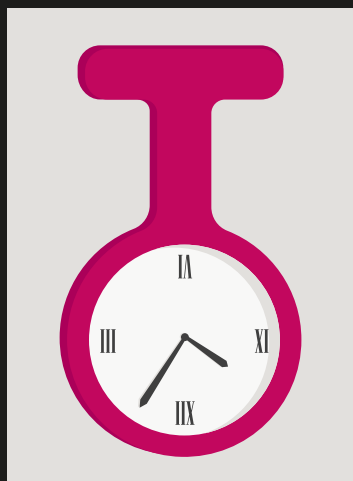
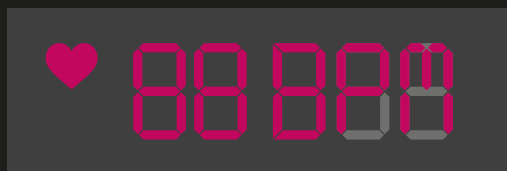


BACK TO THE FUTURE

NAAR EEN TOEKOMSTGERICHTE WIJKVERPLEGING



Intreerede lector Dr. Minke Nieuwboer

HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

COLOFON

HAN University of Applied Sciences, Academie Gezondheid en Vitaliteit
Lectoraat Wijkverpleging
Lector dr. Minke Nieuwboer
E: Minke.Nieuwboer@han.nl

REALISATIE

HAN MCV Marketing- en communicatie, Academie Gezondheid en Vitaliteit

VORMGEVING

HAN Studio MC, Roswitha Teerink

COVERILLUSTRATIE

Floor Baas, floorescent.design

FOTOGRAFIE

Frank Muller (p.5),
Guus Pauka, (p. 8, 14, 24, 36, 42, 50)

FIGUUR 1

Loketgezondleven.nl

FIGUUR 2

Institute for Positive Health, www.iph.nl

Uitgave HAN University of Applied Sciences Press, Arnhem, maart 2022

© Alles uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotografie, microfilm, geluidsband, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur en uitgever, mits er zorgvuldig wordt verwezen naar de auteur en de uitgever.

BACK TO THE FUTURE

NAAR EEN TOEKOMSTGERICHTE WIJKVERPLEGING

Intreerede lector Dr. Minke Nieuwboer

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF	7
1. PERSOONLIJK PERSPECTIEF OP 4 DECENNIA WIJKVERPLEGING	9
De jaren tachtig	9
2. RELEVANTE ONTWIKKELINGEN EN OPGAVEN VOOR DE WIJKVERPLEGING	15
2.1 Wijkverpleging in Nederland	15
2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen	16
2.3 Professionele ontwikkelingen	18
2.4 De belangrijkste opgaven voor wijkverpleging	19
3. PREVENTIE EN VROEGSIGNALERING IN RELATIE TOT COMPLEXITEIT	25
3.1 Preventie en vroegsignalering	25
3.2 Speciale preventie-issues	29
3.3 Onderzoekslijnen op het gebied van preventie	32
3.4 Onderzoeksprojecten en activiteiten	32
4. PROFESSIONALISERING WIJKVERPLEGING	37
4.1 De driehoek onderzoek-onderwijs-praktijk	37
4.2 Evidence based Practice	38
4.3 Verpleegkundig leiderschapsprogramma's in de wijkverpleging	39
4.4 Onderzoekslijnen op het gebied van professionalisering	40
4.5 Onderzoeksprojecten en activiteiten	40
5. AANSLUITING VAN ONDERWIJS OP BEHOEFTE PRAKTIJK	43
5.1 Beeldvorming over wijkverpleging	43
5.2 Wijkverpleging binnen het basiscurriculum HBOV	45
5.3 Onderzoekslijnen op het gebied van de aansluiting onderwijs op werkveld	47
5.4 Onderzoeksprojecten en activiteiten	47
6. TOEKOMSTBEELD WIJKVERPLEGING	51
6.1 De jaren twintig en dertig	51
DANKWOORD	54
LITERATUUR	57
BIJLAGEN	66
Bijlage 1: Onderzoekslijnen 'Preventie'	66
Bijlage 2: Onderzoekslijnen 'Professionalisering'	71
Bijlage 3 Onderzoekslijnen 'aansluiting onderwijs op werkveld'	73

WOORD VOORAF

Voor u ligt de tekst van mijn intreerede, waarmee ik op 31 maart 2022 mijn opdracht als Lector Wijkverpleging met trots heb aanvaard. Ik ontvouw hierin de plannen voor het Lectoraat Wijkverpleging voor de komende 4 jaar. Niet letterlijk. Dit boekje geeft het uitgebreide overzicht weer. In mijn rede, die terug te luisteren is op de webpagina van het Lectoraat Wijkverpleging (www.han.nl/onderzoek/lectoraten/lectoraat-wijkverpleging), licht ik de belangrijkste hoofdpunten er uit.

In de tekst gebruik ik bij voorkeur 'cliënt' in plaats van 'patiënt', omdat dit in de wijkverpleging gangbaar is. Ik gebruik 'haar' voor 'hem/haar' en 'zij' voor 'hij/zij', omdat de meeste wijkverpleegkundigen vrouwen zijn.

Welke perspectieven levert mijn reis door de tijd van de professionele wijkverpleging op? Vanuit welke visie draagt het lectoraat bij aan de ontwikkeling? Ik nodig u aan de hand van deze intreerede graag uit om samen vooruit te kijken naar de toekomstgerichte wijkverpleging.



2



A.M.
huisa

Wijkverpleging
Doijen Leuth

Wijkverpleging
Doijen Leuth



1. PERSOONLIJK PERSPECTIEF OP 4 DECENNIA WIJKVERPLEGING

Bij 'Back to the future' denk ik aan de gelijknamige filmreeks uit de jaren tachtig, waarbij Marty McFly gaat tijdreizen en daarmee problemen in de toekomst vóór is. Zo voorkomt hij dat zijn toekomstige ouders elkaar per abuis niet ontmoeten.

In de tijd reizen en daarvan leren. Dat vind ik een mooi uitgangspunt voor mijn intreerede. Ik ben bij mijn aantreden als lector namelijk geen groentje meer. Ik reis al lang in de tijd mee met de wijkverpleging. Hoe mooi is het om van de verschillende periodes de goede dingen mee te nemen en om die voor een toekomstbestendige wijkverpleging te kunnen gebruiken. In deze rede doe ik een poging om deze lessen samen te brengen en daarmee richting te geven aan het Lectoraat Wijkverpleging voor de komende jaren. Ik beschrijf eerst kort de laatste 4 decennia.

DE JAREN TACHTIG

Mijn reis begon in de jaren tachtig, toen ik als 'wijkzuster' (= geuzennaam) door de straten van Neerbosch-Oost in Nijmegen fietste en aldaar verantwoordelijk was voor alle verpleegkundige zorg aan 0 tot 100- jarigen. Van preventieve ouderenhuisbezoeken tot palliatieve zorg, van ingewikkelde wonden tot cursussen aan zwangere vrouwen. Dat was pas generalistisch werken. Eind jaren tachtig kwam er een

scheiding tussen volwassenenzorg en jeugdzorg, maar het bleef een breed pallet aan zorgvragen. Parttime werken bestond nog niet. Ik werkte voornamelijk in dagdiensten van maandag tot vrijdag.

Mijn uitdaging was om de beste zorg te bieden, laagdrempelig beschikbaar te zijn voor iedereen, samen met een breed wijknetwerk van professionals die in diezelfde wijk actief waren. In die jaren ging je na de HBOV natuurlijk in de wijk werken, want dáár kon je je vak uitoefenen als een autonome professional in gelijkwaardige samenwerking met andere disciplines.

- Was het *evidence based*? Nee!
- Was er een professionele standaard? Nee! Voor de laatste kennis was je afhankelijk van zogeheten 'districtsverpleegkundigen', die je om raad kon vragen en die dikke klappers beschikbaar stelden over hun specialistische kennisgebied, die je als naslagwerk kon gebruiken.
- Maakte je verpleegplannen? Nee! Want alles zat in je hoofd, er kwamen immers bijna geen andere collega's over de vloer bij de cliënten in jouw wijk. Er was wel een wijkadministratiesysteem, en daarin registreerde je eens per maand globaal de uren die je besteedde aan je werkzaamheden.
- Was er structureel multidisciplinair overleg? Jazeker. Huisartsen, wijkverpleegkundigen organiseerden zogeheten 'hometeams'. Ook welzijnswerkers en gezinszorg sloten hierbij aan. In deze overleggen werden gezamenlijke cliënten besproken en werden onderling de taken verdeeld.

Uit deze periode neem ik mee voor de toekomst: wijkverpleegkundigen dragen veel verantwoordelijkheid, zijn professioneel autonoom, kunnen een breed generalistisch takenpakket aan. Daarbij zijn beschikbaarheid van kennis en overlegmogelijkheden met collega's, ook interprofessioneel, cruciaal.

De jaren negentig

Ik was actief bij de beroepsvereniging. Dat was is die tijd een kleine club wijkverpleegkundigen die in hun vrije tijd naar Utrecht heen en weer reisden en het kwaliteitsbeleid voor de wijkverpleging op een paar A-4 opschreven. Mijn werk bij het LCVV (Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging), een kennisinstituut voor verpleging en verzorging, tevens voorloper van de beroepsorganisatie, bracht mij in aanraking met professioneel leiderschap, het versterken van de kwaliteit van de beroepsinhoud

en het vergroten van de invloed van verpleegkundigen. Niet alleen via landelijke beroepsorganisaties, maar ook binnen de zorgorganisaties door Verpleegkundige Adviesraden op te zetten. Dat lukte vooral in de ziekenhuizen.

- Was het evidence based? Nee! Er was nog steeds weinig onderzoek beschikbaar voor de Nederlandse wijkverpleging. Er waren hooguit 3 hoogleraren verplegingswetenschap en het wetenschappelijk onderzoek had vooral betrekking op verpleegkundige theorievorming en organisatie van zorg en richtte zich op de intramurale zorg.
- Had je invloed op de ontwikkeling van je vak? Nee! De verpleegkundige beroepsorganisaties waren versnipperd. Een periode van demonstraties en stakingsacties van verpleegkundigen, de zogeheten 'witte woede', mondde uit in extra financiële ruime vanuit het Ministerie van VWS om beroepsontwikkeling van verpleegkundigen en verzorgenden te stimuleren. Dit leidde tot de oprichting van het LCVV en uiteindelijk tot de bundeling van krachten van vele kleine beroepsorganisaties tot één grote: de V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland).

Ik neem uit deze periode mee voor de toekomst: dat voor een stevige vakinhoudelijke basis onder het beroep van (wijk)verpleegkundigen je professionalisering actief moet stimuleren op twee niveaus: meer invloed van verpleging binnen de zorgorganisaties én meer invloed van verpleging door bundeling van krachten via één stevige beroepsorganisatie.

De jaren nul

Inmiddels volgde ik de wijkverpleging wat meer op afstand vanuit mijn functie als beleidsmedewerker voor transmurale zorg in het Radboudumc. Ik was verantwoordelijk voor het Transferpunt zorg. Daar worstelden de transferverpleegkundigen met de regels voor indicatiestelling voor wijkverpleging. Een apart indicatieorgaan in de zorg bepaalde de hoeveelheid zorg die er bij cliënten thuis nodig was, zonder dat de wijkverpleegkundige daar invloed op had. Het indicatieorgaan wijzigde steevast op 1 januari de regels. Dat was ook de periode van de 'stopwatch zorg'. Daarbij werd de professionele verantwoordelijkheid van wijkverpleegkundigen volledig ondergraven. Veel wijkverpleegkundigen verlieten teleurgesteld het vak. Voor de HBOV-student werd het onaantrekkelijk te kiezen voor een loopbaan in de wijkverpleging. Bovendien leidde marktwerking er toe dat er een grote hoeveelheid kleine organisaties voor wijkverpleging

ontstond, die elkaar voor de voeten liepen en soms alleen de krenten uit de pap visten en dus de complexe zorgsituaties meden. Tot frustratie van de samenwerking met de andere professionals in de wijk, zoals de huisarts.

- Was het evidence based? Nee! De zorgbehoefte werd in kaart gebracht via de telefoon. Verpleegkundigen kregen weinig professionele ruimte.
- Was er ruimte voor verpleegkundig leiderschap? Nee! Je had geen enkele invloed op de ontwikkeling van vakinhoud.
- Werkte je interprofessioneel? Nee! Er werd vooral gestuurd op concurrentie. De situatie ondergroef de samenwerking met huisarts en welzijnswerk, die in de jaren tachtig al bestond. Thuiszorgorganisaties ontwikkelden zich tot elkaars concurrenten.

Ik neem hier niets uit mee; alleen de boodschap: dit nooit weer!

De jaren tien

Er gloorde weer hoop. Het gezondheidszorgbeleid ontwikkelde zich richting ketenzorg en verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De wijkverpleegkundige werd weer herontdekt als 'Zichtbare Schakel', om in samenwerking met de huisarts de toenemende kosten en complexiteit in de zorg het hoofd te bieden: centraal stond de as huisarts-wijkverpleging. De beroepsorganisatie V&VN ontwikkelde een leiderschapsprogramma om wijkverpleegkundigen te empoweren. Ik hield me inmiddels bezig met de begeleiding van projecten waarbij de wijkverpleegkundige als 'Zichtbare Schakel' aan het werk was: wijkgerichte preventie, werken met wijkprofielen, aan de slag met thema's zoals eenzaamheid, alcoholmisbruik en valrisico. Een doorbraak voor de wijkverpleging was het jaar 2015, met de invoering van de Zorgverzekeringswet. Vanaf dat moment lag de verantwoordelijkheid voor de indicatie voor thuisverpleging weer waar hij hoort te liggen: bij de wijkverpleegkundigen.

Inmiddels coördineerde ik het DementieNet-programma waarbij één van de uitgangspunten was de rol van wijkverpleegkundige als leider in wijknetwerken vorm te geven. In dit programma volgden we vanuit het Radboud Alzheimer Centrum meer dan 40 netwerken en koppelden we hier praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek aan. We namen de praktijkproblemen als uitgangspunt en ontwikkelden een op-maat-aanpak voor duurzame verbetering van de interprofessionele samenwerking en we ontwikkelden trainingen om de communicatie tussen wijkverpleegkundigen en de huisarts te verbeteren.

- Was het evidence based? Het verzamelen van evidence was het streven. We volgden de netwerken 6 jaar lang en via praktijkgericht onderzoek onderbouwden we onze aanpak. Dus ja!
- Vorderde het met het wijkverpleegkundig leiderschap? Sommigen van hen zijn natuurtalenten! Maar een steuntje in de rug is vaak nog nodig.

Wat neem ik mee uit deze periode: een wijkverpleegkundige, die haar eigen vakinhoud goed kan onderbouwen, biedt betere zorg aan haar cliënten, en bouwt ook een gelijkwaardigere samenwerkingsrelatie opbouw met andere disciplines zoals de huisarts. We ervaren ook dat wijkverpleegkundigen wel degelijk een belangrijke rol kunnen spelen bij signalering van problemen als 'de ogen en oren in de wijk'. Toch ontbreekt nog vaak het handelingsperspectief op deze proactieve en preventieve rol, ofwel: op welke manier kun je deze rol uitoefenen en effectiever maken? En: hoe claim je bij het management ruimte om dit te doen?

De jaren twintig

We zijn aangeland in het nu, bij het heden en de toekomst. Ik zal eerst de belangrijkste ontwikkelingen en uitdagingen voor de toekomst van de wijkverpleging schetsen. Vervolgens geef ik aan waar we de komende jaren concreet aan gaan werken, en met wie het Lectoraat Wijkverpleging daarbij wil samenwerken.





2. RELEVANTE ONTWIKKELINGEN EN OPGAVEN VOOR DE WIJKVERPLEGING

Waarom is een lectoraat voor wijkverpleging juist nu zo belangrijk? Er zijn grote veranderingen in het zorglandschap gaande, waarbij het gezondheidszorgbeleid inzet op de verschuiving van ziekenhuiszorg naar zorg in de thuissituatie. Daarvoor is een sterke eerste lijn vereist. De wijkverpleging heeft een centrale plaats in de eerste lijn en verdient daarmee een extra boost qua beroepsontwikkeling. Ik zal eerst de belangrijkste maatschappelijke en professionele ontwikkelingen schetsen, en vervolgens benoemen wat dat betekent voor de wijkverpleging. Welke opgaven heeft de wijkverpleging de komende jaren? Vervolgens ga ik in de hoofdstukken daarna in op de bijdrage die het Lectoraat Wijkverpleging gaat leveren aan deze opgaven.

2.1 WIJKVERPLEGING IN NEDERLAND

Wijkverpleging is generalistische verpleging en verzorging in de thuisomgeving, gericht op het bevorderen van gezondheid en eigen regie van mensen. Wijkverpleging maakt mogelijk dat mensen langer en verantwoord thuis kunnen blijven wonen. Enerzijds door het effectief en doelmatig inzetten van zorg, anderzijds het uitvoeren van preventieve taken gericht op kwetsbare groepen in de wijk (1, 2). Teams wijkverpleging werken interprofessioneel samen met:

- de cliënt en zijn systeem (familie, mantelzorg) in een nabije en vertrouwde relatie,

- andere verpleegkundige professionals, zoals dementieverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en praktijkverpleegkundigen,
- huisartsen,
- paramedici, apothekers, werkers in het sociaal domein en huishoudelijk hulp,
- informele zorg zoals vrijwilligers, buren en andere leden van het systeem van de cliënt (3, 4).

In 2018 maakte 3,5 % van de inwoners van Nederland gebruik van wijkverpleging, waarvan 75% ouder was dan 67 jaar (5). In 2018 werkten er circa 79.343 medewerkers: 12.400 wijkverpleegkundigen (niveau 6), 16.108 verpleegkundigen in de wijk (niveau 4), 41.799 verzorgenden (niveau 3), 4.083 helpenden (niveau 2) en 676 zorg hulpen (niveau 1) (6).

Wijkverpleging valt onder de Zorgverzekeringswet. Sinds de invoering van deze wet in 2015 is de wijkverpleegkundige de poortwachter in de zorg. Zij is verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie en de zorgtoewijzing. Dat betekent dat zij in samenspraak met de cliënt beoordeelt wat er nodig is om zelfstandig thuis te wonen. Ze heeft daarmee een belangrijke regierol.

2.2 MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

Er wordt al heel lang voor gewaarschuwd, maar we zitten er inmiddels middenin: dubbele vergrijzing. Het aantal ouderen neemt sterk toe. In 2040 zal het aantal naar verwachting naar 4,7 miljoen gestegen zijn; 26 % van de bevolking is dan 65+, waarvan een derde ouder dan 80. Vanaf 2025 neemt de groep 80-plussers sterk toe (7). Hoe ouder mensen worden, hoe meer aandoeningen zij hebben. Van de 75-plussers heeft meer dan de helft één chronische ziekte en men verwacht dat in 2030 38% van deze ouderen meer dan 3 chronische aandoeningen heeft (8). Ouderen blijven langer zelfstandig thuis wonen, met ondersteuning van familie of anderen in de directe omgeving. Om dit mogelijk te maken wil de overheid de komende jaren inzetten op mantelzorg, digitale zorg, domotica en valpreventie, en stimuleren dat mogelijk kwetsbare ouderen vroegtijdig in beeld komen (9).

Ziekenhuizen ontslaan hun cliënten steeds sneller. Verpleeghuizen verhogen de drempel voor opname steeds verder en mensen met psychiatrische problematiek wonen vaker thuis (10, 11). Daardoor nemen zowel het aantal zorgvragen thuis als de complexiteit van

de zorgvraag toe: combinaties van psychische problemen, somatische problemen en sociale problematiek komt de wijkverpleging in toenemende mate tegen. Complexe zorg wordt gedefinieerd door onzekerheid die gepaard gaat met het bepalen wat juiste zorg is, omdat verschillende gezondheids- en sociale problemen met elkaar samenhangen. De uitdaging voor de zorg is om de gezondheid van de cliënt als één geheel te benaderen (12). De wijkverpleging moet daarop voorbereid zijn: persoonsgericht werken en (aanvullende) expertise en flexibiliteit toepassen om de toenemende complexiteit het hoofd te bieden.

Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, ontstaan er innovatieve zorgvormen, zoals ziekenhuisverplaatste zorg, anderhalve lijn zorg, taakherschikking en netwerkzorg in het kader van 'Juiste zorg op de juiste plek'-beleid (13, 14). In het recente coalitieakkoord staat 'passende zorg' centraal (9), daarmee wordt zorg bedoeld die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs (15). Wijkverpleging doet volop mee aan pilots en experimenten om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Echter, brede implementatie van nieuwe werkwijzen en innovaties is moeizaam en nadat de projectsubsidies uitgeput zijn, is er vaak een terugval in oude patronen en werkwijzen (16). In de Covid-19 crisis bleek er ineens veel mogelijk. Cliënten konden bijvoorbeeld eerder met ontslag uit het ziekenhuis, omdat ze thuis zuurstof kregen met monitoring door wijkverpleging en huisarts. Een mooi voorbeeld van ziekenhuisverplaatste zorg. De lessen die we in de Covid-crisis hebben geleerd moeten we vast houden. Het ziekenhuis kan vaker de regie overgeven aan huisarts en wijkverpleegkundige, eventueel met inzet van de verpleegkundig specialist. Meer kennis over de mogelijkheden van de wijkverpleging binnen het ziekenhuis is nodig; breed beschikbaar en niet alleen bij de transferpunten.

Het personeelstekort in de zorg is al nijpend en zal de komende jaren nog meer groeien. Nu werkt al 1 op de 7 mensen in de zorg en in 2040 moet dat 1 op de 4 worden (17), wat een onmogelijke opgave is. Ook in de wijkverpleging zijn er nu al tekorten. Tijdens de Covid-19 pandemie werd pijnlijk duidelijk hoe kwetsbaar de wijkverpleging is. Zorgaanbieders konden de extra zorgvraag niet opvangen. Dat betekende extra inzet van mantelzorg. Ook kwam het voor dat mensen niet thuis konden sterven omdat er geen wijkverpleging beschikbaar was (18). Er is geen enkelvoudige oplossing voor dit probleem. Er zullen verschillende wegen bewandeld moeten worden om een acceptabel kwaliteitsniveau van verpleegkundige zorg in de wijkverpleging te behouden: verhogen van de instroom naar de wijk, vermijden van vertrek naar andere sectoren, inzet van

technologie en innovaties waar menskracht te vervangen is. Ook efficiënt omgaan met de benodigde deskundigheid, en professionals opleiden in wendbaarheid: de competenties goed laten aansluiten bij de veranderingen die in de beroepspraktijk plaatsvinden (19).

2.3 PROFESSIONELE ONTWIKKELINGEN

De wijkverpleging is sinds 2009 bezig met een inhaalslag qua professionalisering. ZonMw ondersteunde dit actief met het programma Zichtbare Schakel (20-22). Door de manier van financiering was in de jaren daarvoor de beroepsverantwoordelijkheid volledig ondergraven (23) en de vakinhoudelijke beroepsontwikkeling stil gevallen. Veel wijkverpleegkundigen waren naar een andere sector gevlucht, het imago van het beroep was gekelderd, waardoor de instroom van HBOV opgeleide verpleegkundigen dramatisch was gedaald (20).

Sinds 2015, toen de wijkverpleegkundige weer zelf verantwoordelijk werd voor indicatie en zorgtoewijzing heeft zij opnieuw een unieke en autonome positie. Dit heeft de laatste 5 jaar geleid tot initiatieven om deze positie en de beroepsontwikkeling te versterken. Dit resulteerde in een kwaliteitskader wijkverpleging (1), een normenkader indiceren en organiseren (24, 25) en een beschrijving van het expertisegebied wijkverpleging (2).

Ook de kennisontwikkeling kwam op gang. Er is een kennisagenda opgesteld voor de wijkverpleging (26) en er zijn richtlijnen en handreikingen voor wijkverpleging opgesteld (27, 28). ZonMw heeft een programma ontwikkeld gericht op de ontwikkeling van kwaliteitstandaarden, die moeten bijdragen aan kwaliteit en transparantie in de wijkverpleging (29). HBOV's - waaronder de HAN - ontwikkelden samen met wijkverpleegkundigen leernetwerken om kennis uit te wisselen (30, 31). In de praktijk blijkt er tussen het handelen van wijkverpleegkundigen veel praktijkvariatie te bestaan bij gelijke omstandigheden. Vooral zorgverzekeraars zien dit als onwenselijk omdat zij voorspelbaarheid nastreven (32). Wijkverpleegkundigen realiseren zich dat de praktijkvariatie voor een deel ontstaat omdat individuele omstandigheden van cliënten verschillen. Echter, ongewenste praktijkvariatie komt ook aan het licht, vooral omdat er meer aandacht is voor het gebruik van selfassessment tools, intercollegiale toetsing en leiderschapsprogramma's. Implementatie van nieuwe kennis in de teams wijkverpleging blijft voorlopig uitdagend.

2.4 DE BELANGRIJKSTE OPGAVEN VOOR WIJKVERPLEGING

Vanuit de hierboven geschetste ontwikkelingen, destilleer ik 3 belangrijke opgaven voor de wijkverpleging. Ik heb in deze keuze ook de ervaring laten meewegen die ik beschreef in hoofdstuk 1: wijkverpleegkundigen kunnen een belangrijke rol spelen als 'de ogen en oren in de wijk' bij signalering van problemen, in een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie met andere disciplines. Een stevig onderbouwd handelingsperspectief is nodig op deze proactieve en preventieve rol. Beschikbaarheid van evidence en practice based kennis kan de wijkverpleging versterken en stimuleren om betere kwaliteit van zorg te leveren. Deze opgaven vormen de opdracht waar ik met het Lectoraat Wijkverpleging de komende jaren aan ga werken.

Opgave 1: De toenemende complexe zorgvraag

Wijkverpleegkundige teams worden samen met andere eerstelijns professionals uitgedaagd om aan de toenemende complexe zorgvraag het hoofd te bieden, in een context die volop in beweging is. Wijkverpleging werkt achter de voordeur én in de wijk. De wijk is herontdekt als het schaalniveau om zorg en welzijn te organiseren (33). Idealiter werkt de wijkverpleegkundige nauw samen met de huisarts. De verpleegkundige als poortwachter voor de verpleegkundige zorg, de huisarts als poortwachter voor de medische zorg. Idealiter, want in de praktijk van alledag blijkt er in de gelijkwaardigheid van deze samenwerking nog het nodige te winnen (34). Ook blijkt 'de wijk' niet altijd het meeste logische niveau om de samenwerking te organiseren, wanneer er geen gezamenlijke caseload is van cliënten, waarvoor huisarts en wijkverpleging de zorg moeten afstemmen (35). In de crisis die door de Covid-19 pandemie werd veroorzaakt, bleek het toch mogelijk om samenwerking tot stand te brengen: tussen zorgaanbieders voor wijkverpleging onderling, en ook interprofessioneel (36, 37).

De complexiteit van de zorgsituaties van ouderen en chronisch zieken maakt dat deze zorg bijna altijd interprofessioneel van karakter is: veel verschillende disciplines zijn betrokken bij één cliënt (4). Generalistische, specialistische zorg én informele zorg moeten op elkaar afgestemd zijn. Ook voorzieningen in de wijk dienen optimaal benut te worden. Idealiter kent de wijkverpleging de professionele en informele spelers in het wijknetwerk en onderhoudt de contacten hiermee. Interprofessionele samenwerking blijkt echter nog lastig te realiseren en ook de kennis en vaardigheden van de wijkverpleging dient versterkt (34). Vrijwilligers, die werken bij lokale zorgzame gemeenschappen zoals zorgcoöperaties, willen ook betere samenwerking met professionals. Het aantal van deze

burgerinitiatieven stijgt gestaag en 17 % van deze zorgzame gemeenschappen werken al met een (deels) gedetacheerde wijkverpleegkundige (38).

Professionele zorginzet kan ook beperkt worden door intensievere samenwerking met de informele zorg. Gestructureerde samenwerking met mantelzorg kan leiden tot vermindering van inzet van wijkverpleging. Je kunt ook nog verder gaan. In Denemarken moeten mantelzorgers eerst een cursus volgen, voordat zij een beroep mogen doen op de wijkverpleging (39). Om te voorkomen dat mantelzorg uitvalt door overbelasting, een reëel risico (40), zijn preventieve maatregelen nodig, zoals het monitoren van veerkracht van mantelzorgers, het signaleren van overbelasting en het op tijd zoeken naar oplossingen (41).

Het tekort aan professionals in de wijkverpleging en de grote complexe zorgvraag maakt dus de noodzaak tot preventiegericht werken groter. Wijkbewoners krijgen een grotere verantwoordelijkheid om zo gezond en vitaal mogelijk oud te worden en thuis te blijven wonen. Het is dringend nodig om plannen te maken om de wijk gezond te krijgen door het ontwikkelen van populatiegerichte zorg (42). Maar gezondheidsproblemen zijn bij professionals vaak niet op wijkniveau bekend (43). Wijkgerichte oplossingen worden gefragmenteerd aangeboden (44). Ook daarin zou een coördinerende rol van de wijkverpleging van betekenis kunnen zijn. Wijkverpleegkundigen, die samen met wijkbewoners, huisartsen en het sociaal domein plannen maken om gezamenlijk te werken aan beheersing van de toenemende zorgvraag door preventie en gezondheidsbevordering. Als zij de gelegenheid hebben om wijkgericht te werken, weten zij samen het beste wat er nodig is in een wijk en welke interventies wel en niet werken (45). De huidige financiering is echter belemmerend voor integraal werken omdat individuele belangen van organisaties vaak prevaleren boven het algemeen belang. De overheid stimuleert integraal werken aan preventieve wijkactieplannen, maar structurele financiering ervan is er niet en preventie is voorlopig afhankelijk van subsidies (46).
Samenvattend: De mogelijkheden voor de wijkverpleging om actief aan deze opgave te werken, in samenwerking met medische en sociale professionals, liggen op het gebied van (innovatieve) preventie:

- Gezondheidsproblemen vóór zijn door het stimuleren van gezond gedrag, veerkracht en gezonde informele netwerksystemen rond de cliënt.
- Escalatie van zorgsituaties voorkomen door op tijd te signaleren en in te grijpen; indien zinvol met de inzet van technologie en innovatieve zorgvormen.

Opgave 2: Transparantie en onderbouwing van wijkverpleegkundige vakinhoud

De situatie sinds 2015, waarbij wijkverpleegkundigen weer zelf verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling, vergroot de druk om transparant te zijn en te kunnen verantwoorden waarom gekozen wordt voor bepaalde interventies. Dat is een enorme stimulans voor de beroepsontwikkeling, verwoord door wijkverpleegkundigen als 'Ik heb mijn vak weer terug' (2). Maar het betekent ook dat de wijkverpleging vakinhoudelijke keuzen dient te baseren op kennis, die evidence, dan wel practice based is (47). Deze kennis moet makkelijk toegankelijk en goed te implementeren zijn in de wijkverpleegkundige teams. Implementatie van evidence en practice based kennis in de praktijk is echter niet eenvoudig en vereist een systematische aanpak en leiderschap (48, 49). Bij implementatie van veranderingen binnen teams is een transformationele leiderschapsstijl effectief (50). Wijkverpleegkundigen zijn zich nog onvoldoende bewust van het belang van hun leiderschapsrol in hun eigen team bij deze implementatie. Zij vinden de weg naar hun professionele documentatie onvoldoende (50, 51). Binnen de organisaties die wijkverpleging bieden, ontbreken vaak een cultuur en de infrastructuur om wetenschappelijk onderzoek in te bedden (52). Dat leidt ertoe dat gebruik van evidence en practice based kennis teveel afhangt van toevalligheden.

Bovendien worden cliëntgegevens, die in de dagelijkse verslaglegging worden vastgelegd in de elektronische zorgdossiers van wijkverpleegkundigen nog weinig gebruikt voor monitoring en onderbouwing van de vakinhoud. Wijkverpleegkundigen weten niet hoe ze hun gegeneraliseerde individuele rapportages in een breder verband kunnen gebruiken om zo de kwaliteit van zorg te verhogen (53). Maar ook extern beschikbare data (bijvoorbeeld van de GGD) worden nauwelijks gebruikt (45). Dit moet veranderen zodat ze hun bijdrage op wijkniveau kunnen verantwoorden.

Een extra boost aan implementatie van vakinhoudelijke kennis is nodig om kwalitatief goede, innovatieve en efficiënte zorg te leveren aan thuis wonende cliënten met complexe problemen.

Opleidingen (MBO en HBO) kunnen hieraan een bijdrage leveren door de benodigde nieuwe vakinhoudelijke kennis aan te bieden aan aankomend verpleegkundigen. Ook dienen opleidingen met de praktijk samen na te denken over de juiste skills mix tussen MBO, HBO en verpleegkundige specialisten en vernieuwing en ontwikkeling daarin aan te jagen.

Bij het werken aan deze opgave is het nodig dat onderwijs- en onderzoeksinstituten duurzame verbindingen aangaan met zorgaanbieders van wijkverpleging, om binnen

deze organisaties een infrastructuur en cultuur voor onderzoek, onderwijs en praktijk in te richten, waarbij kennisuitwisseling wordt versterkt. Door duurzame verbindingen ontstaat de mogelijkheid om samen onderzoeksthema's te prioriteren, praktijkkennis op te bouwen en samen aan oplossingen voor de maatschappelijke problemen te werken in samenhang met de landelijke kennisagenda voor wijkverpleging (26). Dergelijke academische netwerken in de ouderenzorg zijn al ingericht voor de verpleeghuiszorg en deze laten zien dat dit tot verbeteringen leidt (54). Laat dit een inspiratiebron zijn voor de wijkverpleging.

Opgave 3: Verhogen van instroom van verpleegkundigen naar de wijkverpleging

Wijkverpleging wordt steeds belangrijker: de wijkverpleegkundige is gezien de maatschappelijke ontwikkelingen de verpleegkundige van de toekomst (55). De komende jaren zullen de veranderingen in het zorglandschap in een hogere versnelling komen door bijvoorbeeld inzet van E-health en andere digitale toepassingen en verschuiving van dure ziekenhuiszorg naar zorg in de thuissituatie. Dat heeft voor de wijkverpleging en het onderwijs verregaande consequenties.

De instroom van MBOV- en HBOV- studenten naar de wijk zal moeten toenemen. De beeldvorming over de wijkverpleging bij studenten klopt niet met de werkelijkheid en met de hierboven geschetste toekomst. Onderzoek laat zien dat HBOV-studenten wijkverpleging zien als laagcomplex, bureaucratisch en weinig uitdagend (56). Dit onderzoek wijst verder uit dat het niet eenvoudig is om de instroom van de HBOV naar de wijk te vergroten. Zelfs niet met een apart programma binnen de HBOV met extra aandacht voor de wijk. In het onderwijs is er te weinig aandacht voor autonome rol van de wijkverpleegkundige. Ook is het aanbod van kwalitatief goede stageplaatsen onvoldoende (6). Verder blijkt dat er jong gediplomeerden zijn die het moeilijk vinden om direct na afstuderen in de wijk te werken, omdat zij vrezen de verantwoordelijkheid niet aan te kunnen. Ze kiezen er daarom voor om eerst in het ziekenhuis te werken. Maar eenmaal daar werkzaam, maken ze zelden alsnog de overstap naar de wijk. Daarnaast is het belangrijk dat wijkverpleegkundigen, eenmaal werkzaam in de wijk, zich kunnen blijven ontwikkelen en voldoende autonomie en zeggenschap ervaren zodat ze het vak niet verlaten (57). De mogelijkheden om deze opgave het hoofd te bieden liggen in:

- Het positief beïnvloeden van beeldvorming van MBOV en HBOV studenten;
- Goede relaties tussen praktijkveld en onderwijs: aansluiting van lesstof bij wat nodig

- is in de praktijk, stagebegeleiding op niveau;
- Goede opvang van jong gediplomeerden, die via traineeprogramma's leren omgaan met de beroepsuitoefening zoals die in de wijk van een wijkverpleegkundige verwacht wordt. Hoewel dit primair een verantwoordelijkheid is van zorgorganisaties zou de opleiding meer betrokken moeten worden en ondersteuning kunnen bieden bij deze programma's.

Het Lectoraat Wijkverpleging zal de komende 4 jaar een concrete bijdrage leveren aan deze 3 opgaven. Hoe we dat gaan doen en vanuit welke onderzoekslijnen, beschrijf ik in hoofdstuk 3 t/m 5. Alhoewel ik deze lijnen en thema's apart presenteer, is er onderling veel samenhang. Ik verwacht dat resultaten op het ene thema versterking kunnen bieden op andere thema's. In hoofdstuk 6 licht ik toe welk toekomstbeeld het Lectoraat Wijkverpleging daarbij voor ogen heeft.





3. PREVENTIE EN VROEGSIGNALERING IN RELATIE TOT COMPLEXITEIT

In dit hoofdstuk ga ik in op de plannen van het lectoraat om de toenemende complexe zorgvraag van thuiswonenden terug te brengen door middel van een actievere en bredere rol van wijkverpleging bij preventie. Het praktijkgerichte onderzoek zal zich toespitsen op 3 onderzoekslijnen binnen dit thema en ik sluit af met de onderzoeksactiviteiten en plannen daartoe.

3.1 PREVENTIE EN VROEGSIGNALERING

Eén van de hoofdrollen van de wijkverpleegkundigen is de rol als gezondheidsbevorderaar (2). Door preventie en vroegsignalering wordt de zorglast zoveel mogelijk beperkt door het voorkomen van ziekte of door de gevolgen van een ziekte in te dammen. Afhankelijk van de doelgroep (gezonde bevolking, bevolking met verhoogd risico, individu met beginnende klachten, individu met een ziekte), zijn er verschillende vormen van preventie te onderscheiden: collectieve preventie (universeel en selectief) en individuele preventie (geïndiceerd en zorggerelateerd). Deze vormen worden door verschillende financiers bekostigd (overheid, zorgverzekeraar of gemeente), zie figuur 1 (46).



Figuur 1. Verschillende doelgroepen, vormen en bekostiging van preventie (46).

3.1.1 Preventie en wijkverpleging

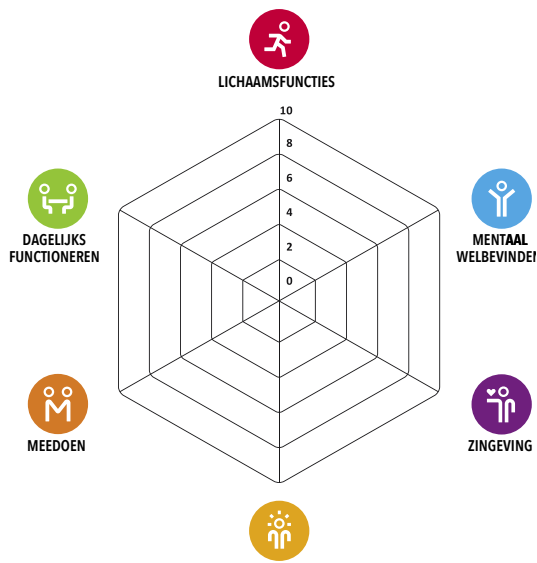
Er is nog steeds een beperkte hoeveelheid kennis en weinig bewijs met betrekking tot preventieve en gezondheid bevorderende interventies zoals deze worden uitgevoerd door wijkverpleegkundigen. Er wordt vermoedelijk al veel preventief werk verricht, vooral geïndiceerde en zorggerelateerde vormen van preventie, maar het effect daarvan is nauwelijks onderzocht (58). De onderwerpen die in de literatuur naar voren komen in het kader van primaire preventie zijn valpreventie en leefstijl, zoals stoppen met roken, alcoholgebruik en overgewicht. In het kader van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie gaat het om medicatiegebruik, ulcera, cardiovasculaire problemen en diabetes. Opvallend is dat in het onderzoek dat de laatste jaren is uitgevoerd, de rol van de praktijkverpleegkundige in gezondheidsbevordering prominenter naar voren komt dan de rol van de wijkverpleegkundige (59-62). Met name in het Verenigd Koninkrijk is de rol van de wijkverpleegkundige, die op onderdelen lijkt op de rol van de Nederlandse wijkverpleging, beter omschreven (63, 64).

3.1.2 Rol wijkverpleegkundige bij individuele preventie

Wijkverpleegkundigen werken in de een-op-een contacten met cliënten, op microniveau, vooral aan zorggerelateerde preventie gericht op het voorkomen van verergering van

ziekte en de gevolgen ervan. Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige de mogelijkheid om haar rol als gezondheidsbevorderaar te benutten, geïndiceerde preventie, bij mensen met beginnende klachten. Dit kan door risicosignalering, motivering tot gedragsverandering, het op tijd interveniëren met passende hulp of het versterken van het sociale netwerksysteem van de cliënt. Bij de versterking van het sociale netwerk is vaak een verwijzing naar welzijn noodzakelijk. Bij geïndiceerde preventie, is nauwe samenwerking met de huisarts of praktijkverpleegkundige, die cliënten met beginnende klachten eerder kunnen signaleren. Door het maken van concrete werkafspraken tussen huisartsenpraktijk en wijkverpleging over specifiek doelgroepen (kwetsbare ouderen, mensen met valrisico) kan deze vorm van preventie van de grond komen.

De wijkverpleegkundige zal idealiter samen met de cliënt zoeken naar mogelijkheden om het aanpassingsvermogen en de eigen regie op individueel niveau te bevorderen. De insteek hierbij is de brede benadering van Positieve Gezondheid, waarbij gezondheid wordt gedefinieerd als 'een positieve, dynamische conditie die breder is dan de afwezigheid van ziekte en klachten. Elementen als veerkracht, zingeving en zelfmanagement staan centraal (65). Daarom is Positieve Gezondheid een belangrijk uitgangspunt voor het preventieve werk van wijkverpleegkundigen (zie figuur 2).



Figuur 2: Zes gezondheidsdimensies van Mijn positieve gezondheid (66),

Op het gebied van de geïndiceerde preventie is nog veel winst te behalen. Er zijn voldoende instrumenten voorhanden voor geïndiceerde preventie (richtlijnen, standaarden en screeningstools). Maar wijkverpleegkundigen blijken deze instrumenten onvoldoende te kennen en weten niet waarvoor ze ingezet kunnen worden (67). Ook de complexiteit van de zorgvraag, waarbij psychische, somatische en sociale problemen zijn vervlochten, en waarbij mensen zorg mijden (68) maakt geïndiceerde preventie niet eenvoudig.

Vroegsignalering dient onderdeel uit te maken van het dagelijkse werk van verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk. In de toolbox indiceren (69) zijn bijvoorbeeld instrumenten opgenomen om tijdens de anamnese risico's van bijkomende gezondheidsproblemen vroegtijdig te signaleren, zoals op het gebied van ondervoeding, eenzaamheid, valpreventie, cognitieve problemen, veerkracht, et cetera. Ook is aandacht is nodig voor de implementatie van het gebruik van deze screeningstools (67).

Vroegsignalering door wijkverpleegkundigen vindt ook nog weinig plaats, omdat 'symptomen', zoals cognitieve problemen, nog niet zichtbaar of hinderlijk zijn. Voor vroegsignalering zijn wijkverpleegkundigen afhankelijk van signalen die andere professionals (met name huisarts, praktijkondersteuner, welzijnswerker) of wijkbewoners hen doorgeven. Intensieve samenwerking met hen om eerder beginnende klachten op te sporen, is dus gewenst. De samenwerking tussen verschillende professionals is in iedere wijk verschillend geregeld en vaak gebrekkig, waardoor het onduidelijk is welke professional, welke rol op welk moment pakt bij preventie (35).

3.1.3 Rol wijkverpleegkundige bij collectieve selectieve preventie

Wijkverpleegkundigen zouden zich ook bezig moeten houden met de selectieve vorm van collectieve preventie, die is gericht op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op fysieke of mentale gezondheidsproblemen. Gezondheidsproblemen worden vaak bepaald door factoren die strikt genomen niet tot de zorg behoren, denk aan opleidingsniveau, woonomstandigheid en sociale omgeving. Daarom is bij collectieve preventie een integrale aanpak nodig. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van professionals en wijkbewoners om te komen tot een integrale wijkaanpak in een specifieke wijk. Het succes van dergelijke wijkaanpak, of en hoe dit wordt vormgegeven, is afhankelijk van veel factoren (46). Via wijkanalyses en wijkprofielen, bijvoorbeeld gebaseerd op de data van de gezondheidsmonitor van de GGD, kunnen professionals zicht krijgen op gezondheidsproblemen en risicogroepen in de wijk (45, 70, 71). GGD-en hebben het gedachtegoed van Positieve Gezondheid geïntegreerd in hun werkwijzen en delen daarmee een gezamenlijke uitgangsvisie met de wijkverpleging.

Wijkverpleegkundigen hebben echter nog niet altijd genoeg oog voor de contextfactoren die in de wijk spelen en een grote rol hebben bij gezondheidsbevordering. Versterking van aandacht hiervoor is nodig, zodat wijkverpleegkundigen in nauwe samenwerking met huisartsen, welzijnswerk en GGD (gezondheidsmakelaars) preventiethema's prioriteren en preventieprogramma's gaan uitvoeren.

Bij wijkgerichte preventie is de ontoereikende financiering voor wijkverpleging het grootste knelpunt. Dit zorgt ervoor dat deze werkzaamheden nu niet structureel uitgevoerd worden. Bekostiging op basis van cliëntprofielen zou hiervoor een oplossing moeten bieden (14). Deze bekostigingsvorm is nog in de ontwikkelingsfase en er zijn twijfels of deze nieuwe bekostiging voldoende ruimte zal bieden voor wijkverpleging, onder andere omdat slechts 25% van de zorgvragers in de gezondheidsprofielen passen (72). Maar mogelijk spelen er ook andere belemmerende factoren, zoals dat wijkverpleegkundigen zich nog niet bekwaam genoeg voelen om preventieprogramma's te initiëren of te weinig leiderschap tonen in het netwerk van wijkbewoners en andere professionals.

De gemeente heeft een wettelijke taak om preventie in haar gezondheidsagenda op te nemen, waarbij instanties en organisaties een opdracht kunnen krijgen. Dit is een randvoorwaarde om ook daadwerkelijk aan de slag te gaan. Ook is hier samenwerking tussen de verschillende betrokken professionals een belangrijke effectbepalende conditie: onderlinge afstemming binnen het netwerk van alle relevante samenwerkingspartners is een eerste stap, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de 'Toolkit Preventie in de wijk' (71). Voor wijkverpleegkundigen is een belangrijke conditie dat ze tijd kunnen besteden aan de prioritering, afstemming en inbreng van expertise. Goede voorbeelden zijn weliswaar voorhanden, bijvoorbeeld van het netwerk Gezonde wijken (46), maar zijn niet breed verspreid. Weer is implementatie en opschaling, naast financiering, een probleem.

3.2 SPECIALE PREVENTIE-ISSUES

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Mensen die leven in slechte sociaaleconomische omstandigheden gaan gemiddeld 6 jaar eerder dood en zijn gemiddeld 15 jaar minder lang gezond (73, 74). Dat is al jaren bekend, en aan dit gegeven verandert helaas niet veel. De huidige coronapandemie

maakt deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen nog extra zichtbaar, want de coronamaatregelen treffen deze groepen met een lage sociaaleconomische status (SES) ook zwaarder. Chronische stress is een belangrijke factor bij mensen met lage SES. Chronische stress tast het immuunsysteem aan waardoor eerder ziekten ontstaan (75). Omdat wijkverpleegkundigen bij mensen thuis komen, kunnen zij beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid in de directe woonomgeving signaleren. Ook kunnen wijkverpleegkundigen in samenwerking met huisarts, welzijnswerkers, met expertise van de GGD, in een lerende omgeving experimenteren met hun rol in collectieve preventie, juist in de lage SES wijken. Daar is het behalen van gezondheidswinst het meest uitdagend. Het ontwikkelen van kennis en inzicht in de rol van de wijkverpleegkundige in deze setting heeft prioriteit. Geschikte thema's zijn: gezond eten, bewegen, ontmoeten/meedoen (76). Het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is ook een van de focusgebieden van de HAN voor de komende beleidsperiode (77). In het focusgebied 'Fair Health' wordt dat in het onderwijs en in praktijkgericht onderzoek uitgewerkt. Het Lectoraat Wijkverpleging zal hierin een actieve rol gaan spelen, door het invullen van het themaleiderschap 'Gezondheid bevorderende leefomgeving en leefstijl'.

Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag naar mens en maatschappij

Vaak worden medische problemen veroorzaakt door sociale problemen. Eenzaamheid is bijvoorbeeld een risicofactor voor hartproblemen, depressie en dementie waardoor mensen die eenzaam zijn eerder overlijden dan niet-eenzame burgers (78). Mensen melden zich vaak niet met een sociaal probleem, maar komen met een medisch of zorgprobleem bij de huisarts. De link naar welzijn wordt daardoor niet altijd optimaal gemaakt. Het samenbrengen van diverse welzijnsexpertises in sociale wijkteams zou hiervoor een oplossing bieden, maar deze teams hebben vaak lange wachtlijsten en de verbinding met de andere eerstelijns professionals wordt onvoldoende gemaakt (79). Zowel huisarts, wijkverpleging als welzijnswerk maken nu plannen, die niet onderling zijn afgestemd. Daardoor is de geboden zorg en ondersteuning niet altijd effectief en efficiënt, waarbij men te veel langs elkaar heen werkt (35, 80). Door vroegtijdige inzet van welzijn, kan eerder ingezet worden op het versterken van het sociaal netwerk in de wijk en de welzijnsvoorzieningen beter worden benut. Er zijn voorbeelden voorhanden, zoals 'Welzijn op recept', waarbij de verbinding tussen huisarts en welzijn wordt gemaakt, waaruit al de nodige lessen te trekken zijn (81, 82).

Palliatieve zorg / proactieve zorgplanning

Palliatieve zorg is een zorggebied waar vele disciplines actief zijn. De inhoudelijke ontwikkeling wordt via regionale netwerken in gezamenlijkheid vormgegeven. Organisaties voor wijkverpleging nemen daar actief deel aan. Het consortium Palliatieve Zorg Zuid-Oost (PalZO) is het overkoepelende netwerk in de regio waar de HAN haar meeste partners heeft. Daaronder vallen enkele sub-regionale netwerken, zoals het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Gelderland (NPZZG). In opdracht van het Lectoraat Wijkverpleging en NPZZG onderzochten studenten in het najaar 2021 de competenties van wijkverpleegkundigen met betrekking tot palliatieve zorg. Hieruit bleek dat wijkverpleegkundigen zich over het algemeen deskundig voelen, maar kennis missen over de eerste fase van het palliatief proces. Ook vinden wijkverpleegkundige de beschikbaarheid van advies van palliatief consulenten of verpleegkundig specialisten in het ziekenhuis helpend, maar dit was niet voor iedere wijkverpleegkundige beschikbaar. Het verbeteren van de inrichting van goede samenwerking tussen wijkverpleging, gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten is dus belangrijk, alsook voldoende kennis over de eerste fase van het palliatief proces.

Ook is er in de palliatieve zorg een verschuiving gaande naar het steeds eerder opsporen van wensen en behoeften, om daarmee ongewenst ingrijpen en behandeling voor te zijn. In de programmeringsagenda wijkverpleging wordt gesteld dat het toepassen van Proactieve zorgplanning (de Engelse term is Advance Care Planning) bij iedere kwetsbare cliënt dient te gebeuren. Proactieve zorgplanning wordt gedefinieerd als "... een proces dat individuen met beslissingsbevoegdheid in staat stelt hun waarden te identificeren, na te denken over de betekenissen en gevolgen van ernstige ziektescenario's, doelen/wensen/voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg te definiëren, en deze te bespreken met familie en zorgverleners" (83). Geconstateerd wordt dat het gesprek over proactieve zorgplanning niet altijd op tijd wordt aangegaan en dat goede afstemming met de huisarts ontbreekt (67). Hoewel er voldoende handleidingen beschikbaar zijn over hoe en wanneer je het gesprek voert, schort het nog aan de implementatie hiervan in combinatie met de noodzakelijke interprofessionele samenwerking (84).

3.3 ONDERZOEKSLIJNEN OP HET GEBIED VAN PREVENTIE

Bovenstaande stand van zaken heeft geleid tot de volgende onderzoekslijnen in het Lectoraat Wijkverpleging:

- A. Professionalisering van wijkverpleegkundigen op het gebied van individuele preventie: bredere rol/ taakuitoefening in signalering, signalen bespreekbaar maken met cliënt en interprofessioneel.
- B. Rolverheldering / kennisontwikkeling wijkverpleegkundige bij collectieve preventie en in samenwerking met andere disciplines meedoen aan / participeren in wijkgerichte preventie.
- C. Kennisontwikkeling en verspreiding van interventies die sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen.

3.4 ONDERZOEKSPROJECTEN EN ACTIVITEITEN

Het Lectoraat Wijkverpleging is al betrokken bij diverse onderzoeksprojecten en activiteiten en heeft inmiddels een aantal projectsubsidies uitgezet. Deze projecten worden in samenwerking met HAN-partners, diverse lectoraten van de Academie Gezondheid en Vitaliteit (AGV) en Academie Paramedische Studies (APS) én regionale partners en netwerken vormgegeven, zoals met ZZG zorggroep, NEO huisartsengroep, Sterker Sociaal, Radboudumc, Netwerk100 en NPZZG. Ook zal het Lectoraat Wijkverpleging actief de samenwerking opzoeken met landelijke partners zoals V&VN, Pharos en Vilans.

In deze projecten willen we door praktijkgericht onderzoek met inzet van HAN-studenten kennis ontwikkelen. Om een voorbeeld te geven hoe dat verloopt en waar dat toe leidt beschrijf ik hieronder een voorbeeld over de rol van wijkverpleging bij Proactieve zorgplanning binnen een interprofessionele setting (Onderzoekslijn A).

Voorbeeld: Proactieve zorgplanning in regio Zuid-Gelderland

De achtergrond van dit project is dat kwetsbare ouderen thuis recht hebben op passende zorg. Proactieve zorgplanning is van groot belang om persoonlijke doelen en voorkeuren van oudere te bespreken met betrokken zorgverleners. Bij voorkeur vindt proactieve zorgplanning plaats in een stabiele/ rustige fase en is erop gericht onnodige opnames in het ziekenhuis te voorkomen. Proactieve zorgplanning wordt vaak niet of niet tijdig uitgevoerd, maar juist ten tijde van crisis of in een acute fase. In dit project, van NEO huisartsenzorg en ZZG zorggroep, wordt een 'best practice' model ontwikkeld voor proactieve zorgplanning dat geschikt is voor een grootschaliger implementatietraject in regio Zuid-Gelderland. De gezamenlijke zorgverzekeraars subsidiëren het project, waarbij huisarts, praktijkondersteuner ouderenzorg en wijkverpleegkundige samenwerken en afstemmen, volgens een gestructureerde methode voor proactieve zorgplanning. Het Lectoraat Wijkverpleging organiseert het praktijkonderzoek.

Er zijn 6 pilot-omgevingen ingericht, die bestaan uit een team van huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundigen, ook in enkele lage SES wijken. De teams maken werkafspraken over welke gesprekshandleiding gebruikt wordt en wie welk onderwerp bespreekt. De teams krijgen training en begeleiding en maken een verbeterplan. Elk half jaar verzamelen studenten van de HBOV data, bijvoorbeeld over belemmerende en bevorderende factoren voor professionals en over de ervaringen van ouderen. De studenten koppelen de resultaten en aanbevelingen terug naar de projectgroep en naar de pilot praktijken, zodat dit waar nodig leidt tot aanpassingen in de projectaanpak. De eerste meting liet bijvoorbeeld zien dat wijkverpleegkundigen meer moeite hebben met het voeren van deze gesprekken dan huisartsen. Dat kan aanleiding zijn om wijkverpleegkundigen extra training te bieden.

De werkwijze en kennis die in dit project worden opgedaan wordt gedeeld in de kenniskringbijeenkomsten van het Lectoraat Wijkverpleging. Op deze manier proberen we de kennisbehoefte in kaart te brengen, de gebruikte terminologie van onderwijs en praktijk beter op elkaar af te stemmen en nieuwe onderzoeksvragen op te halen.

In onderzoekslijn A, individuele preventie, hebben we al enkele onderzoeksprojecten lopen. Naast het genoemde voorbeeld 'Proactieve zorgplanning', zijn we betrokken bij projecten over 'Verschuiving van zorg naar welzijn' en 'Preventie ondervoeding/weinig bewegen'. In onderzoekslijn B, collectieve preventie, start in het voorjaar 2022 een project over rol van wijkverpleging bij wijkpreventieplannen. In onderzoekslijn C, gezondheidsverschillen, is het Lectoraat betrokken bij een project in Dukenburg over zorgmijding en signalering dementie bij migranten.

De verwachting is dat ook door de nauwe link met het programma Fair Health we de nodige projecten op de onderzoekslijnen B en C kunnen opstarten in de komende jaren. Voor het volledige overzicht van de huidige projecten en projectaanvragen op de diverse onderzoekslijnen, zie bijlage 1.



4. PROFESSIONALISERING WIJKVERPLEGING

Hoe bedden we de nieuwe kennis goed in binnen de beroepspraktijk en het onderwijs, zodat dit ten goede komt aan betere en effectievere wijkverpleegkundige zorg en professionele wijkverpleging? Op het onderwijs kom ik in het volgende hoofdstuk terug. In dit hoofdstuk gaat het over hoe we kunnen bouwen aan een infrastructuur waar de driehoek: onderzoek-onderwijs-praktijk vorm krijgt en de 2 onderzoekslijnen die hiermee samenhangen. Het lectoraat maakt hierbij gebruik van een landelijke ontwikkeling, namelijk academische werkplaatsvorming en van onderzoek dat al is uitgevoerd om professionalisering in relatie tot klinisch leiderschap van wijkverpleegkundigen te stimuleren.

4.1 DE DRIEHOEK ONDERZOEK-ONDERWIJS-PRAKTIJK

HAN-beleid

In de HAN strategie staat de komende jaren het bouwen van duurzame samenwerkingsverbanden tussen HAN en het praktijkveld centraal, om zo onderlinge kruisbestuiving tussen kennis, onderzoek en praktijk te laten ontstaan (77). Er is de laatste jaren door de HAN actief ingezet op de ontwikkeling van labs en leerwerkplaatsen, waar de driehoek tussen onderzoek, onderwijs, praktijk wordt vormgegeven. Dat smaakt naar meer. Ook de Academie Gezondheid en Vitaliteit (AGV), waar het Lectoraat Wijkverpleging is gepositioneerd, stelt deze ontwikkeling centraal. De samenwerking in de driehoek moet leiden tot meer innovaties en meer versnelling in de implementatie van innovaties, die nodig zijn voor de toekomstige zorg. De duurzame samenwerking

met zorgorganisaties wordt vormgegeven via campusontwikkeling. Een campus is een krachtige leeromgeving op fysieke locaties in de zorgorganisaties met werkplekken, les- en onderzoeksfaciliteiten, waarin studenten, professionals en onderzoekers samen leren, innoveren en praktijk-onderzoek uitvoeren. Zorginnovatie en praktijkonderzoek zijn daarmee een integraal onderdeel van de dagelijkse zorgpraktijk (94).

Landelijk beleid

Landelijk pleit de V&VN, het wetenschappelijke college/wetenschappelijke tafel wijkverpleging (WTW), voor de inrichting van 'academische werkplaatsen wijkverpleging' door heel Nederland. Een academische werkplaats wijkverpleging is een kennisinfrastructuur waarbinnen praktijk, onderzoek en onderwijs samenwerken aan duurzame oplossingen voor huidige en toekomstige vraagstukken in de wijkverpleging. Het doel is om bewezen effectieve interventies te ontwikkelen en te implementeren in de dagelijkse zorg en om nieuwe kennis te integreren in het onderwijs. Deze werkplaatsen moeten de vakinhoudelijk ontwikkeling een stevige boost geven. In de regio Nijmegen is er interesse om een dergelijke werkplaats vorm te geven. Naast de HAN, hebben diverse regionale partners al een track-record opgebouwd op het gebied van (praktijkgericht) onderzoek in de wijkverpleging en ouderenzorg, namelijk Radboudumc, afdeling IQ healthcare en Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) (85). Met deze partners vindt een verkenning plaats over de mogelijkheden en interesse bij zorgorganisaties om gezamenlijk een academische werkplaats in te richten.

4.2 EVIDENCE BASED PRACTICE

Verpleegkundigen zijn in het algemeen ervan overtuigd dat *Evidence Based Practice (EBP)* een cruciale rol speelt in het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntuitkomsten. Toch bestaat er grote twijfel of verpleegkundigen wel voldoende 'klaar' zijn voor EBP (51, 86). Verpleegkundigen staan bekend om hun lage participatiegraad in studies (87) en in het algemeen ervaren verpleegkundigen hun eigen kennis en vaardigheid in EBP als onvoldoende, ondanks hun positieve houding ten opzichte van EBP. Studies naar de rol van verpleegkundigen bij de implementatie van EBP in de dagelijkse praktijk zijn schaars en wijzen erop dat er veel hindernissen zijn, zoals tijdgebrek, te weinig steun van collega-verpleegkundigen en managers (88).

4.3 VERPLEEGKUNDIG LEIDERSCHAPSPROGRAMMA'S IN DE WIJKVERPLEGING

Om deze hindernissen te slechten is verpleegkundig leiderschap nodig: verpleegkundigen die een duidelijke visie hebben, die weten hoe ze een veranderproces kunnen leiden en die collega's kunnen enthousiasmeren voor kwaliteitsverbetering. Uit onderzoek blijkt dat verbetering van kwaliteit van zorg hand in hand gaat met verpleegkundig leiderschap (49). Er zijn diverse verpleegkundig leiderschapsprogramma's specifiek voor de wijkverpleging ontwikkeld die een bijdrage leveren aan implementatie van EBP in de praktijk om daarmee kwaliteit van zorg te verbeteren.

Als eerste startte de V&VN in 2013 met het opleiden van wijkverpleegkundigen tot 'ambassadeurs'. Alhoewel het doel van dit programma was om wijkverpleegkundigen de instrumenten geven om met verzekeraars, gemeentes, collega-zorgprofessionals, effectief te overleggen en onderhandelen, bleek na evaluatie dat er ook effect was waar te nemen op betere kwaliteit van de zorg (89). Diverse andere verpleegkundig leiderschapsprogramma's volgden, waarbij talentvolle wijkverpleegkundigen gecoacht en getraind werden in het versterken van de leiderschapsrol in combinatie met het leren implementeren van evidence based kennis, (onderdelen van) richtlijnen en standaarden. Een programma wat specifiek gericht is op het stimuleren van zelfredzaamheid van ouderen is het *Nurses in the Lead programme (NitL)*. Dit programma biedt een systematische aanpak aan gebaseerd op het *Implementation of Change Model*. NitL bevat groepstraining aan wijkverpleegkundigen om hun teamleden in staat te stellen de praktijk te veranderen, met aandacht voor motiverende gespreksvoering bij het omgaan met weerstand tegen verandering, en het coachen van teams (90). Het DementieNet leiderschapsprogramma is gericht op het versterken van de leiderschapsrol van wijkverpleegkundigen in eerstelijns zorgnetwerken. In dit programma ontvangen de deelnemers persoonlijke coaching, leren ze om te werken met de PDCA cyclus, als verandermethode en oefenen ze in groepstrainingen met diverse leiderschapscompetenties (52). Daarnaast lopen er onderzoeken waarbij werkzame methodieken voor een EBP interprofessionele leer- en werkcultuur wordt ontwikkeld (91, 92).

Evaluaties van deze leiderschapsprogramma's laten positieve resultaten zien. Echter, de programma's zijn allemaal ontwikkeld en uitgevoerd met subsidies. Het risico daarvan is dat de borging van de uitvoering van de ondersteuning die geboden wordt via deze programma's er niet is. De uitdaging is om de werkzame onderdelen van deze

leiderschapsprogramma's te gebruiken om te komen tot een eenvoudig en compact programma, dat door de aanbieders van wijkverpleging zelf kan worden uitgevoerd. De programma's moeten aantrekkelijk zijn, eenvoudig toepasbaar, praktisch en direct in verband staan met het verbeteren van zorg aan cliënten. Dat staat ons nog te doen: het destilleren van werkzame elementen uit bestaande programma's en train-de-trainer-programma's maken, waarbij wijkverpleegkundigen, zelf collega's kunnen coachen en trainen. Nog mooier is het om digitaal beschikbare methodieken in te zetten zoals games en andere innovatieve methodes zodat wijkverpleegkundigen frequent aandacht geven aan hun leiderschapsgedrag.

4.4 ONDERZOEKSLIJNEN OP HET GEBIED VAN PROFESSIONALISERING

Vanuit bovenstaande analyse over professionalisering van de wijkverpleging kom ik tot de volgende onderzoekslijnen:

- A. Onderzoek naar een adequate inrichting en het effect van een duurzame infrastructuur voor praktijkgericht onderzoek: verbeterde samenwerking onderzoek/ onderwijs/praktijk (academische werkplaatsvorming) op de professionalisering van de wijkverpleging.
- B. Onderzoek naar en ontwikkeling van methodieken: hoe kunnen teams wijkverpleging eenvoudig en praktisch aan de slag met (de)implementatie van EBP/ best practice kennis?

4.5 ONDERZOEKSPROJECTEN EN ACTIVITEITEN

Het Lectoraat Wijkverpleging heeft al verschillende acties uitgezet om op deze onderzoekslijnen resultaten te boeken. In de onderzoekslijn A 'infrastructuur voor praktijkgericht onderzoek', wordt er projectmatig gewerkt aan de opbouw van de samenwerking met verschillende organisaties die wijkverpleging bieden in de regio rondom de HAN. Er blijkt inmiddels bij 4 organisaties zeker belangstelling om de driehoek duurzaam vorm te geven. Hieronder wordt dit project toegelicht.

In onderzoekslijn B werkt het lectoraat mee met twee projecten (SPARK en RENEW) van

Radboud IQ Healthcare, waarin kenniskringleden promotieonderzoek doen. Zie bijlage 2.

Voorbeeld: Project Academische werkplaats wijkverpleging

In samenwerking met UKON en Radboud IQ Healthcare wil de HAN (naast het Lectoraat Wijkverpleging, ook bij met de lectoraten Innovatie in de Care, en Organisatie van Zorg en Dienstverlening) samen een Academische Werkplaats Wijkverpleging ontwikkelen, met een aantal vaste partnerorganisaties die wijkverpleging bieden. Het Lectoraat Wijkverpleging is de initiatiefnemer bij de inrichting van de Academische Werkplaats Wijkverpleging Nijmegen.

De verwachting is dat de werkplaats bijdraagt aan professionalisering van wijkverpleging met als resultaat:

- Implementatie van richtlijnen én het schrappen van niet-gepaste zorg, waardoor verbetering van kwaliteit van zorg;
- Voorkomen van duurdere zorg door wijkverpleging beter toe te rusten voor de uitvoering van zorg in complexe zorgsituaties;
- Behoud van personeel, door het bieden van ontwikkelmogelijkheden voor de wijkverpleging (boeien en binden).

Belangrijk is om bij de inrichting uit te gaan van maatwerk. Dus wat past in welke fase bij de verschillende organisaties die mee willen doen. Thema's die aan de orde kunnen komen in de werkplaats zijn bijvoorbeeld:

- Inrichten van stages, hoe kan onderwijs hierin beter ondersteunen,
- Meedoen aan praktijkgericht onderzoek: welke onderzoekslijnen en -vragen zijn er. Hoe kan resultaat van onderzoek beter benut worden, zodat steeds verder kennis opgebouwd wordt op deze resultaten,
- Leiderschap: hoe kunnen wijkverpleegkundigen beter toegerust worden om in hun teams (nieuwe) kennis en vaardigheden te implementeren.

Samen met de academische werkplaatsen van Amsterdam, Maastricht en Utrecht streven we naar landelijk dekking en zoeken we naar extra financieringsmogelijkheden. Het onderzoek zal gericht zijn op het effect van de werkplaatsvorming op de hierboven genoemde resultaten.





5. AANSLUITING VAN ONDERWIJS OP BEHOEFTE PRAKTIJK

Door de in hoofdstuk 3 geschetste ontwikkelingen in de gezondheidszorg is voldoende en goed opgeleid personeel in de wijkverpleging dringend noodzakelijk. De HAN wil studenten opleiden tot wendbare en reflectieve professionals. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de HBOV inspeelt op de steeds veranderende behoefte van het werkveld? En kunnen we meer HBOV-studenten laten instromen naar de wijkverpleging? Ik beschrijf eerst enkele aanknopingspunten voor werving en behoud van wijkverpleegkundigen. Wat maakt wijkverpleging aantrekkelijk, en hoe kan de beeldvorming in het onderwijs aansluiten bij een realistisch beeld van de wijkverpleging? Daarna ga ik in op hoe de HBOV-opleiding de huidige wijkverpleegkundigen opleidt en waar we als Lectoraat Wijkverpleging verbetermogelijkheden zien.

5.1 BEELDVORMING OVER WIJKVERPLEGING

Uit onderzoek naar wat het werk in de wijkverpleging aantrekkelijk maakt komt naar voren dat zij a) een spil in de zorg zijn; b) autonomie in de besluitvorming over de zorg hebben; c) vrijheid in werkplanning ervaren; d) veel afwisseling in cliëntsituaties en activiteiten hebben (93). Om personeel in de wijkverpleging te werven en te behouden, moeten deze aantrekkelijke aspecten worden benadrukt in de opleiding. Deze aspecten komen echter niet overeen met de huidige beeldvorming bij HBOV-studenten. Van

Iersel onderzocht recent de beeldvorming bij HBOV-studenten over de wijkverpleging en daaruit kwam naar voren dat het beeld vooral gevormd wordt door: gebrekkige samenwerking, laag complexe zorg vooral aan ouderen, veel verantwoordelijkheid en weinig ontwikkelmogelijkheid (56). In een recent focusgroep interview door Anne Harderwijk en Jacqueline Theunissen, leden van de kenniskring van het Lectoraat Wijkverpleging, met zes 2e en 3e jaars HBOV studenten van de HAN kwam hetzelfde beeld naar voren aangevuld met: in de wijkverpleging is er weinig afwisseling, zijn de werktijden ongunstig (gebroken diensten) en is er minutenzorg. Dit is in contrast met hoe de huidige beroepspraktijk van wijkverpleegkundigen er daadwerkelijk uitziet.

Deze beeldvorming is een belangrijke reden voor studenten om niet voor de wijk te kiezen. Het beeld blijkt echter lastig te beïnvloeden via aanpassingen in het HBOV-basiscurriculum zoals het inbouwen van nieuwe thema's die met de wijkverpleging te maken hebben, stageplaatsen in de wijk en een positieve beïnvloeding door de docent in de lessen (56). Studenten vinden wijkverpleging wel belangrijk, maar de wijk scoort laag op persoonlijke aantrekkingskracht: de wijk is oninteressant, onaantrekkelijk en niet spannend, zeker in relatie tot hun perceptie van acute zorg. Van Iersel concludeert dat binnen het onderwijs een meer persoonlijke benadering van de student kan helpen, waarbij ingespeeld wordt op emotie om interesse op te wekken. Ook liggen er kansen om studenten naar de wijk te trekken door betere begeleiding in stage- en inwerkperiode. De helft van de studenten blijft na de opleiding als beginnende verpleegkundige bij de zorgorganisatie waar het laatst stage werd gelopen. Begeleiding en coaching door een mentor tijdens stage- en inwerkperiode kan helpen bij het goed integreren in de organisatie voor wijkverpleging (94).

Tot de conclusie 'het beter coachen van verpleegkundigen bij de eerste baan' komen ook Damen & Jacobs (2021) in hun onderzoek naar vertrekredenen van jonge HBOV-ers. Als het al lukt om meer studenten voor de wijk te laten kiezen, is het tegengaan van een snel vertrek belangrijk. 11 % van jonge recent afgestudeerde HBOV-ers vertrekt namelijk snel uit de zorgsector. Bij ongeveer een derde van deze verpleegkundigen is de ervaring met de inwerkperiode slecht. Zij krijgen te snel te veel verantwoordelijkheden en te weinig tijd om zich goed in te werken of worden juist te weinig uitgedaagd. Sommigen ervaren een te hoge werkdruk en krijgen onvoldoende ondersteuning van collega's. Belangrijke vertrekredenen zijn onregelmatige of ongunstige werktijden, te weinig uitdaging en doorgroeimogelijkheden, te lage beloning van- en waardering voor het werk (95).

Het inrichten van een kennisinfrastructuur in organisaties voor wijkverpleging zal daarom zo belangrijk zijn. Via deze werkplaatsvorming worden er immers doorgroeimogelijkheden voor wijkverpleegkundigen gecreëerd, bijvoorbeeld via linking-pin functies tussen praktijk, onderwijs en praktijkgericht onderzoek.

5.2 WIJKVERPLEGING BINNEN HET BASISCURRICULUM HBOV

Maar hoe zit het dan binnen de HAN met het opleiden van HBOV-studenten? En hoeveel aandacht is er binnen het basiscurriculum voor de wijkverpleging? De samenhang tussen beroepsontwikkeling en opleidingsprofielen heeft landelijk de aandacht. In het traject Bachelor Nursing 2020 is het CanMEDS framework geïntroduceerd (96) als basis voor generalistisch opgeleide verpleegkundigen. De opleiding voor wijkverpleegkundige is dus niet eigenstandig, maar zit integraal verweven in het basiscurriculum HBOV. Bepaalde vaardigheden die specifiek die nodig zijn voor wijkverpleegkundigen worden bij de HAN in de Minor 'Werken in de wijk, samen durven en doen' aangeboden. Binnen de nog in te richten samenwerking in de driehoek 'onderzoek-onderwijs-praktijk' dient de afstemming tussen opleiding en praktijk steeds aan de orde te komen en bij fricties in landelijke gremia te worden besproken.

Basiccurriculum HBOV HAN

De HBOV leidt op volgens de 7 CanMEDS rollen. De complexiteit van de zorg voor de cliënt thuis bepaalt het basisniveau van de HBOV opleiding. De opleiding sluit aan bij de vraag om wendbare professionals, professionals die een breed scala aan kennis en vaardigheden bezitten. De focus ligt op het ondersteunen en versterken van de vaardigheden van de cliënt om zich aan te passen en adequaat om te gaan met de gezondheidsuitdagingen. De focus op patiëntproblemen betekent dat er in de opleiding veel aandacht is voor verpleegkundig redeneren, verpleegkundige diagnostiek, het verpleegkundig proces, indiceren en het aanbieden van EBP-interventies; onderdelen die juist voor de wijkverpleegkundige cruciaal zijn. De verpleegkundige leert bovendien een onderzoekende houding aan; kennis uit onderzoek van anderen toepassen en zelf praktijkgericht onderzoek doen; waarbij kennis ontwikkeld wordt die voor de praktijk relevant is (97). Specialistische kennis kan binnen diverse minors worden opgedaan en anders na de opleiding b.v. in post-initiële scholing.

De HBOV opleiding dient actuele ontwikkelingen op het gebied van onderwijs voor wijkverpleging te monitoren, te beoordelen op relevantie en indien relevant te implementeren. Het Lectoraat Wijkverpleging heeft een signalerende rol om

dit aan te kaarten bij Curriculumcommissies. Als voorbeeld: in het kader van het landelijke programma Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg (O²PZ) is een onderwijsraamwerk (gewenst onderwijsaanbod) opgesteld over palliatieve zorg voor medici, verpleegkundigen en andere zorgverleners, dat zeker relevant is voor aankomend wijkverpleegkundigen (98).

Minor 'Werken in de wijk, samen durven en doen'

De specialistische kennis over de wijk is ingebed in de Minor 'Werken in de wijk, samen durven en doen'. Deze minor, geaccrediteerd door de V&VN, heeft als doel om HBOV-studenten in het 3e jaar extra baggage mee te geven over het werken als wijkverpleegkundige. Thema's als collectieve preventie (wijkprofiel), interprofessionele samenwerking, financieringsstromen en specifieke problemen: eenzaamheid, psychiatrische problematiek, armoede en laaggeletterdheid worden besproken. Een casus is het vertrekpunt en studenten worden aan verschillende wijken/dorpen gekoppeld. De minor trekt tot nu toe weinig studenten en vergt dus aanpassing. De oorzaak van de geringe aantrekkingskracht is nog niet helder. We weten al wel dat studenten complexe medische problematiek interessant vinden. Dat zal zeker een plek gaan krijgen in het aangepaste programma, ook in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg. Het onderzoek naar de oorzaken naar de minimale interesse voor deze minor is inmiddels opgestart en zal in 2022 worden vervolgd met inzet van studenten.

Post-hbo onderwijs

Er zijn diverse Post-hbo cursussen, die aantrekkelijk zijn voor wijkverpleegkundigen. De Post-hbo cursus 'Technische Thuiszorgverpleegkundige' trekt veel cursisten. Ook zijn er cursussen over casemanagement, palliatieve zorg en ouderenzorg. Er is een cursus 'Succesvol samenwerken in Wijknetwerken' in ontwikkeling, die ook aan de doelgroep wijkverpleegkundigen wordt aangeboden. Deze cursus is bedoeld om te leren hoe de wijkverpleegkundige met verschillende disciplines samen problemen van complexe cliëntgroepen in de wijk kan tackelen. In de cursus zijn modules opgenomen die voor wijkverpleegkundigen aansprekend zijn zoals interprofessionele samenwerken, collectieve preventie en positieve gezondheid. Deze Post-hbo cursus trekt nog weinig cursisten aan. Mogelijk dat wijkverpleegkundigen eerder voor inhoudelijke onderwerpen kiezen, dan voor procesvaardigheden en samenwerkingsvaardigheden.

Samenvattend, de aansluiting van HBOV onderwijs op het werkveld behoeft verbetering op verschillende aspecten:

- Beeldvorming: een realistisch beeld bieden tijdens de opleiding over wat het werken in de wijk behelst.
- Stagebegeleiding: studenten goed voorbereiden voor de praktijk, zodat de stage goed aansluit bij inwerkperiode.
- In voldoende mate het aanleren van kennis en vaardigheden die meer specifiek zijn voor de wijk.
- Actief gebruik maken van de kennis en ervaring van docenten met een wijkverpleegkundige / eerstelijns achtergrond en ook in het aannamebeleid letten van docenten met deze achtergrond.
- Meer rolmodel-wijkverpleegkundigen inzetten binnen het HBOV-onderwijs en bij wervingsactiviteiten, zoals de wijkverpleegkundigen die het Ambassadeurprogramma volgden.

5.3 ONDERZOEKSLIJNEN OP HET GEBIED VAN DE AANSLUITING ONDERWIJS OP WERKVELD

Samenvattend destilleer ik hieruit de volgende onderzoekslijnen:

- A. Hoe kunnen we zorgen voor optimale aansluiting voor studenten tussen onderwijs en de praktijk?
- B. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat meer HBOV studenten naar de wijkverpleging uitstromen?

5.4 ONDERZOEKSPROJECTEN EN ACTIVITEITEN

Het Lectoraat Wijkverpleging heeft in 2021 al de nodige activiteiten in gang gezet. In onderzoekslijn A. gaat het om onderzoek dat is uitgezet naar beeldvorming van de wijkverpleging bij 1e en 2e jaars HBOV studenten, uitgevoerd door 3e of 4e jaars HBOV studenten.

Naast onderzoek zijn er ook concrete acties uitgevoerd, gericht op:

- meer aandacht voor de wijkverpleging binnen de HBOV-opleiding. Dat heeft al geleid tot aanpassingen in het programma van de minor Neurorevalidatie. Met andere minoren is het gesprek gestart over hoe de wijkverpleging daar beter in

beeld kan komen. Het programma van de minor 'Werken in de wijk, samen durven en doen' is aangepast, inclusief de communicatie over deze minor. We gaan ervan uit dat in 2022 deze minor genoeg studenten gaat trekken om daadwerkelijk te kunnen starten.

- Uitwisseling van kennis tussen wijkverpleegkundigen en docenten. We organiseren daarvoor interprofessionele bijeenkomsten, waarbij ook professionals en docenten uit het sociaal domein en het paramedische veld aansluiten. Deze bijeenkomsten maken deel uit van het interprofessionele leerlandschap (zie bijlage 3). Daarnaast organiseren we de Kenniskring-buitenring.

Voorbeeld: Kenniskring buitenring

De kenniskring-buitenring is opgericht om het gesprek tussen onderzoek, onderwijs en praktijk te stimuleren. Dat betekent in gezamenlijkheid: praktijkgerichte onderzoeksvragen ophalen uit de praktijk; onderzoeksideeën toetsen op relevantie en haalbaarheid; kennis en praktijk ervaringen delen, (recente) richtlijnen en standaarden en de implementatievraagstukken daarvan bespreken, en advies van ouderen (potentiële cliënten) gebruiken voor beter en meer relevant onderzoek. Het overall doel is om werkende weg een evidence based en practice based werkklimaat te stimuleren. De buitenring bestaat uit:

- 23 wijkverpleegkundigen van Sensire, Pantein, ZZG zorggroep, TvN Zorgt, Attent Zorg en behandeling, STMG en Buurtzorg
- 20 docenten van de HBOV en VDO, die affiniteit hebben met de wijkverpleging
- 3 oudere burgers als potentiële cliënten van wijkverpleging

We komen elke 6 weken bij elkaar en hebben al inspirerende uitwisseling gehad over o.a. Positieve Gezondheid, Richtlijn eenzaamheid, Proactieve zorgplanning. De bijeenkomsten worden om de drie maanden gecombineerd met kennisuitwisseling van het Interprofessioneel leerlandschap.

De volgende onderwerpen moeten nog uitgewerkt worden in concrete plannen. Het Lectoraat Wijkverpleging:

- Zorgt ervoor dat er ieder semester voldoende praktijkgerichte onderzoeksopdrachten vanuit de organisaties van wijkverpleging zijn, die aansluiten bij de te ontwikkelen gezamenlijke onderzoekslijnen.
- Werkt eraan dat HBOV-studenten tijdens stages intensieve begeleiding krijgen door wijkverpleegkundigen én de linking-pin docent van de HAN binnen de zorgorganisatie.
- Werkt aan docentprofessionalisering: docenten hebben kennis over wijkverpleging en de complexe cliëntproblematiek.
- Sluit aan bij en stimuleert implementatie van landelijke programma's die relevant zijn voor de wijkverpleging, zoals het O2PZ programma voor palliatieve zorg.
- Stimuleert dat wijkverpleegkundigen regelmatig in het onderwijs ingezet worden om een reëel beeld van de wijk te schetsen.
- Stimuleert duale varianten, zodat er tijdens de opleiding steeds meer binding ontstaat met de zorgorganisatie en zij-instroom varianten voor de wijk voor carrièreswitchers.

Zie bijlage 3 voor het volledige overzicht van de projecten en activiteiten.





6. TOEKOMSTBEELD WIJKVERPLEGING

We gaan ambitieus aan de slag. In dit laatste hoofdstuk neem ik u mee naar de toekomst, naar een beeld waar de activiteiten van het lectoraat hopelijk een bijdrage aan zal leveren. En ik stel u voor aan de mensen met wie ik deze uitdaging aanga: de kenniskring van het Lectoraat Wijkverpleging. Met dit team gaan we de komende jaren enthousiast aan de slag met de opgaven, op zoek naar duurzame oplossingen, nieuwe kennis in nauwe aansluiting met het werkveld.

6.1 DE JAREN TWINTIG EN DERTIG

Back to the future: we kijken vooruit. Het Lectoraat Wijkverpleging is inmiddels een aantal jaren aan de slag. De uitvoering van praktijkgericht onderzoek en kennisuitwisseling binnen de onderzoekslijnen is met de samenwerkingspartners goed op gang gekomen. Wat zien we?

Preventie

Wijkverpleegkundigen rijden op de elektrische fiets rond in de wijk, lekker duurzaam. Ze zijn zichtbaar en aanspreekbaar voor wijkbewoners en andere zorg- en welzijnsprofessionals in de wijk. Wijkverpleegkundigen werken vanuit een interprofessioneel kernteam in de wijk: samen met de huisartsenpraktijk en welzijnspartners. Met deze partners hebben ze de kwetsbare wijkbewoners in beeld en bespreken ze maandelijks online de meest kwetsbare, complexe casuïstiek.

Wijkverpleegkundigen geven advies over gezond gedrag: hoe blijf je zo gezond mogelijk en hoe blijf je zelfredzaam. Ze hebben verbinding met initiatieven van wijkbewoners, die

zich inzetten voor de kwetsbare groepen in de wijk. Ze hebben de ruimte om samen met het interprofessionele kernteam aan betere gezondheid en welzijn van de wijkbewoners te werken.

Wijkverpleegkundigen werken efficiënt: zij maken volop gebruik van technologie en van expertise die er beschikbaar is bij anderen: verzorgenden, verpleegkundige specialist, welzijnsprofessionals en (para)medische disciplines.

Professionalisering

Wijkverpleegkundigen zijn allemaal lid van de afdeling wijkverpleegkundigen van de V&VN. Van daaruit krijgen ze evidence based dan wel practice based kennis aangeboden, die ze makkelijk in de praktijk kunnen gebruiken. Nieuwe kennis wordt ontwikkeld binnen de academische werkplaatsen wijkverpleging. Deze werkplaatsen zijn nauw verbonden aan de V&VN.

Wijkverpleegkundigen hebben de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen. Bijvoorbeeld tot verpleegkundig specialist in de wijk of door het werken in duo-functies. Ze zijn dan zorgverlener én combineren dit met onderwijs, stagebegeleiding of praktijkgericht onderzoek vanuit de academische werkplaats wijkverpleging.

De band tussen de praktijk en de hogeschool is stevig: samen delen ze kennis, en zoeken samen naar oplossingen voor praktijkproblemen. Studenten en docentonderzoekers worden volop ingezet om praktijkgericht onderzoek uit te voeren. Uitkomsten van dit onderzoek wordt verspreid binnen het onderwijs én in de praktijk.

Wijkverpleegkundigen werken in organisaties, die hen serieus betrekken bij beleid rond beroepsinhoudelijke ontwikkelingen. Zij identificeren actief mogelijkheden tot verbeteringen in de kwaliteit van zorg. Zij krijgen kansen om binnen hun team als verpleegkundig leider nieuwe kennis te implementeren. De zorg die ze leveren is passend: onnodige interventies zijn inmiddels tot een minimum beperkt. Effectieve leiderschapsprogramma's en coaching zijn binnen de organisatie voorhanden.

Aansluiting onderwijs op praktijk

HBOV-studenten krijgen intensieve begeleiding door wijkverpleegkundigen en docenten van de HAN in de campus die binnen de zorgorganisatie is gepositioneerd. Docenten hebben kennis over wijkverpleging en complexe cliëntproblematiek door het regelmatig meelopen met wijkverpleegkundigen in de dagelijkse praktijk. De docent brengt kennis over naar de wijkverpleging en andersom deelt de wijkverpleegkundige haar praktijkervaring in het onderwijs en schetsen daarmee een reëel beeld van de wijkverpleging. Actieve kennisnetwerken ondersteunen deze uitwisseling, die geleid

worden door wijkverpleegkundigen en docent-onderzoekers.

De maatschappelijke beeldvorming over wijkverpleging is verbeterd. En de beeldvorming binnen de HAN over de wijk sluit goed aan bij de realiteit. Ieder jaar is er een wachtlijst voor de minor wijkverpleging, omdat veel studenten hebben ontdekt dat zij in de wijk als autonome professional kunnen werken. De uitstroom van HBOV-studenten naar de wijk is verdrievoudigd.

Voor studenten en wijkverpleegkundigen staat voorop: wijkverpleging is het mooiste veld, daar kun je het vak verpleegkunde in de volle breedte uitoefenen.

Kenniskring Lectoraat Wijkverpleging

Dit toekomstbeeld is waar we voor staan. De kenniskring van het Lectoraat Wijkverpleging voert onderzoek en andere activiteiten uit met een enthousiast team van docentonderzoekers, met ervaring in en affiniteit met de wijkverpleging. Het team van het lectoraat bestaat uit 4 docentonderzoekers. In 2022 wordt het team versterkt met 2 (docent)onderzoekers.

In de kenniskring werken mee:

Jacqueline Theunissen, hoofddocent, docent-onderzoeker; zij is trekker van het interprofessioneel leerlandschap en doet actieonderzoek in het project Sociaal Arrangeren en het DementieNet Dukenburg. Daarnaast is Jacqueline onderwijsontwikkelaar voor de minor wijkverpleging en integreert zij wijkkennis binnen de andere minoren.

Anne Harderwijk, docent-onderzoeker en wijkverpleegkundige. Anne is als actieonderzoeker betrokken bij de pilot Topteams in Oss. Anne werkt mee aan de onderwijsontwikkeling van de diverse minoren.

Benjamin Wendt, docent, docent-onderzoeker en wijkverpleegkundige. Benjamin werkt als PhD student aan het promotieonderzoek RENEW, een onderzoek naar gepaste zorg.

Nicole Vullings, docent-onderzoeker en jeugdverpleegkundige doet promotieonderzoek naar SPARKS een onderzoek naar de ontwikkeling van intervisiemethodieken voor (wijk)verpleegkundige teams.

Sandra Wolf, secretaresse ondersteunt het lectoraat en de kenniskring bijeenkomsten.

DANKWOORD

Ik dank het College van Bestuur voor het in mij gestelde vertrouwen om dit lectoraat te leiden en voor de gelegenheid om mijn intrede uit te spreken. Op deze wijze ben ik in staat de toekomstplannen van het Lectoraat Wijkverpleging te kunnen ontvouwen aan een breed publiek.

Veel dank aan mijn directeur Christine de Vries, adviseur Cécile Nijsten, coach Marian Adriaansen, mijn andere collega-lectoren, onderzoekers van het Kenniscentrum Duurzame Zorg en Sandra Wolf van het secretariaat. Zij hebben mij met enthousiasme verwelkomd en mij goed op weg geholpen om thuis te raken bij de HAN. Ook veel dank aan de leden van de kenniskring, voor het samen beramen van, en kritisch nadenken over de plannen van het lectoraat.

Ik dank Marian, Benjamin, Anne, Jacqueline, Cécile, Christine en Annelies voor het meelesen en de feedback op de tekst.

Dank aan de vele partners voor de openheid en prettige samenwerking tot nu toe. Ik zal actief de verbinding zoeken en duurzaamheid in de samenwerking nastreven met:

- V&VN: Afdeling wijkverpleegkundigen V&VN (voorheen Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap en Vakgroep wijkverpleging);
- Andere academische werkplaatsen wijkverpleging in het land: lector Nienke Bleijenberg, hoogleraren Sandra Zwakhalen en Bianca Buurman en dr. Marion van Rijn;
- Partners academische werkplaats Nijmegen: UKON, Radboudumc, afdeling IQ Healthcare;
- Netwerk Nursing Science Nijmegen;
- Lectoren netwerk palliatieve zorg;
- Zorgaanbieders voor wijkverpleging in de regio en de verpleegkundige en verzorgende professionals die daar werkzaam zijn;

- Doelgroeppanel van Netwerk 100 en andere afvaardigingen van wijkbewoners / potentiële cliënten van wijkverpleging;
- Regionale partners zoals: Radboudumc/ Centrum voor geïntegreerde zorg, GGD Zuid-Gelderland, NEO huisartsenzorg, Sterker Sociaal.

Om de laatste fase van mijn carrière te mogen werken aan zo'n mooie en uitdagende opdracht stemt me oprecht tevreden, maar ook verwachtingsvol. Gaat het lukken om de ambitieuze plannen uit te voeren? Lukt het ons om met het onderzoek toegevoegde waarde te hebben voor onderwijs en praktijk? *Back to the future*: kunnen we de geleerde lessen uit de geschiedenis gebruiken voor een toekomstgerichte wijkverpleging? Ik zal mijn uiterste best doen en me daarvoor in te zetten met al mijn enthousiasme, geleerde lessen en verworven competenties.

We geven onze HAN-studenten mee dat de noodzaak van een leven lang ontwikkelen urgent is en die urgentie alleen maar groter wordt. Een 'leven lang leren' heb ik zelf in praktijk kunnen brengen door de vele kansen die me geboden zijn en het vertrouwen dat ik heb gekregen van vele mensen, collega's en vrienden. Ik noem en dank hierbij speciaal:

An Compen, mijn collega-wijkzuster in Neerbosch Oost, van wie ik het vak leerde in de praktijk.

Hanneke Hillmann, verpleegkundig leider pur sang, die mij leerde in mezelf te geloven.

Marcel Olde Rikkert en Marieke Perry die mij de wetenschap leerden waarderen.

Marrie, Wim, Alice en Gert Nieuwboer, die mij leerden om het beste uit mezelf te halen.

Mijn vele lieve vriendinnen en vrienden die zorgden voor de ontspanning: lekker wandelen en eten.

Paul, Stella en Doris Thissen die mij (met liefde) lieten begaan en mij soms op tijd begrepen.

En tenslotte veel dank aan alle zorgverleners in de wijkverpleging. Deze lectoraats-opdracht is gedoemd te mislukken zonder jullie inbreng en meedoen. Jullie oefenen het mooiste beroep uit dat er bestaat, vaak in suboptimale omstandigheden en ontbrekende ondersteuning. Toch kunnen de mensen in de wijk altijd op jullie rekenen.

Ik ben trots op jullie.

ZO TROTS OP JOU

(FRAGMENT LIED ROOS BLUFPAND)

**“EN TOCH GA JE DOOR
STAPJE VOOR STAPJE
KIJK NIET ACHTEROM
BLIK OP VOORUIT
ZO TROTS, ZO TROTS
OP JOU”.**

LITERATUUR

1. Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging. Kwaliteitskader Wijkverpleging. 2018.
2. V&VN. Expertisegebied wijkverpleegkundige. 2019.
3. Van Royen P. Interprofessionele samenwerking, transmurale en interdisciplinaire zorg. *Bijblijven*. 2009;25:31-6.
4. WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
5. Vektis. Factsheet Wijkverpleging. Beschikbaar op: www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wijkverpleging.
6. Pantheia. De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging; Eindrapport. Zoetermeer: 2020.
7. CBS. Dossier Vergrijzing. Beschikbaar op: www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-vergrijzing.
8. RIVM. VTV 2018, Trendscenario Aandoeningen 2018. Beschikbaar op: www.vtv2018.nl/aandoeningen.
9. VVD, D66, CDA, Christen Unie. Omzien naar elkaar, vooruitblikken naar de toekomst; coalitieakkoord 2021-2025. Bureau woordvoering kabinetsformatie. 2021.
10. Kiers B. Achter elke regel schuilt een belang. *Zorgvisie*. 2018;48(8):10-4.
11. RIVM. Ziekenhuiszorg, trend gebruik en ligduur. Beschikbaar op: www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/trend-gebruik#node-trend-ligduur.
12. Kremer J. De toenemende complexiteit van zorg. Beschikbaar op: www.mijngezondheidsgids.nl/overig.zorg-algemeen.

13. Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek. De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Den Haag: VWS; 2018.
14. VWS. Discussienota Zorg voor de toekomst. Den Haag: VWS; 2020.
15. ZIN. Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Diemen: Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland; 2020.
16. Van der Linden B. Implementatie: vakgebied dat volwassen wordt. *Kwaliteit in Zorg*. 2016;2:4-7.
17. SER. Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt. Den Haag: Sociaal-Economische Raad; 2021.
18. Van Gaalen E. Zorginfarct in de thuiszorg. *Algemeen Dagblad*. 2021.
19. Van der Meer M, Timmerman H. Wendbaar opleiden voor de toekomst; Een korte verkenning van de relatie tussen beroepsopleidingen en arbeidsmarkt in zorg en welzijn. *Arbeidsmarkt Zorg&Welzijn*; 2021.
20. ZonMw. Aan tafel met wijkverpleegkundigen; gesprekken over de veranderingen in het beroep in 2015. Den Haag: Programma Zichtbare Schakel; 2015.
21. Bolle F, De Bont M. Op één lijn komen; visie op de rol van wijkverpleegkundigen in de eerstelijnszorg. Utrecht: V&VN; 2010.
22. De Bont M, Van Schoonhoven K, Van Haastert C, Zijderveld C. Versterken van verpleging thuis; naar een basisvoorziening Wijkverpleging. Utrecht: NPCF/V&VN; 2012.
23. Kaldenhoven J. Stopwatch zorg. *Nursing*. 2009.
24. V&VN. Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. 2014.
25. V&VN. Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving. 2020.

26. Bleijenberg N, Van Stralen L, Groenewegen PP. Kennisagenda wijkverpleging: een routepanner voor de toekomst. TVZ. 2019;129(2):44-7.
27. V&VN. Richtlijn eenzaamheid onder ouderen. 2021.
28. V&VN. Handreiking palliatieve zorg thuis. 2019.
29. ZonMw. Programma Kwaliteit van zorg/Ontwikkeling kwaliteitsstandaarden 2019-2022. Beschikbaar op: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden-2019-2022>.
30. Theunissen J. Het leernetwerk in zorg en welzijn. Nijmegen: HAN University of Applied Sciences; 2020.
31. Verkleij KAM, Francke AL. Landelijke monitor en evaluatie van leernetwerken wijkverpleging. Utrecht: NIVEL; 2017.
32. Brabers AEM, de Groot K, Groenewegen PP. Practice variation among home care nurses. Prim Health Care Res Dev. 2019;20:e136.
33. Paes M. Geschiedenis van wijkgericht werken aan gezondheid; wat is gezondheid en wat is een wijk. White paper. 2012.
34. Nieuwboer MS, van der Sande R, Maassen I, Olde Rikkert MGM, Perry M, van der Marck MA. Communication between Dutch community nurses and general practitioners lacks structure: An explorative mixed methods study Eur J Gen Pract. 2020;26(1):86-94.
35. Richters A, Nieuwboer MS, Olde Rikkert MGM, Melis RJF, Perry M, van der Marck MA. Longitudinal multiple case study on effectiveness of network-based dementia care towards more integration, quality of care, and collaboration in primary care. PLoS One. 2018;13(6):e0198811.
36. Huijsman R, De Vries W. Corona geeft samenwerking vleugels. Zorgvisie. 2021.

37. Aartsen V. Gezamenlijk thuiszorgpunt haalt druk van de ketel. Zorgvisie. 2021.
38. Vilans. Infographic monitor zorgzame gemeenschappen. Beschikbaar op: <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/explosieve-groei-van-zorgzame-gemeenschappen>.
39. Westendorp R. Healthy aging for everyone. Beschikbaar op: <https://healthyaging.ku.dk/>.
40. Litjens M, Perry M, Hendriks S, OldeRikkert M. Crisisopname bij dementie dient zich vaak al eerder aan. Medisch Contact. 2021(01/02).
41. V&VN. Richtlijn Mantelzorg; richtlijn voor verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten om overbelasting bij mantelzorgers te voorkomen of te verminderen. Utrecht: V&VN; 2021.
42. Van Elst L. Geef actieve burgers meer ruimte om het systeem te ontlasten. Zorgvisie. 2021.
43. Plaisier I, Den Draak M. Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2021.
44. NIVEL. Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd- Ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken. Utrecht: NIVEL; 2021.
45. Schers H, Nieuwboer MS, Molleman G, De Groot M. Wijkgerichte aanpak in de eerste lijn werkt. Medisch Contact. 2014:1323-5.
46. RIVM. Loket Gezond Leven. Beschikbaar op: <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie>.
47. RVS. Zonder context geen bewijs; Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2017.
48. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: The Implementation of Change in Healthcare. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2013.

49. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of nursing management*. 2013;21(5):709-24.
50. Vogel R. *Nurses in the Lead; empowering community nurse leaders to implement evidence into practice*. Maastricht: Universiteit van Maastricht; 2022.
51. Saunders H, Vehvilainen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International journal of nursing studies*. 2016;56:128-40.
52. Nieuwboer MS. *Interprofessional communication and clinical leadership in the development of network-based primary care*. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2019.
53. Van Elst L. *Hoe datagedreven werken wijkverpleging een boost geeft*. Zorgvisie. 2021.
54. SANO. *Academische ouderenzorg*. Beschikbaar op: <https://academischeouderenzorg.nl>.
55. Adriaansen M. *Wijkverpleegkundige moet weer centraal staan*. TVZ. 2021;131(02).
56. Van Iersel M. *Nursing Education for community care; effect of curriculum-redesign on student's perceptions and choices in caregiving*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2021.
57. Baltesen F. *Kritisch SER-rapport over arbeidsmarkt zet kabinet en zorgsector in beweging*. Zorgvisie. 2021.
58. Wilhelmsson S, Lindberg M. Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review. *Int J Nurs Pract*. 2007;13(4):254-65.
59. Walsh K, Grech C, Hill K. Health advice and education given to overweight patients by primary care doctors and nurses: A scoping literature review. *Prev Med Rep*. 2019;14:100812.

60. McElwaine KM, Freund M, Campbell EM, Bartlem KM, Wye PM, Wiggers JH. Systematic review of interventions to increase the delivery of preventive care by primary care nurses and allied health clinicians. *Implement Sci.* 2016;11:50.
61. Sanchez A, Silvestre C, Sauto R, Martínez C, Grandes G. Feasibility and effectiveness of the implementation of a primary prevention programme for type 2 diabetes in routine primary care practice: a phase IV cluster randomised clinical trial. *BMC Fam Pract.* 2012;13:109.
62. Ligthart SA, van den Eerenbeemt KD, Pols J, van Bussel EF, Richard E, Moll van Charante EP. Perspectives of older people engaging in nurse-led cardiovascular prevention programmes: a qualitative study in primary care in the Netherlands. *Br J Gen Pract.* 2015;65(630):e41-8.
63. Beniston J. Tavistock Neighbourhood Nursing Network: collaboration across settings. *Br J Community Nurs.* 2020;25(3):122-5.
64. Oliver D. Older people who fall: why they matter and what you can do. *Br J Community Nurs.* 2007;12(11):500-7.
65. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ.* 2011;343:d4163.
66. Institute for Positive Health. Mijn positieve gezondheid. Beschikbaar op: www.iph.nl.
67. Zuidema R, De Groot K, Blijenberg N. Programmeringsagenda wijkverpleging. Utrecht: ZonMw, HU, NIVEL, Radboudumc/ IQ Healthcare; 2021.
68. V&VN. Richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn. Utrecht: V&VN; 2021.
69. V&VN. Toolbox Indicatieproces Wijkverpleging. Beschikbaar op: <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/toolbox-indicatieproces-wijkverpleging/>.
70. Movisie. Wijkanalyse, hoe doe je dat? Utrecht: Movisie; 2021.
71. RIVM. Toolkit Preventie in de wijk. Bilthoven: RIVM, VWS; 2018.

72. Kiers B. Nieuwe bekostiging is splijtzam. *Zorgvisie*. 2021.
73. Mackenbach JP. Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. *Scand J Public Health*. 2017;45(2):113-20.
74. RIVM. Gezondheidsverschillen. Beschikbaar op: <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>.
75. Hosper K, Van Loenen T. *Leven met ongezonde stress*. Utrecht: Pharos; 2021.
76. Van den Muijsenbergh M. Gezondheidsverschillen vragen om een persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns en publieke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2019;97:36-9.
77. HAN. *Koersbeeld 2022-2028; Voor een slimme, schone en sociale wereld van morgen*. Nijmegen: HAN; 2021.
78. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218-27.
79. Scheffer R, Van den Muijsenbergh M. Integrale zorg: ervaringen en opvattingen van huisartsen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2019;97:48-54.
80. Van den Bergh J, De Blij J, Nieuwboer M, Perry M, Remers T, Olde Rikkert M, et al. *Eerstelijns zorgnetwerken voor ouderen: feiten en verhalen*. Nijmegen; 2021.
81. Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept. *Welzijn op recept Nieuwegein*. Beschikbaar op: <https://welzijnoprecept.nl/aan-de-slag-als-welzijnscoach/>.
82. Heijnders M, Meijs JJ. *Handboek Welzijn op recept; Zorg en welzijn maken samen het verschil*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum; 2019.
83. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017;18(9):e543-e51.

84. Francke AL, Meurs M, Van der Plas A, Voss H. Inventarisatie van Advance care Planning; ZonMw-projecten, methoden, uitkomsten en geleerde lessen over gebruik, implementatie en borging. Utrecht: NIVEL; 2020.
85. UKON. Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen. Beschikbaar op: <https://www.ukonnetwerk.nl/>.
86. Kajermo KN, Nordström G, Krusebrant A, Björvell H. Perceptions of research utilization: comparisons between health care professionals, nursing students and a reference group of nurse clinicians. *J Adv Nurs*. 2000;31(1):99-109.
87. VanGeest J, Johnson TP. Surveying nurses: identifying strategies to improve participation. *Evaluation & the health professions*. 2011;34(4):487-511.
88. Saunders H, Gallagher-Ford L, Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K. Practicing Healthcare Professionals' Evidence-Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2019;16(3):176-85.
89. Wolbers I, Lalleman PCB, Schoonhoven L, Bleijenberg N. The Ambassador Project: Evaluating a Five-Year Nationwide Leadership Program to Bridge the gap Between Policy and District Nursing Practice. *Policy Polit Nurs Pract*. 2021;22(4):259-70.
90. Vogel R, Bours G, Rooijackers T, Metzethin S, Erkens P, van Rossum E, et al. Process evaluation of a programme to empower community nurse leadership. *BMC Nurs*. 2021;20(1):127.
91. ZonMw. Project Improve! Beschikbaar op: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/project-detail/kwaliteit-van-zorg-ondersteuning-kwaliteitsinstituut/improve/>.
92. Van Vught A. Project EVIDENCE 2.0. Beschikbaar op: <https://www.han.nl/projecten2020/evidence-2.0>.
93. De Groot K, Maurits EEM, Francke AL. Attractiveness of working in home care: An online focus group study among nurses. *Health Soc Care Community*. 2018;26(1):e94-e101.

94. Slagman A, Meijer J. Traineeship in de wijkverpleging; inspiratie en handelingsperspectieven. Utrecht: Significant Public; 2021.
95. Damen L, Jacobs M. Oorzaak uitsroom hbo-verpleegkundigen. Cuijk: Wise up Consultancy, Avans Hogeschool; 2021.
96. LOOV. Bachelor of Nursing 2020. Utrecht: Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde; 2013.
97. HAN. Opleidingsdocument HAN Bachelor Nursing 2020. Nijmegen: HAN Instituut voor Verpleegkundige Studies; 2019.
98. PZNL. O2PZ, onderwijsplatform palliatieve zorg. Beschikbaar op: <https://palliaweb.nl/onderwijs-en-opleiden-palliatieve-zorg>.

BIJLAGE 1: ONDERZOEKSLIJNEN 'PREVENTIE'

- A. Professionalisering van wijkverpleegkundigen op het gebied van **individuele preventie**: bredere rol/ taakuitoefening in signalering, signalen bespreekbaar maken met cliënt en interprofessioneel.
- B. Rol verheldering / kennisontwikkeling wijkverpleegkundige bij **collectieve preventie** en in samenwerking met andere disciplines meedoen aan wijkgerichte preventie.
- C. Kennis ontwikkeling en verspreiding van interventies die **gezondheidsverschillen** verkleinen, gericht op doelgroepen lage SES en migranten met niet-Westerse achtergrond

Lopende onderzoeksprojecten en activiteiten:

Binnen onderzoekslijn A. en C. zijn de volgende projecten gestart: Sociaal arrangeren, Proactieve zorgplanning en TOCO en DementieNet Dukenburg. Hier volgt een beschrijving van deze projecten.

Ad A: Individuele preventie

Sociaal arrangeren

Methode: kwalitatief onderzoek

Samenwerkingspartners: Sterker sociaal werk, ZZG zorggroep, Buurtzorg, NEO huisartsenzorg, Gemeente Nijmegen, VGZ

Samenvatting: Kwetsbare ouderen komen vaak eerst in beeld bij de huisarts en bij zorgbehoefte ook bij de wijkverpleegkundige. De link van huisarts en wijkverpleegkundige naar welzijn is vaak niet optimaal en zorgplannen zijn niet op elkaar afgestemd. Welzijn kan bijdragen aan versterking van sociaal netwerk en regiefunctie van de oudere om daarmee mantelzorg beter te ondersteunen en zwaardere zorg uit te stellen. In dit pilotproject wordt bij 50 ouderen actief welzijn ingezet, in nauwe afstemming met wijkverpleging en huisartsenzorg.

Proactieve zorgplanning

Methode: actieonderzoek

Samenwerkingspartners: NEO huisartsenzorg, ZZG zorggroep, VGZ

Samenvatting: Kwetsbare ouderen thuis hebben recht op goede en passende zorg. Daarmee is proactieve zorgplanning van belang voor elk individu, met name wanneer kwetsbaarheid als gevolg van beperkingen, ziekte en/of leeftijd aan de orde is. Het bepalen van persoonlijke doelen en voorkeuren door de oudere en het bespreken van de (medische) haalbaarheid ervan met betrokken zorgverleners is van groot belang. Bij voorkeur vindt proactieve zorgplanning plaats in een stabiele/ rustige fase, en niet pas ten tijde van crisis/ in een acute fase. Proactieve zorgplanning wordt vaak nog niet of niet tijdig uitgevoerd. In dit pilot project wordt een 'best practice' model ontwikkeld voor proactieve zorgplanning dat geschikt is voor een grootschaliger implementatietraject in regio Zuid-Gelderland, waarbij huisarts, praktijkondersteuner ouderenzorg en wijkverpleegkundige samenwerken en afstemmen, volgens een gestructureerde methode voor proactieve zorgplanning.

TOCO :Voedings- en beweeggedrag bij kwetsbare Thuiswonende Ouderen tijdens Covid-19: ervaringen en oplossingen

Methode: mixed methods

Samenwerkingpartners: Lectoraat Voeding Diëtetiek en Leefstijl, Universiteit Tilburg, V&VN, KBO-PCOB, Vilans, Stuurgroep Ondervoeding

Samenvatting: Een grote groep kwetsbare thuiswonende ouderen is voor het behoud van een gezond voedingspatroon afhankelijk van (in)formele zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld voor het doen van boodschappen, bereiden van maaltijden en/of hulp met eten en drinken. Door de COVID-19 crisis en bijbehorende maatregelen zijn deze zorg en ondersteuning sterk ingeperkt omdat mantelzorgers minder langs mogen komen (social distancing), veel thuiszorg is stopgezet (vooral tijdens de eerste golf), ouderen zelf (in)formele zorg weigeren uit angst om besmet te raken, en ouderen angst hebben om buiten de deur te gaan, waardoor enerzijds de hoeveelheid beweging afneemt en anderzijds minder gemakkelijk boodschappen gedaan kunnen worden. Dit project beoogt in kaart te brengen hoe ouderen, hun mantelzorgers en verpleegkundigen in de eerste lijn (wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen ouderenzorg) de beperkende maatregelen behorend bij Covid-19 (hebben) ervaren, en welke eventuele aanpassingen zij hebben gemaakt, specifiek met betrekking tot voedings- en beweeggedrag. Na afloop van het project zullen concrete aanbevelingen worden gedaan aan en best practices gedeeld met ouderen, mantelzorgers en zorgprofessionals over hoe optimale voedings- en beweegzorg in crisissituaties als de COVID-19 pandemie geborgd kan worden.

Ad B Collectieve preventie

Zorg met de wijk

Methodes: Mixed methods

Samenwerkingspartners: ZZG zorggroep en diverse organisaties voor wijkverpleging, huisartsen, sociaal domein

Samenvatting: In Druten - West Maas en Waal en Dukenburg worden twee wijkactieplannen ontwikkeld gericht op collectieve preventie met behulp van de methode die ontwikkeld is in het Atelierprogramma, op basis van beschikbare data over de wijk. Dataverzameling betreft de rol van de wijkverpleegkundige in de actieplannen, de kosten van inzet van wijkverpleegkundige en exploratie van de ervaring met informatie gestuurd werken.

Ad C Gezondheidsverschillen

DementieNet Dukenburg Signalering van mensen met cognitieve problemen met zorgmijdend gedrag/ bewoners met dementie en hun mantelzorgers met een niet westerse achtergrond.

Methodes: actieonderzoek

Samenwerkingspartners: DementieNet Dukenburg en huisartsenpraktijk het Meijhuis

Samenvatting: In stadsdeel Dukenburg willen zorgverleners actiever signaleren en beter aansluiten bij wensen en doelen van migranten met cognitieve problemen met zorgmijdend gedrag. Wijkverpleegkundigen en andere hulpverleners (medisch, zorg en welzijn) hebben behoefte aan kennis over wat deze doelgroep nodig heeft, wie er bepaalt of er hulp nodig is en waar grenzen liggen aan eigen mogelijkheden van de diverse betrokken disciplines. Ook constateren zij dat er bij de doelgroep van ouderen met een niet westerse achtergrond onvoldoende inzicht en kennis is over het zorgtraject van beginnende geheugenklachten tot vergevorderde dementie. Het is onduidelijk hoe mensen in beeld komen en hoe mantelzorgers bereikt kunnen worden, hoe diagnostische problemen opgelost kunnen worden, en hoe mensen passende informele en formele ondersteuning kunnen ontvangen in het stadsdeel Dukenburg.

Projecten in de aanvraagfase

Binnen de onderzoekslijnen A t/m C zijn verschillende subsidie aanvragen in voorbereiding: Zorg@home, PARAPLU en Prevent-PRO.

Ad A: Individuele preventie

Zorg@home: Van crisis naar rust

Methodes: mixed methods design

Samenwerkingspartners: HAN lectoraat Acute Intensieve Zorg, V&VN Ambulancezorg/Wijkverpleegkundigen, ZZG zorggroep, UGC Heijendaal, RAV veiligheidsregio Gelderland Zuid, Ambulancezorg Nederland

Samenvatting: Bij een acute zorgvraag worden kwetsbare ouderen geholpen door wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuner huisartsenzorg (POHs) en ambulanceprofessionals. Deze professionals ervaren dat ze bij een dergelijke acute zorgvraag vaak langs elkaar heen werken en dat de zorgverlening niet optimaal is. Dit leidt tot veelvuldig gebruik van de acute zorgketen, onnodige ziekenhuisopnames en negatieve uitkomsten voor kwetsbare ouderen zelf. Het doel van dit project is om handvatten te ontwikkelen (onder andere scholing, ketencasusbesprekingen en communicatieafspraken), die zorgprofessionals kunnen inzetten in het verbeteren van de afstemming, het gezamenlijk in beeld krijgen van kwetsbare ouderen en het verbeteren van de zorgcoördinatie voor ouderen met een acute zorgvraag.

Ad B/C: Collectieve preventie en gezondheidsverschillen

PARAPLU: **PAR**amedici als **Actieve Partners** in Lokale eerstelijns netwerken oUderenzorg.

Methode: mixed methods design en actieonderzoek

Samenwerkingspartners: HAN, Lectoraat Voeding Diëtetiek en Leefstijl; Radboudumc, afdeling Neurologie, eerstelijns geneeskunde en IQ healthcare, UGC Heijendaal, TvN zorgt

Samenvatting: Veel voorkomende problemen bij ouderen zoals ondervoeding en valproblematiek leiden tot versnelde functionele achteruitgang en verhoogde kans op opname in een ziekenhuis, eerstelijnsverblijf (ELV) of verpleeghuis. Het doel van dit project is om wijkverpleegkundigen, huisartsenpraktijken en paramedici structureel te laten samenwerken in lokale netwerken voor integrale zorg aan kwetsbare ouderen. Om dit te bereiken gaan wijkverpleegkundigen en huisartsen met diëtisten, ergo en fysio gezamenlijk werken aan verbeterprojecten op paramedische thema's als vallen en ondervoeding om de interprofessionele samenwerking, kwaliteit van zorg, patiëntuitkomsten en zorgkosten positief beïnvloeden.

Prevent-PRO: Adaptive Network **PREVENT**ion Policy to Improve **R**esilience in **O**lder Persons

Methode: mixed method met kwalitatieve en kwantitatieve complexity science methodes

Samenwerkingspartners: Radboudumc, afdeling Geriatrie; Radbouduniversiteit, Managementwetenschappen; HAN Lectoraat Versterken Sociale kwaliteit, Pharos en diverse regionale zorg en welzijnspartners

Samenvatting: het ontwikkelen van een pragmatische en duurzame strategie voor eerstelijnsnetwerken (wijkverpleging, huisarts, welzijn informele zorg) om de veerkracht te verbeteren en tipping points te voorkomen bij senioren in lage en midden socio-economische buurten. Dit willen we doen door o.a. het signaleren van stress factoren en deze te gebruiken om senioren te motiveren voor fysieke, cognitieve en/of sociale veerkracht reactivering.

BIJLAGE 2: ONDERZOEKSLIJNEN 'PROFESSIONALISERING'

- A. Onderzoek naar een adequate inrichting en het effect van een duurzame **infrastructuur voor praktijkgericht onderzoek**: verbeterde samenwerking onderzoek/onderwijs/praktijk (academische werkplaatsvorming) op de professionalisering van de wijkverpleging.
- B. Ontwikkeling van **methodieken** over hoe kunnen teams wijkverpleging eenvoudig en praktisch aan de slag kunnen met **(de)implementatie van EBP/best practice** kennis

Lopende projecten

Binnen onderzoekslijn B zijn twee projecten opgestart in nauwe samenwerking met Radboudumc: afdeling IQ Healthcare : SPARK en RENEW. Met Pantein wordt een pilot uitgevoerd over leiderschap en implementatie. Hier volgt een beschrijving van deze projecten.

Ad B: methodieken (de)implementatie EBP/best practice

SPARK: Self & Peer assessment voor Reflectie op kwaliteitsstandaarden

Methode: Mixed methods / participatief actieonderzoek

Samenwerkingspartners: Lectoraat Innovatie in de Care, Radboudumc IQ Healthcare; HAN Academie paramedische studies

Samenvatting: Het doel van dit project is het ontwikkelen, testen en evalueren van een reflectiemethode voor wijkverpleegkundigen, gebaseerd op self- en peer-assessment als basisontwerp. De methode, oorspronkelijk ontwikkeld voor fysiotherapeuten, wordt verder ontwikkeld voor zowel de Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging als de richtlijn Mantelzorg. We ontwikkelen de reflectiemethode in nauwe samenwerking met de gebruikers, wijkverpleegkundigen en verzorgenden en we betrekken ook cliënten en hun naasten bij het ontwerp. In totaal nemen vier organisaties deel aan dit project. We evalueren de geschiktheid van de reflectiemethode, de bruikbaarheid en de impact op het klinisch redeneren en methodisch handelen van wijkverpleegkundigen.

RENEW: meeR gEpast gebruik met beter lateN in dE Wijk

Methode: Mixed methods

Samenwerkingspartners: Radboudumc IQ Healthcare, V&VN, Vilans

Samenvatting: Het doel van dit onderzoek is om in de wijkverpleging aan de slag te gaan met vermeerderen van gepaste zorg / passende zorg en inzicht verkrijgen in de effectiviteit van verschillende strategieën om niet-gepaste zorg te verminderen. Op basis van de resultaten hiervan wordt er een specifieke toolkit 'Aan de slag met gepaste zorg voor de wijkverpleging' ontwikkeld. Met deze toolkit kunnen verpleegkundige teams zelf werken met kwaliteitsstandaarden en de aanbevelingen die hierin zijn opgenomen over (on)nodige zorg.

Pilot Topteams Pantein, Oss

Methode: Actieonderzoek

Samenwerkingspartner: Pantein, wijkverpleging Oss

Samenvatting: Het doel is om in drie wijkverpleegkundige teams een EBP verbetercultuur te ontwikkelen doordat het team wijkverpleging aan de slag gaat met het implementeren van één zelfgekozen verbeterplan, op basis van een verpleegkundige richtlijn naar keuze. Per team ontvangt één wijkverpleegkundige een coachingstraject op leiderschapsvaardigheden, en wisselen de teams via intervisie sessies ervaringen uit. Ervaring vanuit andere projecten, zoals SPARK, NitL wordt daarbij gebruikt. Indien de pilot positief wordt geëvalueerd, zal de werkwijze breder binnen Pantein worden verspreid, in samenwerking met de afdeling VDO van de HAN.

Activiteiten en projecten in ontwikkeling

Ad A: Infrastructuur voor praktijkgericht onderzoek

Oprichting Academische werkplaats wijkverpleging Nijmegen

Er is periodiek overleg gestart om in 2022 met enkele partners in het werkveld te komen tot een samenwerkingsovereenkomst over de academische werkplaats wijkverpleging.

Er zijn activiteiten en praktijkprojecten in voorbereiding bij Sensire, Attent Zorg en behandeling, ZZG zorggroep, TvN zorgt en Pantein.

Voorwaardelijk is dat er financiële ruimte is om de inrichting van de werkplaats te bekostigen. Daarom investeert het lectoraat actief in het mee-ontwikkelen, schrijven en indienen van een landelijk projectvoorstel (met WTW, vergelijkbare werkplaatsen in Utrecht, Amsterdam en Maastricht) voor een startsubsidie om de opstart van de infrastructuur te kunnen bekostigen.

BIJLAGE 3 ONDERZOEKSLIJNEN 'AANSLUITING ONDERWIJS OP WERKVELD'

- A. Hoe kunnen we zorgen voor **optimale aansluiting** voor studenten tussen onderwijs en de praktijk?
- B. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat **meer** HBOV studenten naar de wijkverpleging uitstromen?

Lopende activiteiten/ projecten

Binnen onderzoekslijn A zijn drie activiteiten opgestart, waaraan we praktijkgericht onderzoek koppelen. Hier volgt een beschrijving van deze activiteiten.

Ad A: Optimale aansluiting

Interprofessioneel Leerlandschap

Het leernetwerk 'Nijmeegs Interprofessioneel Leerlandschap' biedt de mogelijkheid om bij andere professionals in de keuken te kijken. Het gaat om gezamenlijke deskundigheidsbevordering in het kader van geïntegreerde zorg in de wijk. In het interprofessioneel leerlandschap lopen eerstelijns professionals (wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werk, opbouwwerk) en docenten met elkaar mee (docent-professionalisering), en werken aan een eigen geformuleerde leervraag én de uitwerking ervan. Het netwerk komt een keer in de vier weken met het gehele netwerk (15-20 personen) bij elkaar voor themabesprekingen en sessies rond de vraag hoe vorm en inhoud te geven aan het delen van de opgedane kennis met de achterban. Het netwerk betreft studenten bij het uitwerken van onderzoeksvragen, deelt kennis met de achterban van de deelnemende wijkprofessionals en docenten tijdens kennismarkten of webinars. Aan het leerlandschap worden ook paramedici toegevoegd. De mate van interprofessioneel werken wordt via een jaarlijkse meting gemonitord.

Meer 'wijk' in bestaande minoren

Enkele minoren waar momenteel veel studenten voor kiezen zoals Neurorevalidatie en Complexe zorg hebben qua inhoud raakvlak met de wijkverpleging. In overleg met de planningsgroep van deze minoren wordt een deel van de tijd ingevuld met wijkspecifieke onderwerpen.

Kennisbijeenkomsten

Elke vier weken organiseert het lectoraat een Kennisbijeenkomst voor docenten, wijkverpleegkundigen en hun toekomstige cliënten over onderwerpen die actueel zijn in de wijk. Zo worden bijvoorbeeld recente richtlijnen geïntroduceerd en worden best practices gepresenteerd. Op deze manier worden ook kennishiaten bij docenten en wijkverpleegkundigen opgespoord en is er afstemming over het gebruik van vaktaal, die in het onderwijs en in de praktijksetting blijkt te verschillen. Op deze manier wordt er gewerkt aan docent-professionalisering.

Tijdens de inspiratieweken voor 1e jaars HBOV worden studenten tijdens workshops met jonge wijkverpleegkundigen, die twee tot drie jaar zijn afgestudeerd, in contact gebracht. Zij gaan samen 'op pad in de wijk'.

Activiteiten/projecten in ontwikkeling

Binnen onderzoekslijn B zijn 2 activiteiten/projecten in voorbereiding.

Onderzoeksproject over beeldvorming voor en door studenten

Hoe kunnen HBOV-studenten een realistisch beeld krijgen van het werken in de wijk als wijkverpleegkundige? De beeldvorming over de wijk wijkt af van wat het vak van wijkverpleegkundige behelst. Het doel van dit project is dat er meer zicht is op hoe de huidige beeldvorming bij studenten tot stand komt en hoe we de beeldvorming kunnen beïnvloeden om de praktijk en het onderwijs dichter bij elkaar te brengen.

Aanpassen Minor 'Werken in de wijk, samen durven en doen'

Op basis van de uitkomsten van het onderzoeksproject zal het programma van de minor worden aangepast, zodat de inhoud aansluit bij complexiteit van de zorgvraag, het interprofessionele karakter, palliatieve zorg en afwisseling in curatie en preventie voor verschillende doelgroepen duidelijk wordt.

OVER DE AUTEUR



Na haar HBOV-opleiding stapte Minke in de jaren tachtig als 'wijkzuster' in Nijmegen op de fiets. Al gauw combineerde zij haar baan met de studie Verplegingswetenschappen. Eind jaren negentig maakte ze de overstap naar expertisecentrum LCW (Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging). Later werd Minke beleidsmedewerker voor transmurale zorg en netwerksamenwerking in het Radboudumc Nijmegen. Zij begeleidde veel projecten in de eerste lijn over wijkgerichte preventie en ouderenzorg.

Vanuit het Radboud Alzheimer Centrum werkte Minke mee aan het opzetten van meer dan 40 lokale netwerken voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers en aan praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. In 2019 promoveerde Minke op het onderzoek 'Interprofessionele communicatie en klinisch leiderschap bij de ontwikkeling van netwerkzorg in de eerste lijn' aan de Radboud Universiteit. Als adviseur bij adviesgroep Procesverbetering en implementatie, als coördinator van Netwerk 100 en als onderzoeker bij het Radboud Alzheimer Centrum is -en blijft- zij vanuit het Radboudumc betrokken bij innovaties en samenwerking in de ouderenzorg.

Op 1 april 2021 is Minke benoemd tot lector Wijkverpleging bij de HAN University of Applied Sciences.

OVER HET LECTORAAT

Het Lectoraat Wijkverpleging is 1 april 2021 gestart in opvolging van het Lectoraat Eerstelijnszorg (2011-2019). Op basis van een brede verkenning en met draagvlak in het werkveld, het onderzoek en het onderwijs koos de HAN voor de focus van het kennisdomein op wijkverpleging. Hiermee is het Lectoraat Wijkverpleging landelijk uniek.

De beroepsuitoefening van (aanstaande) zorgprofessionals in de eerstelijnszorg krijgt een nieuwe invulling. Dat komt omdat de landelijke ontwikkelingen zich in de richting van het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg bewegen. De wijkverpleegkundige speelt een cruciale rol in deze ontwikkeling want het gaat om het geven van 'de juiste zorg op de juiste plek'.

In het Lectoraat Wijkverpleging staat de ontwikkeling van de beroepsinhoud centraal. Wat zijn de -toekomstige - taken en rollen van de wijkverpleegkundige? Wat kan zij betekenen voor mensen die thuis zorg nodig hebben? Het lectoraat werkt samen en voert praktijkgericht onderzoek uit met de HAN-opleidingen, de lectoraten van het Kenniscentrum Duurzame Zorg van de Academie Gezondheid en Vitaliteit en met het werkveld.

**OPEN UP
NEW
HORIZONS.**



HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES