1 gemeenten), Erasmus Universitair Medisch Centrum.
Projecten:
• WMO studie (gereed).
• Steunpunt Persoonsgebonden budget (is van start).
• Samenwerking met juridisch loket is gerealiseerd.
• Kennisbank.
• Infodesk en zorgconsulenten in samenhang met onze Kennisbank.
• Opzetten ledenpanel.
• Genereren derde geldstroom: acties lopen.
• Consultatiebureau voor ouderen: regionale opzet.
• Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO).

Albertdonk 4 – 4707 XZ Roosendaal – (0165) 55 59 15 – www.dekruisvereniging.nl – openingstijden maandag tot en met vrijdag 09.00 – 17.00 uur.

Bijlage 2: Manifest RKV West-Brabant

MARKTLEIDER VAN DE VRAAGZIJDE

- RKV West-Brabant staat sterk. Zij staat sterk omdat ze stevig is verankerd in de lokale en regionale gemeenschap in West-Brabant. Bijna 50.000 keer per jaar wordt RKV West-Brabant benaderd door inwoners van West-Brabant met allerlei vragen die zorg en welzijn aangaan. Jong en oud, man en vrouw, autochtoon en allochtoon, ze weten allemaal de weg te vinden naar RKV West-Brabant.
- RKV West-Brabant staat sterk omdat ze van en voor de leden is, omdat ze opkomt voor een goede en betaalbare zorg en welzijn én omdat ze solidair is met alle medemensen.
- RKV West-Brabant staat sterk omdat ze meer dan 40.000 huishoudens als betalende leden heeft. Deze huishoudens vertegenwoordigen meer dan 100.000 West-Brabanders, die per jaar minimaal 150 miljoen euro investeren in de zorg alleen al.
- RKV West-Brabant staat sterk omdat ze een steun en toeverlaat is voor de leden. Leden waarvan zij de belangen behartigt als het om goede en betaalbare zorg en welzijn gaat.
- RKV West-Brabant staat sterk omdat ze onafhankelijk en zelfstandig is. En tegelijkertijd staat ze sterk omdat zij een gewaardeerde samenwerkingspartner is.
- RKV West-Brabant staat sterk in een tijd waarin zorgaanbieders zakelijker en commerciëler worden.
- RKV West-Brabant staat sterk in een tijd waarin meer competitie en openheid in de zorg ontstaat.
- RKV West-Brabant moet ook sterk staan, omdat er door al die veranderingen meer en meer onduidelijkheid ontstaat voor iedereen die zorg nodig heeft en omdat het welzijn van de medemens haar zo na aan het hart ligt.
- RKV West-Brabant bevindt zich door al die veranderingen op een keerpunt van waaruit zij zich verder zal ontwikkelen en zich nog dieper zal verankeren in de samenleving.
- RKV West-Brabant zal een actievere rol spelen in het stelsel van zorg en welzijn. De vereniging zal zich meer inzetten voor de stijgende behoefte aan preventie en voorlichting. Ze zal de lokale inbedding van de vereniging versterken door de vrijwilligers intensiever te ondersteunen. Het werven en binden van de leden aan de vereniging komt hoger op de agenda. En inspirerende en uitdagende communicatie zal de positie van RKV West-Brabant verder versterken.
- RKV West-Brabant roept de diverse spelers in het veld van zorg en welzijn op tot verregaande en goed gestructureerde samenwerking op basis van wederzijds respect en vertrouwen. Samenwerking waarbij het gezamenlijk realiseren van de beste zorg en welzijn voor iedereen voorop staat.

Roosendaal, 29 januari 2008