

# KENNISAGENDA

## Rapport Kennisagenda Wijkverpleging

Een routeplanner voor de toekomst



## Inhoud

Inhoud .....	2
I. Samenvattende conclusies.....	4
II. Implementatie en vervolgstappen .....	6
III. Inleiding.....	10
1. Een kennisagenda voor verpleging en verzorging in Nederland.....	12
1.1 Over welke kennis gaat het: een grondige beschrijving.....	12
1.2 De vraagstellingen voor de kennisagenda.....	15
1.3 Een interactieve en stapsgewijze aanpak: door en voor de beroepsgroep.....	16
2. De context van verpleging en verzorging: nu en in de toekomst.....	21
2.1 Algemene ontwikkelingen van invloed op verpleging en verzorging.....	21
2.2 De eigen context van verpleging en verzorging.....	24
2.3 De context van de wijkverpleging sterk in beweging.....	28
3. Actuele kennis verpleging en verzorging: beschikbaar en aankomend .....	36
3.1 Ophalen van kennis bij hoogleraren, lectoren en beroepsvereniging.....	36
3.2 Actuele kennis uit verpleegkundig onderzoek: de resultaten .....	37
3.3 Actuele kennis uit kwaliteitsstandaarden: de resultaten .....	42
3.4 Beschouwing van de data over actuele kennis.....	46
4. Eerste resultaat. Een raamwerk met generieke kennisonderwerpen V&V breed ....	48
4.1 Aanpak ontwikkeling van het raamwerk.....	48
4.2 Het raamwerk verpleging en verzorging breed.....	50
4.3 Het raamwerk toegelicht.....	50
5. Kennisbehoefte in de wijkverpleging.....	54
5.1 Toepassing van het raamwerk generieke kennisonderwerpen in de wijkverpleging .....	54
5.2 Kennisbehoefte van wijkverpleegkundigen en verzorgenden: resultaten uit de vragenlijst en focusgroepen .....	57
5.3 Synthese van bevindingen: de behoefte aan kennis is veelomvattend .....	76
5.4 De kennisvragen geformuleerd.....	80
6. Tweede resultaat. De kennisagenda voor de wijkverpleging.....	82
6.1 Proces van prioritering kennisvragen.....	82
6.2 De eerste kennisagenda wijkverpleging.....	84
7. Evaluatie methodiek ontwikkeling kennisagenda en aanbevelingen.....	87

Bijlagen .....	92
Bijlage 1. Begrippen - definities .....	92
Bijlage 2. Betrokken actoren: adviesgroep, klankbordgroep, genodigden prioritering .....	94
Bijlage 3. Beroepstitels en functienamen in de wijkverpleging .....	95
Bijlage 4. Vragenlijst aan hoogleraren en lectoren verpleegkunde.....	98
Datum.....	99
Bijlage 5. Lijst met zoektermen onderzoektitels 2008-nu .....	103
Bijlage 6. Vragenlijst wijkverpleging.....	104
Bijlage 7. Codes open vragen vragenlijst wijkverpleging.....	109
Bijlage 8. Kennisvragen wijkverpleging voor prioritering met scores.....	110
Referenties.....	125

**Datum:**  
1 oktober 2018

**Gemaakt door:**  
Nienke Bleijenberg  
Marjan Hoeijmakers  
Lia van Straalen  
Marieke Schuurmans

De eigenaar van deze Kennisagenda is:



Uitgevoerd door:



Gefinancierd door:



## I. Samenvattende conclusies

Het Raamwerk Verpleging & Verzorging (V&V voor een kennisagenda in verpleging en verzorging) en de eerste Kennisagenda Wijkverpleging zijn tot stand gekomen door inspanningen van (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, de beroepsvereniging V&VN, Patiëntenfederatie, onderzoekers en belangrijke stakeholders zoals het Wijkverpleegkundige Genootschap, Zorgverzekeraars Nederland, ActiZ, het onderwijs MBO en HBO. De beroepsgroep heeft aangegeven waar de urgente vragen liggen in de wijkverpleging en welke (nieuwe) kennis nodig is om goede zorg thuis te leveren en zich op de wijk te richten. De data die in dit project is verzameld is een schatkist aan informatie die bruikbaar is voor de beroepsgroep, beroepsvereniging V&VN, onderzoekers, beleidsmakers, zorgorganisaties en onderwijs.

Onderstaande presenteert, per hoofdstuk, samenvattend de belangrijkste conclusies en eindresultaten. De geïnteresseerde lezer vindt in de achterliggende hoofdstukken en bijlagen een uitgebreid verslag van bevindingen en beschouwingen van alle fasen van het project.

### *Hoofdstuk 1. Kennis en kennisagenda*

Een beschrijving van het belang van verschillende typen kennis voor de beroepsuitoefening in verpleging en verzorging leidt naar de specificering dat dit project zich richt op de ontwikkeling van nieuwe wetenschappelijke kennis en de toepassing van kennis in de praktijk.

De vraagstellingen richten zich op de ontwikkeling van een raamwerk verpleging en verzorging breed en de ontwikkeling van een kennisagenda voor de wijkverpleging. De projectstructuur is zo ingericht dat de beroepsgroep en andere belanghebbenden steeds goed betrokken zijn.

### *Hoofdstuk 2. Contextanalyse*

De gemaakte contextanalyse laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden zich voor een aantal forse uitdagingen geplaatst zien. De kern ligt in de beweging van zorg en ondersteuning dichtbij huis in plaats van in instellingen en in de aansluiting van interventies bij de behoefte en mogelijkheden van mensen. Deze beweging is ingezet vanuit de wens van burgers; een andere visie op gezondheid en zorg; en vanuit kostenperspectief. De veranderingen in en verwachtingen van de wijkverpleging zijn door de beweging naar zorg dichtbij huis bijzonder groot terwijl dit werkgebied een inhaalslag maakt in ontwikkeling. Mensen die thuis zorg ontvangen vinden een aantal aspecten belangrijk: continuïteit, kwaliteit, goed contact met de professional, zorg moet aansluiten bij wensen en behoeften.

Zowel intramuraal als in de wijk zien verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden de aard en omvang van zorg veranderen. Kenmerkend zijn: toename



van complexiteit (in verpleegtechnisch handelen, in de samenhang van problemen en in begeleiding); focus op het functioneren van mensen, zelfmanagement, vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen; en preventie; de rol van technologie in de zorg. Dit alles in een context van schaarste in personeel. Om goed in te spelen op de veranderingen en kwaliteit van zorg te blijven leveren is het noodzakelijk om de zorg anders in te richten; het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden te onderbouwen; en ruimte te geven aan professionals met vakinhoudelijke expertise, lef en leiderschap.

### *Hoofdstuk 3. Inventarisatie actuele kennis in verpleegkunde*

Door een toename in onderzoekscapaciteit is de kennisontwikkeling voor de verpleegkunde gegroeid maar blijft ze voor het uitgebreide vakgebied van verpleging en verzorging echter klein. De wijkverpleging mist hierin een eigen hoogleraar en voldoende promotieonderzoek.

Ondanks dat de wetenschappelijke kennis in omvang toeneemt lijkt het qua actualiteit van de onderzoeksthema's nog niet in de pas te lopen bij wat de ontwikkelingen in context en vakgebied aangeven. Tot nu toe werd verreweg het meeste onderzoek verricht naar onderwerpen die we tot de beroepsinhoud van verpleging en verzorging rekenen. In de lijst met (gewenste) onderwerpen voor toekomstig onderzoek gaat de aandacht meer uit naar kennisonderwerpen die passen bij organisatie van zorg en beroepsontwikkeling.

### *Hoofdstuk 4. Het raamwerk V&V*

Er is een generiek raamwerk V&V ontwikkeld met generieke kennisonderwerpen, verdeeld onder drie pijlers: beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling. Het raamwerk kan gebruikt worden bij de ontwikkeling van een kennisagenda voor een van de werkvelden van verpleging en verzorging. In dit project is het raamwerk toegepast bij de ontwikkeling van de kennisagenda wijkverpleging. In het raamwerk zijn de bevindingen uit de contextanalyse meegenomen en de wensen voor toekomstige thema's van onderzoekers. Het raamwerk is gevalideerd met de beroepsgroep en met het Wetenschappelijk College Verpleegkunde.

### *Hoofdstuk 5. Kennisbehoefte in de wijkverpleging*

Met een vragenlijst en in focusgroepen zijn knelpunten en kennisvragen die leven bij wijkverpleegkundigen en verzorgenden opgehaald en uitgediept. Zij geven aan dat de wijkverpleging nog onvoldoende toegerust is voor de uitdagingen van de toekomst. De actuele kennis en andere competenties van wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk passen onvoldoende bij wat cliënten en de wijk nodig hebben om zo gezond mogelijk te blijven en goede kwaliteit van leven te beleven en te bieden. De focus en structuur van zorgorganisaties zijn (grotendeels) nog altijd productie-, curatief- en ziektegericht. Oud denken verhindert een omslag in doen.

In de wijkverpleging wordt een implementatie probleem ervaren. Al bestaande kennis en innovatieve producten vinden onvoldoende de weg naar de professional in de praktijk en onvoldoende toepassing bij de cliënt. Ook de grote vraag naar deskundigheidsbevordering wijst hierop. Debet hieraan zijn het ontbreken van een goede kennisinfrastructuur en achterblijvend beleid van zorgorganisaties dat zich richt op facilitering van professionals om kennis op te halen en te delen; om samen te leren.

Wijkverpleegkundigen en verzorgenden ervaren *een grote behoefte aan kennis*. Dit wijst in eerste instantie op een uitgebreide vraag naar deskundigheidsbevordering. Daar doorheen kijkend is de vraag naar nieuw te ontwikkelen kennis ook omvangrijk. De vraag naar deskundigheidsbevordering gaat over voor de wijkverpleging nieuwe thema's, nieuwe doelgroepen en andere zorgvragen. Voor het tekort aan kennis en competenties is geen quick fix mogelijk. Deskundigheidsbevordering vraagt een lange adem en gerichte interventies op het gebied van leren en een lerende werkomgeving waarin continu uitwisselen en verbeteren vanzelfsprekend zijn.

De vraag naar nieuwe kennis komt het duidelijkst naar voren in elf meest genoemde Top-kennisonderwerpen. Voor beroepsinhoud zijn dit: psychische zorg, klinisch redeneren-indiceren, complexiteit, preventie en vroegsignalering. Voor organisatie van zorg: samenwerking, technologie, optimale teamsamenstelling. En voor beroepsontwikkeling: leiderschap, de lerende professional, en kennisontwikkeling (verpleegkundig onderzoek). Onderzoek zou zich daarbij aansluitend moeten richten op (de groepen) mensen met meervoudige problemen (lichamelijk, psychisch, sociaal), zorgmijders en mensen met psychiatrische problemen, en mensen met multimorbiditeit.

### *Hoofdstuk 6. De kennisagenda wijkverpleging*

De stapsgewijze prioritering van de kennisvragen, van 150 opgehaalde kennisvragen naar 40 kennisvragen en vervolgens naar 16, vond plaats met de beroepsgroep en andere belanghebbenden. Zo is een kennisagenda opgesteld met zestien prioritaire kennisvragen: tien kennisvragen hebben betrekking op beroepsinhoud, drie op organisatie van zorg en drie op beroepsontwikkeling.

De kennisagenda is in september 2018 door de adviesgroep en het Wetenschappelijk College Verpleegkunde vastgesteld.

## **II. Implementatie en vervolgstappen**

De kennisagenda laat zien waar toekomstig onderzoek in de wijkverpleging over zou moeten gaan. Het is een middel en een leidraad voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek in de wijkverpleging. Onderzoek en innovatie dragen bij aan verdere ombouw van de wijkverpleging en het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk. Hierdoor zijn professionals in staat om kwalitatief goede zorg te verlenen op basis van actuele kennis en inzichten en zijn zij toegerust om de zorg slimmer

en beter te organiseren. Onderzoek draagt bij aan duurzame kennisontwikkeling, slimmer werken en verbetering van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van werken in de wijk. Het Wetenschappelijk College Verpleegkunde (WCV) en de beroepsvereniging V&VN hebben een gezamenlijk ambitie. Zij willen de kennisagenda wijkverpleging borgen en de vragen uit de kennisagenda uitwerken in o.a. een onderzoeksprogramma. Een viertal stappen zijn op korte termijn noodzakelijk voor een succesvolle implementatie van de kennisagenda.

De volgende uitgangspunten voor de vervolgstappen zijn geformuleerd:

- Stimuleert en versterkt wetenschappelijk onderzoek en innovatie in de wijkverpleging.
- Draagt bij aan betere afstemming, coördinatie en samenwerking (krachtenbundeling) op het gebied van wetenschappelijk onderzoek in de wijkverpleging.
- Draagt bij aan het vormgeven van een stevige kennisinfrastructuur in de wijk en het ontwikkelen, evalueren en implementeren van (nieuwe) kennis voor de beroepsgroep.
- Sluit aan bij de wensen en behoeften van patiënten en cliënten.
- Draagt bij aan het systematisch en duurzaam leren en verbeteren in de praktijk. Dat betekent onder andere dat de kennis op een vindbare plek gebundeld wordt en daardoor inzichtelijk is voor de beroepsgroep.
- De impact van het onderzoek moet zichtbaar bijdragen aan betere kwaliteit van zorg en betere kwaliteit van werk (werktevredenheid).

**Stap 1:** De eerste stap is een analyse van álle kennisvragen die in de kennisagenda wijkverpleging zijn aangedragen. Dit is noodzakelijk omdat de kennisagenda op dit moment verschillende type vragen bevat die een andere vervolgactie vragen. Wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden kunnen door verschillende oorzaken een kennislacune ervaren. We onderscheiden in de huidige kennisagenda verschillende type vragen. De vragen zijn in te delen naar drie typen kennis die gevraagd wordt:

- 1) Nieuwe kennis: vragen waar nog geen evidence over is.
- 2) Ongebruikte kennis: vragen waar kennis over beschikbaar is, geordend en ontsloten is voor de praktijk, maar onvoldoende geïmplementeerd of gebruikt.
- 3) Verborgen kennis: kennis die wel aanwezig is, maar versnipperd of tegenstrijdig is, en nog niet geordend en ontsloten voor de praktijk.

Het WCV wil deze analyse beleggen bij de (nog, medio 2019, op te richten) Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging (V&VN). Voor de uitvoering van de analyse is externe financiering noodzakelijk. De auteurs van dit rapport dragen alle data (kwantitatief en kwalitatief) over aan het WCV.

**Stap 2:** Na het uitvoeren van stap 1 is het helder welke vragen gaan over nieuwe kennis. Deze kennisvragen worden in stap 2 gebundeld in een breed gedragen Onderzoeksprogramma Wijkverpleging voor de duur van 5 jaar. Het (nog te schrijven) onderzoeksprogramma wijkverpleging zal deze kennisvragen opnemen, maar zal een bredere scope hebben. Thema's uit o.a. het kwaliteitskader, de hoofdlijnenakkoorden en politieke vraagstukken op dit dossier (o.a. arbeidsmarkt en ziekenhuis verplaatste zorg) worden eveneens meegenomen in het onderzoeksprogramma. Het WCV zal het schrijven van een onderzoeksprogramma beleggen bij de Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging i.o van V&VN.

Het WCV en V&VN bieden het onderzoeksprogramma aan, aan VWS. Vervolgens is financiering van VWS/ZonMw en anderen nodig om het onderzoeksprogramma te kunnen uitvoeren. Onderzoeksgroepen (leerstoelen, lectoraten en practoraten) en kennisinstellingen kunnen samen met de praktijk en het onderwijs aan de slag gaan met deze kennisvragen. Draagvlak op de inhoud en samenwerking op de uitvoering met andere partijen zoals ZN, ActiZ, BTN is hierin cruciaal. Werkgevers hebben bijvoorbeeld een belangrijke rol in het creëren en faciliteren van voorwaarden voor implementatie en adoptie van de nieuwe kennis en ook voor deelname van verpleegkundigen aan wetenschappelijk- en praktijkgericht onderzoek.

**Stap 3:** Na de filter van stap 1 wordt inzichtelijk wat de ongebruikte kennis en verborgen kennis is. Beiden zijn relevant voor de praktijk maar vragen echter een andere aanpak c.q. vervolgactie dan de vragen naar nieuwe kennis. Wanneer het gaat om ongebruikte kennis dan het van belang om na te gaan of het een implementatievraagstuk of deskundigheid probleem is. Verschillende partijen zijn vervolgens aan zet. Werkgevers, de beroepsvereniging, kennisinstellingen, verzekeraars hebben de taak de implementatievraagstukken verder aan te pakken en of bestaande kennis verder te verspreiden en te implementeren. Onderzoekers kunnen de implementatie zo nodig evalueren. Het doel is de professionaliteit van de wijkverpleging te bevorderen. Partijen zijn met elkaar verantwoordelijk om de juiste randvoorwaarden te scheppen rondom deskundigheidbevordering, zoals het stimuleren van individuele bevoegd- en bekwaamheden van professionals zoals omschreven in de wet BIG, als het ontwikkelen en beschikbaar stellen van kwaliteitsinstrumenten. Externe financiering is nodig om implementatieprojecten op te kunnen starten en te evalueren.

Daar waar het gaat om *verborgen kennisvragen*, kennis die er wel is, maar nog niet gebundeld en of ontsloten is voor de wijkverpleging zijn verschillende partijen aan zet. Vragen waar richtlijnontwikkeling gezien wordt als een mogelijke oplossingsrichting, dan ligt er een taak voor het programmabureau Kwaliteitsstandaarden van V&VN. V&VN kan de onderwerpen opnemen in de prioriteringsagenda om vervolgens op basis van wensen en behoeften van leden ontwikkeltrajecten te starten. Naast de beroepsvereniging kunnen kennisinstellingen ook aan de slag gaan met vragen die gaan over



competenties van wijkverpleegkundigen en verzorgenden, zoals het indiceren, klinisch redeneren en wijkgericht werken. Deze vraagstukken worden overgedragen aan kennisinstellingen/platforms zoals het MBO en HBO en de V&VN Academie zodat passend onderwijs (initiële opleidingen/ bij en nascholing) of lerende netwerken (intervisie of intercollegiale toetsing) gestimuleerd kunnen worden.

**Stap 4: Monitoring.** Het WCV en V&VN monitoren de implementatie en vervolgstappen van de kennisagenda wijkverpleging, in samenhang met acties uit het Kwaliteitskader Wijkverpleging en de Hoofdlijnenakkoorden. Hoewel de Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging, functionerend onder het WCV, nog in oprichting is, is de verwachting dat deze: jaarlijks de stand van zaken ten aanzien van de bovengenoemde stappen evalueert; toeziet op de monitoring, uitvoering en realisatie van de kennisagenda en daarover rapporteert aan het WCV en V&VN.

#### *Verspreiding en communicatie*

Het raamwerk V&V en de kennisagenda wijkverpleging worden via de beroepsvereniging V&VN gedeeld met de leden en het werkveld. Daarnaast verspreidt V&VN de kennisagenda door onder alle relevante stakeholders. De kennisagenda is tijdens de ZonMw bijeenkomst Tussen Weten en Doen II in november 2018 kort gepresenteerd. Van belang is om de verzamelde kennis te verspreiden en belanghebbenden (werkgevers, onderwijs en kennisinstellingen) te informeren over de inhoud van de kennisagenda wijkverpleging met als doel draagvlak te creëren voor de vervolgstappen. Er heeft inmiddels al afstemming plaatsgevonden met de projectleiders van de paramedische kennisagenda's en de NHG wetenschapsagenda. De overlappende thema's en vragen uit de verschillende agenda's worden in het najaar gebundeld. De aanbidding van de kennisagenda's aan VWS en ZonMw zal gezamenlijk plaatsvinden eind 2018. Vervolgens zal op een later moment vanuit het WCV en V&VN het onderzoeksprogramma wijkverpleging worden aangeboden aan de minister van VWS.

### III. Inleiding

De verpleging en verzorging, het hart van de zorg met meer dan 400.000 professionals, is nog onvoldoende voorbereid op de toekomst waarin de druk op hun veranderende zorgpraktijk toeneemt. Duurzame kennisontwikkeling draagt bij aan een effectieve beroepspraktijk maar de huidige onderzoekscapaciteit en kennisinfrastructuur voor de verpleging en verzorging zijn nog suboptimaal.

De huidige en verwachte ontwikkelingen: demografisch, epidemiologisch, economisch, maatschappelijk, en een nieuwe visie op gezondheid, de zorgberoepen en de organisatie van zorg in schaarste dagen de verpleging en verzorging fors uit tot innovatie en kennisontwikkeling voor het vakgebied. Zodanig dat verpleegkundigen en verzorgenden onderbouwde en effectieve zorg kunnen bieden en hun rol in de gezondheidszorg optimaal kunnen vervullen. Gezien de maatschappelijke urgentie en grote veranderingen in de wijkverpleging verdient dit vakgebied hierbij extra aandacht.

Dit leidt tot de vraag welke kennis het vakgebied van verpleging en verzorging, en in het bijzonder de wijkverpleging, dan nodig heeft om deze ontwikkelslag te maken, en welke kennis (wel aanwezig maar) mogelijk niet gebruikt wordt. Een kennisagenda, opgesteld door de beroepsgroep in samenwerking met belanghebbenden, biedt inzicht in de kennisvragen en is richtinggevend voor wetenschappelijk onderzoek. Deze bestaat voor de verpleging en verzorging nog niet.

Het einde van het ZonMw programma Zichtbare schakel, waarin de wijkverpleegkundige in de volle breedte werd ingezet voor een gezonde buurt, en het aflopen van het programma Tussen Weten en Doen II waren voor ZonMw aanleiding een opdracht uit te geven om een kennisagenda voor verpleging en verzorging te maken. Deze is belegd bij de Hogeschool Utrecht, het lectoraat Chronisch Zieken van dr. Nienke Bleijenberg en het UMC Utrecht, hoogleraar verplegingswetenschap Marieke Schuurmans.

Te spreken over een kennisagenda voor verpleging en verzorging is enigszins misleidend. Het vakgebied met verschillende werkvelden en specialisaties is zo uitgebreid dat één kennisagenda verpleging en verzorging niet te maken is. De opdracht was daarom 1) een algemeen raamwerk te ontwikkelen waarmee voor specifieke werkvelden in de verpleging en verzorging een kennisagenda gemaakt kan worden en 2) op basis daarvan een kennisagenda voor de wijkverpleging uit te werken. Als derde vroeg ZonMw de methodiek voor de uitwerking van de wijkverpleging te evalueren ten bate van andere ontwikkeltrajecten in de verpleging en verzorging. De kennisagenda dient naast verbetering van de zorg ter ondersteuning van verdere onderzoeksprogrammering en acquisitie van onderzoeksgeld.

Dit rapport doet verslag van de uitvoering en de uitkomsten van het hele ontwikkeltraject. Er ligt nu een raamwerk met kennisonderwerpen V&V breed en een kennisagenda voor de wijkverpleging. Beiden zijn ook in een publieksversie beschikbaar. De resultaten zijn te danken aan de grote betrokkenheid en inbreng van (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden in alle fasen van het project. De nauwe samenwerking met de beroepsvereniging V&VN en het Wetenschappelijk College Verpleegkunde in oprichting zorgen voor borging van de resultaten. Ook andere belanghebbenden zoals de Patiëntenfederatie Nederland, het onderwijs (hbo en mbo), en het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap, ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit hebben kritisch meegedacht.

Zeven hoofdstukken beschrijven steeds aanpak en uitkomsten van de verschillende fasen van het project. Paragraaf 3.4 en 5.3 geven een specifieke beschouwing op de uitkomsten.

De samenvattende conclusies worden in één overzicht bondig gepresenteerd, dit is de essentie van alle bevindingen. Vervolgens worden de implementatie en vervolgstappen beschreven: hoe de resultaten te borgen en verder te brengen. De toekomst in, voor goede zorg!

# 1. Een kennisagenda voor verpleging en verzorging in Nederland

Verschillende typen kennis bepalen in onderlinge samenhang de beroepsuitoefening van verpleging en verzorging en daardoor de kwaliteit van zorg. Een kennisagenda geeft richting aan de ontwikkeling van kennis die nu in de beroepsuitoefening in verpleging en verzorging, in het bijzonder in de wijkverpleging, gemist wordt en die in de toekomst nodig is. Bekeken vanuit het perspectief dat de nieuwe kennis zal bijdragen aan goede zorg, en de gezondheid en het welzijn van de patiënt, cliënt, bewoner bevorderen. En bijdraagt aan de verdere ontwikkeling van het vakgebied.

Dit eerste hoofdstuk geeft een beschrijving van wat kennis is en wat dit rapport onder een kennisagenda verstaat. Vervolgens komen de vraagstellingen en aanpak aan de orde.

## 1.1 Over welke kennis gaat het: een grondige beschrijving

In zijn algemeenheid is kennis alles wat geweten en toegepast kan worden door een mens of door een maatschappij als geheel. Het begrip kennis kan echter op verschillende manieren ingevuld worden. Weggeman (2004) beschrijft kennis met een formule:  $K = f(I, E, V, A)$ . Kennis in deze formule is de functie ( $f$ ) van Informatie, Ervaring, Vaardigheid en Attitude [1]. In relatie tot de verpleegkundige beroepsuitoefening wordt ook gesproken over: 1) wetenschappelijke kennis, 2) vakkennis, 3) generieke en specialistische kennis en 4) impliciete kennis. Competenties zoals beschreven in de verpleegkundige beroepsprofielen zijn een mix van kennis, vaardigheden en attitude.

### 1. Wetenschappelijke kennis

Wetenschappelijke kennis is kennis die tot stand komt door wetenschappelijk onderzoek via de empirische cyclus. Verpleegkundigen en verzorgenden gebruiken wetenschappelijke kennis om de zorg die ze verlenen goed te onderbouwen. En om te kunnen voldoen aan een van de principes van *evidence-based practice* (EBP). Deze leiden, mits goed gebruikt, tot goede zorg.<sup>1</sup> EBP is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het beste bewijsmateriaal (evidence) dat op dat moment beschikbaar is. EBP helpt verpleegkundigen wetenschappelijk verantwoorde beslissingen te nemen. Dit gebeurt in vijf stappen. Om wetenschappelijke kennis goed te kunnen gebruiken zijn competenties nodig gericht op het kunnen vinden, beoordelen en samenvatten van wetenschappelijke kennis. En de uitkomsten vervolgens te leggen op de in de praktijk gestelde (zorg)vraag en opties van handelen juist af te wegen. Implementatie van EBP is in de verpleegkunde veel meer een teamverantwoordelijkheid dan een individuele verantwoordelijkheid [2]. Wetenschappelijk onderzoek naar implementatie van

---

<sup>1</sup> Met goede zorg bedoelen we in dit project: zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd is en die toegesneden is op de behoeften van de individuele patiënt en cliënt. (Bron: Programma Zichtbare Zorg).



EBP in de wijk is niet bekend. In die zin is de wijkverpleging nog een onontgonnen gebied.

In de ontwikkeling van richtlijnen wordt in principe gebruik gemaakt van sterk wetenschappelijk bewijs zoals uit Randomised Controlled Trials (RCTs) (niveau A). Dit is echter niet altijd voorhanden in de verpleegkunde en zeker niet als het de wijkverpleging aangaat. Motivatie voor het afwijken van RCTs wanneer deze niet haalbaar zijn is essentieel.

De principes van EBP komen soms onder druk te staan. Zo blijkt ook uit de oproep van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS, 2017) die zegt dat goede zorg context-specifiek is. Ze is meer dan het toepassen van wetenschappelijke kennis. Ze vergt zeker ook professionaliteit en samenwerking [3].

## *2. Vakkennis*

Vakkennis is alle kennis die iemand die een bepaald beroep uitoefent nodig heeft voor de uitoefening van dat beroep. Vakkennis bestaat uit zowel expliciete als impliciete kennis. Expliciete vakkennis wordt in eerste instantie onderwezen op een initiële opleiding (hbo-v of mbo-v) en daarna door praktijkervaring en verdere studie en ontwikkeling verdiept en vergroot. Het is een misvatting om te denken dat pas afgestudeerden een vak volledig beheersen en klaar zijn voor de praktijk. Over het algemeen is vijf tot zeven jaar praktijkervaring nodig om tot een goede professional uit te groeien [4]. Om deze groei te kunnen doormaken is een lerende houding noodzakelijk en een werkomgeving die continu leren mogelijk maakt.

De vakkennis van de verpleegkundige en verzorgende is breed en is opgebouwd uit kennis over anatomie, fysiologie, pathologie, sociologie, psychologie, epidemiologie, ethiek etc. Daarnaast heeft de verpleegkunde en zorgkunde een eigen kennisdomein dat opgeschreven staat in richtlijnen en protocollen en als verpleegkundige diagnoses, interventies en uitkomsten. Goed opgezette, praktijkgerichte implementatieprogramma's kunnen het gebruik van verpleegkundige diagnostiek in een klinische setting verbeteren [5]. Het ontbreken van een uniform en geaccepteerd begrippenkader belemmert echter een goed gebruik van verpleegkundige diagnostiek.

Bepaalde delen van vakkennis verouderen niet snel, bijvoorbeeld anatomische kennis. Er is echter veel ontwikkeling in vakkennis over nieuwe interventies of behandelmethoden. Een voorbeeld van nieuwe vakkennis is de behandeling en preventie van problemen van kwetsbare ouderen thuis zoals beschreven door Bleijenberg (2016) [6]. De nieuwe vakkennis is in toenemende mate gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en bewijs.

## *3. Generieke- en specialistische (vak)kennis*

Vakkennis heeft altijd een generiek en een meer specialistisch deel. Generieke kennis is nodig om een goed antwoord te kunnen geven op de meest voorkomende patiënt-

vragen. Specialistische kennis is nodig als problemen niet vaak voorkomen of bijzonder complex zijn. Dat er steeds meer vraag is naar specialistische kennis blijkt uit de toename van verpleegkundigen met een expertisegebied.

Kijkend naar de wijkverpleging nemen thuiszorgorganisaties toenemend verpleegkundigen in dienst voor specifieke cliëntgroepen: cliënten met diabetes, longproblemen of hart/ vaat aandoeningen. Soms in samenwerking met een intramurale setting. Veel van deze verpleegkundigen dragen de verantwoordelijkheid om naast curatieve en preventieve zorg ook de deskundigheid van collega's te bevorderen door consultatie of scholing.

Taakdifferentiatie roept vragen op over de organisatie van zorg. Hoe te zorgen dat specialistische kennis ook werkelijk gebruikt wordt daar waar het op dat moment nodig is?

#### 4. *Impliciete kennis*

Impliciete kennis (onbewuste kennis) of wel *tacit knowledge* is een vorm van kennis die wordt opgebouwd door socialisatie in de beroepspraktijk en het leren van anderen. Niet alle impliciete kennis is per definitie goede kennis, mensen leren ook "verkeerde" kennis van elkaar. Impliciete kennis is het tegenovergestelde van expliciete kennis. Expliciete kennis kan getoetst en dus zichtbaar worden maar impliciete kennis wordt pas zichtbaar in beroepsgedrag en stuurt voor een groot deel ook dit gedrag, bijvoorbeeld bij het klinisch redeneren. De impact van impliciete kennis op beroepsgedrag kan verduidelijkt worden door bepaalde vormen van leren zoals reflectie. Goede impliciete kennis kan dan weer expliciete kennis worden [7]. Het is niet bekend welke impliciete kennis aanwezig is bij ervaren (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden die geëxpliciteerd kan worden en zodoende kan bijdragen aan ontwikkeling van de beroepspraktijk.

#### *De lerende professional*

De veranderende zorgvraag maar ook het beschikbaar komen van nieuwe kennis betekent dat iedere verzorgende of verpleegkundige gehouden is aan een leven lang leren of anders gezegd aan continue professionele ontwikkeling (CPO). Het werk blijft aantrekkelijk als verpleegkundigen daartoe voldoende mogelijkheden ervaren. Brekelmans (2015) schrijft dat effectieve professionele ontwikkeling een goede balans vergt tussen privé en werk maar ook een actievere rol van verpleegkundigen zelf [8]. Brekelmans bedoelt daarmee dat er vooral behoefte is aan meer afstemming op de persoonlijke behoeften van individuele verpleegkundigen. Bijvoorbeeld door middel van een persoonlijk ontwikkelplan (POP) dat in doelen en acties wordt afgestemd op persoonlijke eisen en de eisen van de organisatie. De organisatie en de leidinggevende spelen een cruciale rol in het sturen van het ontwikkelproces en het scheppen van voorwaarden. In een ideale situatie leveren patiënt uitkomsten feedback voor leerprocessen op zowel organisatie, team als individueel niveau [7].

### *Indeling naar nieuwe, ongebruikte en verborgen kennis*

Een andere indeling van kennis, min of meer 'kennisproducten', komt niet uit de literatuur maar is het resultaat van al werkende weg bezig zijn met de ontwikkeling van raamwerk en kennisagenda.

1. Nieuwe kennis. Kennis die ontbreekt en door onderzoek verkregen kan worden.
2. Ongebruikte kennis. Dit is kennis die beschikbaar is, geordend en ontsloten is voor bedoelde gebruikers c.q. de praktijk, maar onvoldoende gebruikt wordt.
3. Verborgene kennis. Kennis die aanwezig is maar (nog) niet geordend en ontsloten is voor gebruikers.

### *Een kennisagenda verpleging en verzorging: over welke kennis het gaat*

Uit voorgaande mag duidelijk zijn dat de verschillende typen kennis onderling samenhangen. Samen bepalen ze de beroepsuitoefening in verpleging en verzorging en daarmee ook de kwaliteit van zorg. Deze kennisagenda verpleging en verzorging richt zich ondanks deze samenhang voornamelijk op de ontwikkeling van nieuwe wetenschappelijke kennis en de toepassing van kennis in de praktijk.

Een kennisagenda geeft in zijn algemeenheid richting aan wat gedaan moet worden aan kennisontwikkeling in een organisatie of werkveld. De volgende uitgangspunten zijn voor de kennisagenda verpleging en verzorging geformuleerd

1. Het gaat om de ontwikkeling van kennis die nu in de beroepsuitoefening gemist wordt en die in de toekomst nodig is voor goede zorg.
2. De kennisagenda beoogt de kwaliteit en effectiviteit van de zorg te verbeteren door gedegen (wetenschappelijke) onderbouwing.
3. De kennisagenda draagt bij aan afstemming, coördinatie en samenwerking ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek in de verpleegkunde.
4. De kennisagenda wil naast geregisseerde ontwikkeling van kennis de kennisinfrastructuur voor verpleging en verzorging versterken en de implementatie van nieuwe kennis in de praktijk bevorderen.

Bovenstaande indeling van kennisproducten en vermelde uitgangspunten van een kennisagenda verpleging en verzorging vormen de basis van de vraagstellingen die in dit project onderzocht zijn.

## **1.2 De vraagstellingen voor de kennisagenda**

Bij de ontwikkeling en vaststelling van een algemeen raamwerk voor een kennisagenda in verpleging en verzorging en specifiek uitgewerkt voor de wijkverpleging zijn de volgende **vraagstellingen en deelvraagstellingen** geformuleerd.

1. Welke thema's op het gebied van: beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling dienen als bouwstenen voor een raamwerk waarmee in de *verpleging*

en verzorging een kennisagenda voor specifieke werkvelden ontwikkeld kan worden?<sup>2</sup>

- a. Welke contextuele ontwikkelingen vormen de toekomstige uitdagingen voor het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden en voor de organisatie en uitvoering van goede zorg (en daarmee de basis voor een raamwerk verpleging en verzorging breed)?
  - b. Wat is de stand van de actuele kennis rondom beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling van verpleging en verzorging in Nederland?
  - c. Welke thema's komen uit de analyses uit vraagstelling a en b naar voren?
  - d. Welke thema's (en subthema's) vormen na validatie van de uitkomsten onder c een bruikbaar raamwerk voor de verdere ontwikkeling van kennisagenda's binnen de verpleging en verzorging?
  - e. Wat wordt, voor toekomstige kennisagenda's, geleerd uit dit proces, onder andere over welke en hoe belanghebbenden betrokken moeten worden, en van de hier gebruikte methode?
2. Welke kennisvragen zijn er in de *wijkverpleging* op het gebied van: beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling? Uitgesplitst naar functie.
- a. Welke contextuele ontwikkelingen vormen de toekomstige uitdagingen voor het vakgebied van de wijkverpleging (en daarmee de grondslag van de kennisvragen)?
  - b. Wat is de stand van de actuele kennis rondom beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling van de wijkverpleging in Nederland?
  - c. Welke vragen naar nieuwe kennis komen in deze stand van zaken en in het werkveld naar voren en welke kennis is wel beschikbaar maar nog onvoldoende geïmplementeerd in de praktijk?
  - d. Welke kennisvragen zijn, alles bij elkaar genomen, prioritair?
  - e. Hoe wordt het proces en de methodiek voor het opstellen van de kennisagenda wijkverpleging ervaren en op welke manier kan deze worden aangevuld ten bate van de ontwikkeling van een kennisagenda voor een ander vakgebied?

### 1.3 Een interactieve en stapsgewijze aanpak: door en voor de beroepsgroep

Het algemene raamwerk voor een kennisagenda verpleging en verzorging en de kennisagenda wijkverpleging zijn stapsgewijs en op interactieve wijze ontwikkeld. Om tot

---

<sup>2</sup> In dit project ordenen we de informatie steeds naar drie pijlers van het vakgebied. Beroepsinhoud: alles wat met directe zorgverlening te maken heeft. Organisatie van zorg: alles wat nodig is om directe zorg te verlenen. Beroepsontwikkeling: vakbekwaamheid en alles wat nodig is om het beroep verder te brengen.



een breed gedragen resultaat te komen is het van groot belang dat alle belanghebbenden, in het bijzonder de brede groep verpleegkundigen en verzorgenden en cliënten deelnemen aan de totstandkoming van de kennisagenda. Zij zijn goed in de overlegstructuur van het project en het ontwikkelproces betrokken, niet alleen als respondent. Daarnaast zijn experts uit praktijk, onderwijs en wetenschap en andere belanghebbenden betrokken. Elke stap in het ontwikkelproces maakt gebruik van relevante onderzoeksmethoden (zie figuur 1).

### **Projectstructuur**

Om brede betrokkenheid te realiseren en tegelijkertijd slagvaardig te blijven is het project ingericht met een projectgroep, adviesgroep en klankbordgroep. Met voor elke groep specifieke taken en verantwoordelijkheden.

#### *Projectgroep*

De projectgroep met drie leden voerde het project uit en droeg verantwoordelijkheid over proces en resultaat. Zij legde vragen, conceptproducten en bevindingen in een continue samenwerking voor aan de adviesgroep en informeerde en raadpleegde op gezette tijden (leden van) de klankbordgroep.

#### *Adviesgroep*

De adviesgroep bestond uit zeven leden afkomstig uit: de beroepsgroep verpleging en verzorging, de beroepsvereniging V&VN, de Patiënten Federatie Nederland (PFN), een hoogleraar verplegingswetenschap (lid van het Wetenschappelijk College Verpleegkunde in oprichting) en het onderwijs (mbo en hbo).

De adviesgroep had als taak: de projectgroep te adviseren, een soepele uitvoering van het project mee te bevorderen, haar achterban te mobiliseren ten faveure van het project, het ontwikkelproces mee te monitoren en waar nodig af te stemmen op andere initiatieven

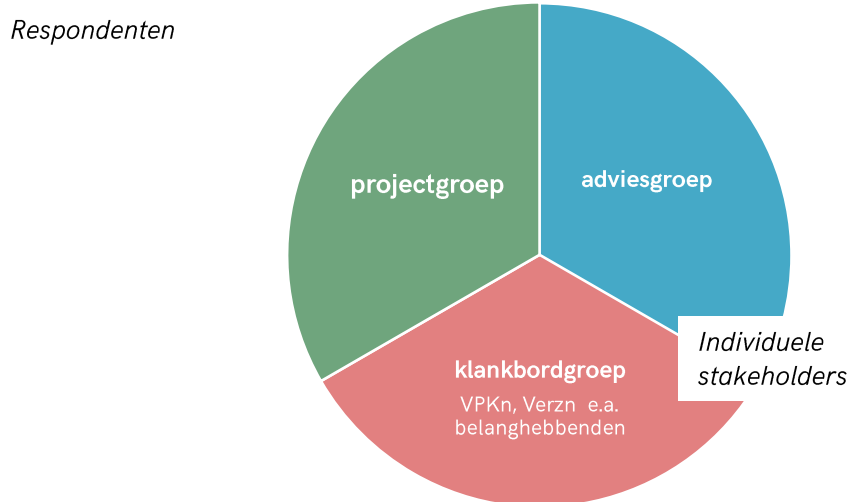
#### *Klankbordgroep*

De klankbordgroep is een brede groep belanghebbenden bij het project. Ze bestond uit ongeveer vier (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden die de beroepsgroep vertegenwoordigen. Daarnaast namen vertegenwoordigers van de werkgevers, het Wijkverpleegkundige Genootschap, Zorgverzekeraars Nederland, ministerie van VWS, Hogescholen, MBO-raad en wetenschap deel.

De klankbordgroep had als taak: actief mee te denken met de projectgroep en input te geven in de ontwikkeling en hun achterban te informeren.

De klankbordgroep kwam tweemaal, halverwege en aan het einde van het project, met de project- en adviesgroep bij elkaar.

Stakeholders, buiten de advies en/of klankbordgroep zijn door de projectgroep op individuele en incidentele basis geraadpleegd en geïnformeerd. Bijlage 2 bevat een overzicht van alle betrokkenen.



Figuur 1. Projectstructuur ontwikkeling kennisagenda verpleging en verzorging

### Stapsgewijze aanpak

De ontwikkeling van het raamwerk voor een kennisagenda verpleging en verzorging met een uitwerking voor de wijkverpleging gebeurde stapsgewijs. De aanpak kent, naast een startfase met de organisatie van het project en voorbereidingen van de meetings, vier fasen. Ze worden hier kort beschreven. De hoofdstukken die de verschillende fasen behandelen bevatten meer informatie over de aanpak en uiteraard de resultaten.

#### Fase 1. Context analyse.

In de eerste fase van het project is met een literatuurstudie de huidige en verwachte ontwikkelingen: demografisch, epidemiologisch, economisch, sociaal-cultureel, en de ontwikkelingen in het vakgebied van verpleging en verzorging beschreven. Voor welke uitdagingen ziet de verpleging en verzorging zich nu en in de toekomst gesteld? Dit is in een eerste theoretisch concept vastgelegd. Er is ten bate van fase 3 specifiek ingezoomd op de wijkverpleging.

#### Fase 2. Ontwikkeling raamwerk verpleging en verzorging.

Met de uitkomsten van de contextanalyse; uitkomsten van mentimeters op bijeenkomsten van de beroepsgroep en onderzoek naar de stand van de actuele wetenschappelijke kennis in Nederland is een algemeen raamwerk voor een kennisagenda in verpleging en verzorging opgesteld. Dit raamwerk is in focusgroepen met verpleegkundigen

en verzorgenden en met het Wetenschappelijk College Verpleegkunde, in oprichting (WCV) gevalideerd.

### *Fase 3. Pilot wijkverpleging.*

De pilot wijkverpleging nam een groot deel van het project in beslag, een onderzoek in zichzelf. Het algemene raamwerk is voor de wijkverpleging toegepast om tot een specifieke kennisagenda voor dit werkveld te komen. Met een vragenlijst zijn knelpunten in de dagelijkse zorg en kennisvragen bij de beroepsgroep opgehaald. De bevindingen zijn in focusgroepen verdiept. De 150 opgehaalde kennisvragen zijn in een prioriteringsbijeenkomst gereduceerd tot 16 kennisvragen waarop in de nabije toekomst zeker verpleegkundig onderzoek geprogrammeerd zou moeten worden. De overige vragen behoeft eveneens aandacht, zie hoofdstuk Implementatie en vervolgstappen.

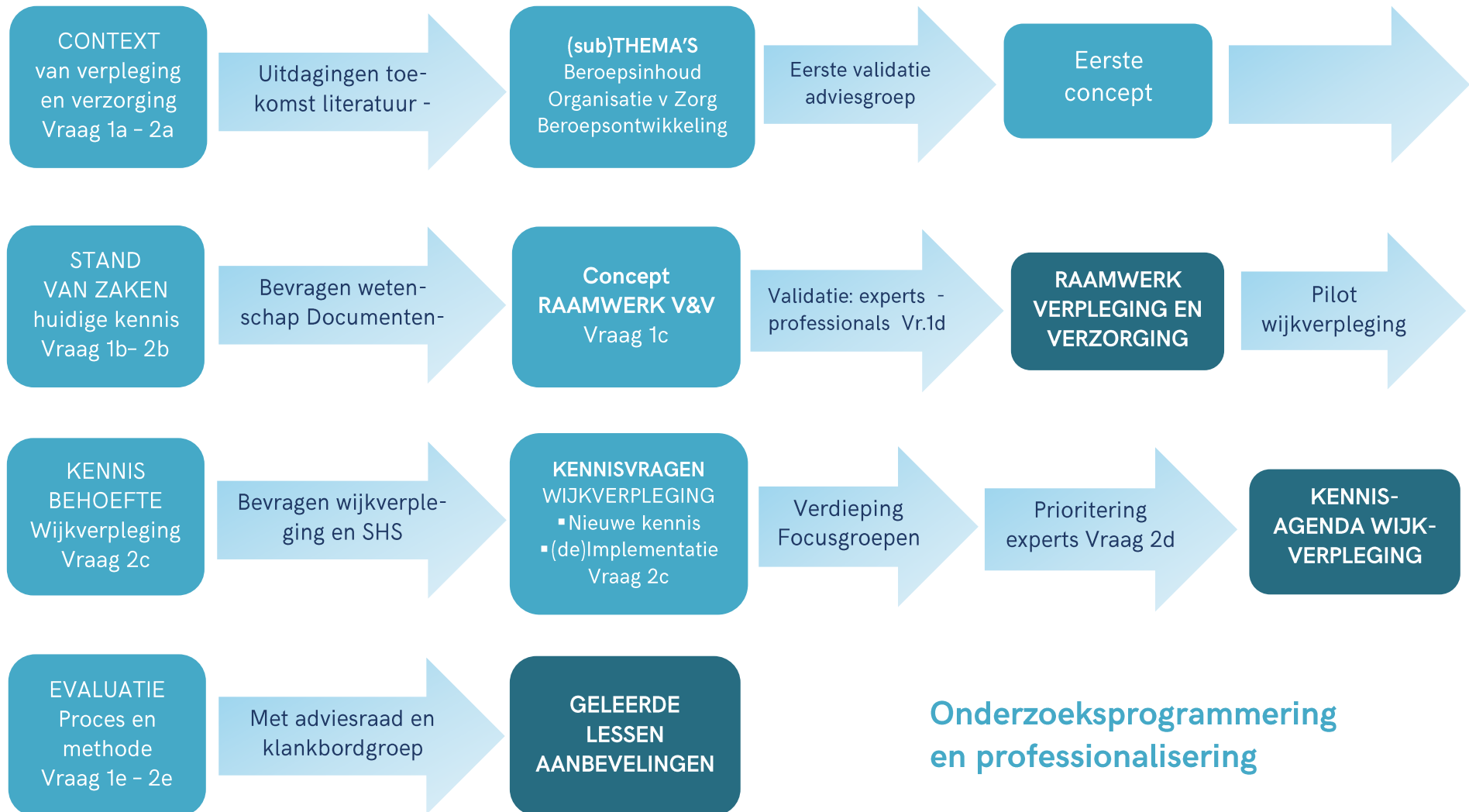
### *Fase 4. Procesevaluatie.*

Met een korte vragenlijst zijn betrokkenen in het project gevraagd hun mening te geven over het gevolgde proces en hun eigen betrokkenheid.

De aanpak is in volgende figuur schematisch samengevat.

In het najaar 2018 vindt de oplevering van drie producten plaats. Dit zijn twee publieksversies van: het algemene raamwerk verpleging en verzorging en van de kennisagenda wijkverpleging (Factsheet Kennisagenda), en deze uitgebreide rapportage over het hele project.

## Kwalitatief goede zorg: persoonsgericht, effectief, veilig, tijdig



Figuur 2. Aanpak ontwikkeling kennisagenda



## 2. De context van verpleging en verzorging: nu en in de toekomst

De algemene maatschappelijke en politieke ontwikkelingen en de zienswijzen op het vakgebied zelf bepalen de context van verpleging en verzorging in Nederland. Essentiële veranderingen in de context dagen de beroepsgroep op verschillende vlakken uit. Om goede zorg te bieden aan mensen met verschillende (lichamelijke) aandoeningen en problemen (psychisch en sociaal) tegelijkertijd. De focus van handelen te leggen op het zelfstandig functioneren en zinvol leven van mensen in de eigen omgeving. Het bevorderen en ondersteunen van de eigen regie en veerkracht van mensen met ondersteuning van (zorg)technologie centraal te stellen. En tegelijkertijd vroegtijdig op te treden en preventief actief te zijn. De interventies van verzorgenden en verpleegkundigen vinden plaats vanuit de eigen discipline, multidisciplinair vanuit de zorgsector en samenhangend vanuit andere sectoren (welzijn en wonen).

De professionele context van verzorging en verpleging wordt momenteel en de komende jaren sterk gekleurd door (zorgen over) de kwaliteit van zorg, de impact en uitkomsten van het handelen, professionalisering en structureel te weinig (bekwaam) personeel. En door duidelijkheid over bekwaamheden, taken en rollen.

De ontwikkelingen in het werkgebied van de wijkverpleging zijn wel het meest pregnant en worden momenteel politiek en maatschappelijk op de voet gevolgd.

Dit hoofdstuk gaat uitgebreid in op de contextuele veranderingen en beschrijft deze in drie paragrafen van breed naar smal. De contextanalyse is gemaakt op basis van een literatuurstudie.

### 2.1 Algemene ontwikkelingen van invloed op verpleging en verzorging

In deze paragraaf staan in het kort de huidige en verwachte ontwikkelingen in Nederland met betrekking tot: demografie, volksgezondheid, economie, en maatschappij die van invloed zijn op de verpleging en verzorging.

#### Demografie

De Nederlandse bevolking groeit, vooral ten gevolge van immigratie. Maar er zijn regionale verschillen: er zijn groei- (de grote steden) en krimpgebieden (o.a. Limburg en Noordoost Groningen). De totale bevolking telt nu ongeveer 16,7 miljoen mensen en groeit tot 2040 naar 17,4 miljoen. Er treedt huishoudensverdunding op; er zijn meer huishoudens van een persoon. In 2016 is dit al het meest voorkomende type huishouden (een derde deel) [9].

De Nederlandse bevolking vergrijst de komende jaren in dubbel tempo. De versnelling wordt o.a. veroorzaakt doordat de babyboomers 65 en ouder worden en de levensverwachting steeds verder is toegenomen en de komende jaren stijgt naar gemiddeld bijna 86 jaar in 2040.

In 2040 zal het aantal ouderen zijn opgelopen tot 4,6 miljoen (26,4% van de totale bevolking) ten opzichte van 2,6 miljoen nu [9].

Daarnaast is sprake van 'dubbele vergrijzing'. Dit houdt in dat binnen de groep 65-plussers het deel 80-plussers toeneemt, naar verwachting tot ruim een kwart in 2040 [9]. Ouderen zijn op hoge leeftijd veelal alleenstaand, thuiswonend, voelen zich vaker eenzaam en zijn chronisch ziek. Hierdoor is er meer vraag naar voorzieningen zoals ondersteuning, pensioen, zorg.

De beroepsbevolking neemt af. Deze groep komt meer onder druk te staan om de welvaart en alle voorzieningen op peil te houden [10].

### **Volksgezondheid**

We leven met z'n allen langer en ook langer in goede gezondheid en zonder beperkingen. De levensverwachting neemt de komende jaren verder toe naar gemiddeld bijna 86 jaar in 2040. De levensverwachting voor vrouwen is nog hoger dan voor mannen. Ook de levensverwachting in goede ervaren gezondheid neemt in gelijke tred toe en we leven ook langer zonder fysieke beperkingen [11, 12]. Veel ouderen blijven tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen. Van de 85-89 jarigen woont driekwart nog zelfstandig, van de 90-95 jarigen nog 60%. Gezondheidsproblemen, chronische ziekten en fysieke beperkingen, hebben het grootste effect op het zelfstandig blijven wonen. Maar ook materiele (bijvoorbeeld inkomen), mentale (zoals zelf regie kunnen voeren) en sociale hulpbronnen (een groot sociaal netwerk bijvoorbeeld) zijn hiervoor relevante factoren [13].

Het merendeel van de mensen voelt zich tot zijn vijfenzeventigste jaar gezond ondanks dat ze wel chronisch ziek zijn of beperkingen in activiteiten ervaren [14]. Het aantal chronische ziekten per oudere (75+) neemt toe tot drie ziekten bij 20% van deze groep in 2040.

Nek- en rugklachten, artrose en diabetes komen in het algemeen het meeste voor. De grootste ziektelast worden veroorzaakt door psychische stoornissen en hart- en vaatziekten. De grootste groei in ziektelast geldt voor dementie en artrose [15].

Acute ziekten zoals hart en vaatziekten, beroerte en kanker kennen een grotere overleving. Infectieziekten en antibioticaresistentie zorgen voor toenemende druk op de volksgezondheid. Met het toenemen van de jaren hebben mensen steeds meer contact met de huisartsenpraktijk: 85-plussers gemiddeld 13 keer per jaar, 5-17 jarigen twee maal per jaar [16]. Huisartsen hebben (in de periode 2013-2016) meer tijd nodig voor oudere patiënten: er vindt een verschuiving plaats van korte naar lange contacten [17]. In algemene zin wordt de leefstijl van de Nederlander langzaam gezonder. Ouderen zijn bijvoorbeeld meer gaan sporten en het aantal rokers blijft dalen.

### **Economie**

De welvaart in ons land stijgt. Met name onder 55-plussers. Mensen met een diploma hebben meer economische zekerheid. Laagopgeleiden vormen een kansarme en

kwetsbare groep in de beroepsbevolking omdat bij een onzekere economie en arbeidsmarkt zij tussen wal en schip vallen. Deze groep mist kenniskapitaal dat niet alleen in de beroepsuitoefening maar in algemene zin in het dagelijks leven steeds belangrijker is geworden [18].

Economische ontwikkelingen zijn positief, maar voor de langere termijn nog onzeker. Daardoor blijven de overheidsfinanciën krap. Ook de budgetten voor de zorg zijn voor de toekomst niet zeker. De verwachting is dat de zorguitgaven per jaar bijna 3% blijven groeien tot een verdubbeling in 2040 tot 174 miljard euro. Het aandeel voor 65-plussers stijgt van 43% naar 58% in 2040. De ouderenzorg is de snelst stijgende zorgsector. Toch is twee derde van de toename van de zorguitgaven toe te schrijven aan ontwikkelingen in medische technologie en welvaart en een derde aan de vergrijzing [19]. Het huidige kabinet heeft voor 2018 extra geld voor de verpleeghuiszorg vrijgemaakt. De wijkverpleging, sinds 2015 in het basispakket van de zorgverzekering, blijft buiten schot bij voorgenomen bezuinigingen in de zorg. In 2018 is er 3.778.000.000 euro beschikbaar voor wijkverpleging. Dat is 170 miljoen euro meer dan in 2017 en bijna 600 miljoen meer dan in 2015, toen de wijkverpleging voor het eerst onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) viel. Van het extra geld is bijna 100 miljoen euro voor medisch-specialistische verpleging thuis die per 2018 overgeheveld is naar de wijkverpleging [20]. Ook voor 2019-2022 is extra geld voor de wijkverpleging beschikbaar gesteld [21].

### Maatschappelijk

Nederlanders ervaren een hoge levenskwaliteit maar deze is ongelijk verdeeld. Mensen met een lage opleiding zijn minder tevreden, hebben minder vertrouwen in anderen en in de overheid en ervaren onzekerheid [18]. De gezondheidsverschillen van deze groep met hoog opgeleiden blijven al jarenlang hardnekkig. De levensverwachting voor laagopgeleiden is wel 7 jaar korter en het aantal jaren in ervaren goede gezondheid ongeveer 16 jaar minder [22]. Er is kort gezegd een kwetsbare, ongezonde groep mensen; laagopgeleid, minder gedigitaliseerd en geïnformeerd, met cumulatie van (gezondheids)problemen en met minder eigen regie over het eigen leven en de gezondheid. Burgers zijn, zoekend naar zekerheid, in het algemeen mondiger geworden en bereid zelf regie te voeren. Het aantal mensen dat onvoldoende regie ervaart over hun eigen leven neemt naar verwachting van het RIVM wel toe in de toekomst [14]. Men leeft samen in minder traditionele en meer wisselende sociale netwerken. Het aantal mantelzorgers blijft nog gelijk maar voor de toekomst is dat onzeker. Vrijwilligers in de burenen-, ouderen- en gehandicaptenhulp zijn na 2014 in aantal afgenomen [12]. Van belang is om tijdig risicoprofielen te onderscheiden ten aanzien van bijvoorbeeld kwetsbaarheid.

## Kenmerken van de cliënt (nu en) van de toekomst

- Is geïnformeerd en mondig
- Is actief voor eigen gezondheid c.q. herstel en neemt regie
- Is samenwerkingspartner van de professional
- Beweegt zich in verschillende sociale netwerken, 'doet mee'
- Leeft meer alleen
- Is vaak multi morbide i.c.m. psychische sociale problemen
- Heeft een complexe en multiple zorgvraag
- Hoort tot een specifieke groep: ouderen (zeer oud), chronisch zieken, mensen met een lage opleiding (geringe gezondheidsvaardigheden)

## 2.2. De eigen context van verpleging en verzorging

De specifieke context waarbinnen verpleegkundigen en verzorgenden handelen verandert in belangrijke mate. Een beweging die al enige jaren gaande is. Politieke beslissingen over het zorgstelsel en nieuw denken over gezondheid en zorg, in wisselwerking, bepalen die beweging naar een nieuwe context en elan. Kenmerkend is de verschuiving van ziekenhuis naar zorg thuis of in de wijk, van instelling naar eigen omgeving. Hierbij is het uitgangspunt 'de juiste zorg op de juiste plek' [23]. De verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning verschuift van rijk naar gemeente en niet als laatste naar de burger.

Deze paragraaf geeft een overzicht van de ontwikkelingen in de context van verpleging en verzorging.

### Nieuwe organisatie van zorg en ondersteuning

Een van de belangrijkste veranderingen vond de laatste jaren plaats door de hervorming van de langdurige zorg. Deze heeft als doelen meegekregen: het verbeteren van de kwaliteit van langdurige ondersteuning en zorg; het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning [24]. De hervorming ging gepaard met decentralisatie en verandering van wetgeving. Taken van de overheid zijn gedecentraliseerd naar private partijen zoals de zorgverzekeraar voor de wijkverpleging (overheveling wijkverpleging van AWBZ naar Zvw) en gemeenten voor jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Lokale organisatie en kleuring zijn kansen voor zorg en ondersteuning op persoonlijke maat maar geven in de praktijk voor professionals niet zelden problemen op het gebied van regels en taakafbakening.

Verzorgingshuizen werden afgebouwd en in verpleeghuizen worden enkel mensen opgenomen met zeer complexe gezondheidsproblemen die thuis, ook niet met 24 uren zorg geholpen kunnen worden. Ook de intramurale GGZ en (maar in mindere mate) VGZ zijn afgebouwd. In ziekenhuizen wordt de ligduur beperkt en is er een toename in dagbehandeling. In toenemende mate wordt specialistische zorg in de eerste lijn georganiseerd.

In gezondheids- (en welzijns)beleid is de focus komen liggen op zelfstandig wonen, eigen regie, zelfredzaamheid, mee (kunnen) doen en op gezondheid en gedrag in plaats van op genezing en voorzieningen. Gemeenten hebben sociale wijkteams ingesteld voor uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Professionals in de wijk werken meer integraal samen waarbij men streeft naar netwerkzorg rondom de cliënt [25, 26].

### *Zorg dichtbij huis*

Zorg en ondersteuning worden steeds meer lokaal -dichtbij mensen- (thuis, in buurt en wijk) georganiseerd in plaats van in ziekenhuis en instellingen. De taskforce van het ministerie van VWS pleit in het rapport '*De juiste zorg op de juiste plek*' [23] voor een transformatie in de zorg. Wat hebben mensen nodig om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren, dat is waar het om draait. De commissie onderschrijft hierin een belangrijke rol voor (wijk)verpleegkundigen. Samen met de huisarts en het sociaal wijkteam heeft de wijkverpleegkundige hierin een poortwachtersfunctie. De beweging is gericht op zorgverlening in netwerken rondom de cliënt waarbij het draait om vroegsignalering van kwetsbaarheid, goede afstemming en continuïteit. De doorwerking van deze transformatie zal niet alleen plaatsvinden op het gebied van organisatie en financiering van de zorg, maar ook bij zorgopleidingen.

De organisatie van de gezondheidszorg en de scheiding tussen het medisch en het sociale domein is daarom niet meer van deze tijd. Professionals streven (om te beginnen) naar meer integrale samenwerking, samenhang en afstemming. De commissie Kaljouw stelde in aanloop naar de ontwikkeling van nieuwe zorgberoepen het ABCD-model op. De focus van dit model ligt op het functioneren van mensen in alle facetten van het leven. Het bestaat uit vier typen zorg(gebieden): A voorzorg, B gemeenschapszorg, C (laag)complexe zorg, D hoog complexe zorg. Het model wil het systeem van eerste tweede en derde lijn (de zogeheten 'schotten') vervangen door persoonlijke zorgarrangementen binnen het model. Afhankelijk van de vraag bestrijkt een arrangement verschillende zorggebieden en kan hierop afgestemd, door een multidisciplinair team gegeven worden, in samenwerking met de zorgvrager en 'de gemeenschap' [27]. Dit heeft uiteraard consequenties voor de manier van werken en ook hoe professionals opgeleid worden en 'bij de tijd blijven' [28].

### **Arbeidsmarktproblematiek**

Het zorgstelsel staat onder druk. De zorguitgaven stijgen en zullen dat blijven doen (zie paragraaf 2.1), ondanks substitutie naar de eerstelijnszorg en de toename in dagbehandelingen. Ten gevolge van meer en complexere zorg bijvoorbeeld na korte en/of acute opname van ouderen is meer zorgpersoneel nodig. Er is nu echter al een personeelstekort in de verzorging en de verpleging, voor alle sectoren in de zorg. In de gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg en wijkverpleging lopen de tekorten in de tienduizenden tot aan 2020 [29, 30]. Dit zet de kwaliteit van de zorg onder grote druk. Werken

met ouderen en / of in de wijk heeft een slecht imago waardoor weinig studenten uitstromen in deze richting [31, 32]. Voor de verpleeghuiszorg is extra geld (€145 miljoen voor 2017-2021) beschikbaar gesteld voor het omscholen en opleiden van nieuw personeel [30]. In het hoofdlijnenakkoord voor de wijkverpleging wordt ook extra geld ingezet voor het personeelsgebrek (en aan andere punten) [33].

Het gaat echter niet alleen om de behoefte aan meer, goed opgeleid, personeel maar ook om hoe het huidige personeel te behouden voor de zorg. En er is een trend naar meer specialisaties en meer (zorg)disciplines die betrokken zullen zijn bij een cliënt vanwege de complexiteit en meervoudigheid van de problemen van mensen. De onderlinge communicatie en overdrachten van professionals moeten hierdoor frequenter en intensiever zijn. Bovendien vragen de gerichtheid op zelfredzaamheid, extramuralisering en samenwerking om nieuwe, andere competenties van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden.

### Andere visie op gezondheid en ziekte

Er is sinds een jaar of tien hernieuwde en toenemende belangstelling voor gezondheid in plaats van ziekte en beperkingen. De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) introduceerde met het rapport 'Zorg voor je gezondheid!' en 'Heft in eigen hand' een nieuwe ordening gericht op gezondheid en gedrag in plaats van ziekte en zorg [25, 26]. Met als het ware nieuwe profielen voor de burger/cliënt (actief gericht op gezond blijven en meedoen) en professional (actief gericht op preventie, vroeger ingrijpen, en zelfmanagement). Resultaten van onderzoek naar een nieuw concept van gezondheid, vervangend voor de al oude definitie van de WHO, brengt een versnelling aan. In 2011 publiceerde Huber et al een nieuw concept van gezondheid dat al gauw 'Positieve gezondheid' werd genoemd [34]. Gezondheid wordt hierin voorgesteld als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Kern is aan te sluiten bij wat mensen belangrijk vinden in hun leven en eventueel willen veranderen. Verpleegkundigen en verzorgenden herkennen zich goed in dit nieuwe gezondheid denken dat in wezen dicht tegen de eigen uitgangspunten aan ligt, zoals aandacht voor het (hele) functioneren van mensen en aansluiten bij de behoefte van cliënt en diens naasten.

Het bevorderen van (de eigen) gezondheid en uitgaan van mogelijkheden van de patiënt, cliënt en de eigen regie is uitgangspunt geworden. Zonder uit het oog te verliezen dat er ook een groep patiënten, cliënten is die niet of slechts moeilijk in deze nieuwe principes meekunnen. Dit is de groep mensen waar hierboven al aan gerefereerd is. Een groep kwetsbare, ongezonde(re) mensen; laagopgeleid, minder gedigitaliseerd en geïnformeerd, met stapeling van (gezondheids)problemen en met minder eigen regie over het eigen leven en de gezondheid. Zowel de mondige- als de minder- of slecht zelfredzame cliënt vragen om passende interventies en rol van professionals die anders zijn dan nu.



## Aandacht voor preventie

Preventie staat weer hoger op de agenda. Voorgaande heeft met het Nationaal Programma Preventie en Alles is Gezondheid een boost gegeven in het 'naar voren denken' - vroegsignalering en tijdig ingrijpen- en de integratie van preventie in de zorg. Er op tijd bij zijn en uitstellen van zorgvragen door signaleren van en ingaan op risico's voor de gezondheid bij individuen of specifieke groepen in de wijk (selectieve preventie) en preventie in de individuele zorgverlening (geïndiceerde- en zorg gerelateerde preventie) krijgen nieuwe aandacht. Juist in de wijkverpleging is preventie, aandacht voor vroegsignalering en proactief werken een belangrijke taak, zeker in tijden van schaarste. Men zoekt naar manieren om preventie beter te integreren in de verschillende werkgebieden van verpleging en verzorging. Dit is bijvoorbeeld te zien in de CanMEDS rollen van de beroepsprofielen verpleging en verzorging en het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 [36]. Een sterke verbinding en samenwerking met de eerstelijnszorg is hierbij essentieel.

## Rol technologie

Technologie in de zorg is ook een belangrijke verandering in het werk van verpleegkundigen en verzorgenden. De ontwikkelingen gaan razend snel, echter duurzame toepassing blijft nog achter. In samenhang met voorgaande dient technologie om mensen zo goed en zo lang mogelijk thuis te laten wonen, om zelfmanagement te bevorderen en met minder professionals een grotere zorgvraag aan te kunnen. Het kan gaan om technologie in de informatie en communicatie met de cliënt, ehealth, mhealth, domotica (automatisering in huis) als onderdeel van de zorg aan cliënten en om dossiervorming en overdrachten. Toepassingen zien we in alle werkvelden van verpleging en verzorging, zoals het gebruik van sensoren in de verpleeghuiszorg, nachtzorg op afstand in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, gegevens monitoring in het ziekenhuis, beeldschermzorg thuis, online interventies in de GGZ, gezondheidsapps, inzage in eigen dossiers, uitwisseling van dossiers en zo voorts. Effectief gebruik en inzet van technologie vraagt ook om de juiste competenties en vaardigheden van verpleegkundigen [37].

## Kenmerken van de professional van de toekomst

- Voldoet aan de CanMEDS rollen
- Levert kwaliteit
- Is transparant in handelen
- Is gericht op (patiënt)uitkomsten
- Is gericht op preventie, vroegsignalering en zelfmanagement
- Is vakbekwaam en toont leiderschap
- Werkt samen: multidisciplinair, transmuraal en intersectoraal
- Is continu lerend
- Werkt in situatie van krapte (personeel, financieel)

## Nieuwe kaders en kwaliteit van zorg

Verpleging en verzorging is gezien de veranderende context hard aan het werk om zich voor te bereiden op de toekomst. Er zijn afgelopen jaren bijvoorbeeld nieuwe kaders voor de beroepsgroep ontwikkeld en ingezet: het beroepenhuis is (uit)gebouwd en beroepsprofielen geschreven, het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 en een nieuw kwalificatiedossier voor het mbo is gemaakt en in gebruik, en er is nagedacht over nieuwe zorgberoepen [28]. Daarnaast zijn verschillende kwaliteitskaders ontwikkeld zoals die voor de verpleeghuiszorg en de wijkverpleging.

In de opleiding van verpleegkundigen en verzorgenden is veel aandacht voor de CanMEDS rollen en voor gezondheid en gedrag, zelfredzaamheid en zelfmanagement. Het denken in termen van uitkomsten van zorg en verpleegkundige interventies neemt een prominentere plaats in. Ook in relatie tot de transparantie en bekostiging van zorg zoals momenteel bij de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging gebeurt [38]. In relatie tot uitkomsten van zorg is het evidence based onderbouwen van zorg en verpleegkundige interventies een actueel onderwerp. De infrastructuur om kennis te ontwikkelen en toe te passen zal voor deze onderbouwing verder moeten groeien.

## 2.3 De context van de wijkverpleging sterk in beweging

Nederland kent een rijke traditie als het gaat om wijkverpleging. De oorsprong gaat wel meer dan honderd jaar terug. Toch staat de professionalisering van deze beroepsgroep in de kinderschoenen. Hoe is het mogelijk dat de wijkverpleging zich opnieuw aan het uitvinden is?

Deze paragraaf beschrijft de beweging van de wijkverpleging in de tijd en kijkt naar de toekomst. Er is hier extra aandacht voor deze beroepsgroep vanwege de maatschappelijke urgentie en omdat het project een kennisagenda wijkverpleging maakt.

### *Hoe dit rapport wijkverpleging verstaat*

Met het begrip *wijkverpleging* worden over het algemeen de beroepsmatige activiteiten en diensten van verschillende beroepen in de eerstelijns gezondheidszorg bedoeld, waaronder die van de wijkverpleegkundige. Wijkverpleging is dus niet equivalent aan de beroepsmatige activiteiten van een wijkverpleegkundige. Binnen de wijkverpleging is de hbo-verpleegkundige wel de spil [39].

Naast hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen leveren ook mbo-opgeleide verpleegkundigen (niveau 4, verpleegkundigen in de wijk), verzorgenden (mbo-niveau 3 en mbo-IG) en helpenden (elementen van) wijkverpleging [39]. Zie bijlage 3 voor beroepstitels en functienamen.

Wijkverpleging werkt samen met zorg en hulpverleners in en rond het werkgebied zoals huisartsen, specialisten, apothekers, gespecialiseerde verpleegkundigen, paramedische zorgverleners, wijkteams en netwerken van vrijwilligers en mantelzorgers. Wijkverpleging benut dit netwerk om tot een passend zorgaanbod voor cliënten te komen en om gezamenlijk te werken aan gezondheidsbevordering en preventie.

*In dit rapport verstaan wij onder wijkverpleging een team van verpleegkundigen en verzorgenden dat zich richt op individuele verpleging en verzorging aan thuiswonende cliënten maar ook op gezondheidsbevordering in brede zin in het werkgebied waar het team actief is [40]. In dit rapport noemen we al de verschillende typen verzorgende op mbo-niveau 3 kortweg verzorgenden.*

### Cijfers

Op basis van registratiedata van Vektis uit 2017 blijkt dat in 2017 557.000 mensen in Nederland wijkverpleging ontvingen. De gemiddelde leeftijd van mensen die wijkverpleging ontving was 75 jaar. Het grootste deel (65%) is ouder dan 75 jaar. 85-plussers ontvangen in 2017 gemiddeld 9 uur per week wijkverpleging. Jongere ouderen, de 65-74-jarigen, gemiddeld 7 uur per week. Bijna twee derde (62%) ontving zowel verzorging als verpleging [41]. Gemiddeld maakten zo'n 270.000 mensen per maand gebruik van wijkverpleging in 2015. Naar verwachting zullen in 2025 350.000 cliënten tegelijkertijd (voornamelijk ouderen en chronisch zieken) gebruik maken van de wijkverpleging, een stijging van bijna 30% [42].

In Nederland is in 2017 ruim € 3,4 miljard euro uitgegeven aan wijkverpleging (Vektis). Om de kwaliteit van zorg op niveau te houden en te verbeteren investeert VWS de komende 4 jaar in totaal € 435 miljoen extra in de wijkverpleging (VWS).

Cijfers over het aantal professionals die werkzaam zijn in de wijk variëren. Volgens cijfers van AZW (2015) en Bloemendaal e.a. (2015) [29] werken er in de wijk:

- Circa 7.560 hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen.
- Circa 10.900 mbo-opgeleide verpleegkundigen in de wijk.
- Circa 43.000 mbo-opgeleide zorgprofessionals (mbo-2 of mbo-3).

### Rijke historie

In 1900 waren het vooral de medici die een enorme behoefte hadden aan professionele verpleegsters in de wijk. Die verpleegkundigen moesten er snel komen want er stierven in die tijd veel mensen thuis, onder andere door de tuberculose. Ook was er sprake van heel hoge sterftcijfers onder pasgeboren en kraamvrouwen [44]. De pionier van de wijkverpleging in Nederland is Aafke Gesina van Hulst (1868-1930). In 1894 begon zij wijkverpleging op de kaart te zetten en richtte in 1896 een vereniging op die in 1902 aansluiting vond bij het Groene Kruis. In Nederland ontstond een netwerk van plaat-

selijke en regionale kruisverenigingen die wijkverpleegsters opleidden en te werk stelden. In 1940 was 30% van de bevolking lid van een kruisvereniging en in 1970 zelfs 80% [44].

In januari 1927 begon de professionalisering van de beroepsgroep. In Utrecht werd toen de Nederlandse bond van Wijkverpleegsters opgericht en gaven ze een eigen tijdschrift uit. Er waren toen zo'n 100 gediplomeerde wijkverpleegkundigen die het ziekenhuis hadden verlaten. Kenmerkend voor de wijkverpleegkundigen van toen: het waren niet alleen vrije dames, ze hielden van aanpakken, waren creatief, doortastend en innovatief [44]. Aan de professionele autonomie van de wijkverpleegkundige hoefde niemand te twijfelen. Naast de burgemeester, de dominee, en de huisarts was de wijkverpleegster de spil in dorp of wijk (Zoevende zusters). Preventie was core business, integraal werken en denken een must. Deze kernwaarden van toen gelden vandaag de dag nog steeds.

### Veranderingen met verstrekkende gevolgen

Na de oprichting van de bond in 1927 heeft de wijkverpleging door de jaren heen veel veranderingen gekend. De kruisverenigingen participeerden in de jaren '70-'80 ook in eerstelijns gezondheidscentra. In de jaren 80-90 vond schaalvergroting plaats en ontstonden er grote organisaties waar ook de organisaties voor gezinszorg in opgingen. De thuiszorg deed zijn intrede, zowel verpleging en verzorging als huishoudelijke hulp omvattend. Onder druk van het markt- en efficiency denken eind jaren tachtig moesten de allround wijkverpleegsters specialiseren en leverden ze hun integrale inzetbaarheid in. Dit in tegenstelling tot de huisartsen die zich juist verder gingen professionaliseren op hun integrale aanpak. Om het gemis van de integraal werkende verpleegkundig professional in de wijk te compenseren zetten ze praktijkondersteuners in. De verzorgenden en helpenden namen hun plek in de teams in want het moest ook allemaal goedkoper. Andere partijen zoals verpleeghuizen en particuliere ondernemingen gingen ook thuiszorg leveren. De continuïteit en kwaliteit van zorg kwamen onder druk te staan. Onder andere omdat zorg werd opgeknipt in handelingen en door verschillende professionals werden uitgevoerd, vaak met weinig ervaring in de wijk. De professionele autonomie nam verder af doordat de indicatiestelling voor zorg thuis in de jaren '90 belegd werd eerst regionaal bij het RIO en daarna centraal bij het CIZ. De wijkverpleegkundige werd niet langer gezien als een zorgprofessional die onafhankelijk van professionele- of institutionele belangen kon vaststellen welke zorg een cliënt nodig had. Wijkverpleegkundigen werden hiermee in feite gereduceerd tot uitvoerders van taken die door anderen geïndiceerd waren. Taakgericht werken betekende dat er geen zorgprofessional meer was die het geheel van de zorg (en problemen in hun sa-

menhang) in een thuissituatie kon overzien of zich daarvoor verantwoordelijk kon stellen. Het inhoudelijk leiderschap in de wijkverpleging verdween,<sup>3</sup> niet alleen op de directe werkvloer maar ook vanuit de lijn. Er was sprake van toenemende druk van managers die inzette op regulering. Uren en minuten registraties namen toe: in de nieuwe eeuw bestond 30% van de tijd van wijkverpleegkundigen uit registratie. Productiegericht denken en werken nam de overhand, preventieve activiteiten namen steeds verder af. Door deze ontwikkelingen is de kwaliteit van de wijkverpleging achteruit gegaan [45]. Het beroep holde uit en werd minder aantrekkelijk voor studenten verpleegkunde.

### *Kennisontwikkeling lag stil*

De kennisontwikkeling en onderbouwing van het handelen lag nagenoeg stil. Want met de fusies was de interne kennisinfrastructuur zo kenmerkend voor de toenmalige kruisverenigingen verdwenen. Ook de specifieke MGZ opleiding verdween en daarmee de maatschappelijke visie op gezondheid en ziekte en de wijkgerichtheid. Verplegingswetenschappen waren nog van weinig betekenis.

Dit terwijl in tegenstelling de beroepsgroep van huisartsen enorm investeerde in de verdere onderbouwing van het handelen door wetenschappelijke kennis. Dit is bijvoorbeeld te zien in de ontwikkeling van richtlijnen, de NHG standaarden. Artsen beschikken daarvoor over duidelijke en geaccepteerde namen voor diagnoses en bij behorende behandelingen en therapieën. Mede door deze basis kan er gericht aan onderzoek en kennisopbouw worden gedaan. In de verpleegkunde is deze basis vooralsnog afwezig. Kennisopbouw is daarom gefragmenteerd.

### *De omslag van het doemscenario*

In de laatste tien jaar is de maatschappij en politiek in toenemende mate de belangrijke rol van de wijkverpleegkundige opnieuw gaan waarderen. Er is een positieve opbouwende verandering gaande die het doemscenario van de wijkverpleging langzaam keert.

### *Nieuwe benadering*

Buurtzorg Nederland ontketende vanaf zijn oprichting in 2006 een revolutie in de thuiszorg door een compleet andere organisatie en vernieuwend concept voor verpleging en verzorging thuis in te brengen. Betere oplossingen voor de cliënt, duurzaam en effectief. Wijkverpleegkundigen en een enkele verzorgende werken er in kleine autonome en zelfsturende teams. De professional is zelf (en samen) verantwoordelijk voor de organisatie, uitvoering en evaluatie van de zorg; activiteiten in de wijk; en ook voor de eigen deskundigheid. De registratie is geminimaliseerd. Inmiddels hebben andere zorgorganisaties vergelijkbare structuren met zelfsturende teams opgezet.

---

<sup>3</sup> Inhoudelijk leiderschap of klinisch leiderschap betekent naast evidence-based practice niet alleen horizontale- (in de cliëntenzorg met andere professionals) maar ook verticale beïnvloeding (in de hiërarchische lijn). (Vermeulen et al., 2017).

### *Nationaal programma Zichtbare schakel*

De motie Hamer in 2008 was het startschot voor de inzet van meer wijkverpleegkundigen en een uitbreiding van hun taken. ZonMw gaf uitvoering aan deze motie en voerde in de periode 2009-2017 het programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde wijk' fase 1 en 2 uit. Het programma richtte zich in de eerste fase op extra wijkverpleegkundigen in aandachtswijken die niet alleen (toen AWBZ) geïndiceerde zorg, maar ook taken als coördinatie, regie en preventie uitvoeren en de samenhang met wonen en welzijn bevorderen. Het ging naast individuele integrale zorg ook om het bevorderen van een gezonde wijk. De term wijkgericht werken, vaak ook wijkgerichte preventie genoemd, deed zijn (her)intrede. Hierdoor gingen wijkverpleegkundigen weer een belangrijke verbindende rol in de wijk(netwerken) vervullen. Andere belangrijke kenmerken waren vrije regelruimte en (organisatie) onafhankelijk optreden.

Uit evaluatieonderzoek van Zichtbare schakel-projecten blijkt dat wijkverpleegkundigen die op bovengeschetste wijze werken verschil kunnen maken. Niet alleen wat betreft kosteneffectiviteit, er vindt substitutie plaats van duurder tweedelijnszorg naar goedkopere eerstelijnszorg, maar ook wat betreft de kwaliteit van leven van (zeer) kwetsbare bewoners in een wijk. Deze bleef bij deze groep op z'n minst gelijk [46, 47].

De wijkgerichte of populatiegerichte benadering van gezondheid vergt kennis en competenties van wijkverpleegkundigen die (nog) nauwelijks onderdeel uitmaken van opleidingen. Het Expertisegebied wijkverpleegkundige besteedt er wel aandacht aan [39]. De rol van gezondheidsbevorderaar en praktijkonderzoeker verwijzen wel naar een wijkgerichte benadering, naar bijvoorbeeld epidemiologische kennis, participeren in collectieve preventie, en een wijkanalyse omzetten in een passende aanpak. Uit onderzoek, o.a. van het NIVEL, blijkt meermaals dat deze rollen en competenties de wijkverpleegkundige tot nu toe het minste liggen en nauwelijks verbeteren [48]. Specifieke (evidence-based) richtlijnen voor deze taak die geschikt zijn voor de wijkverpleging ontbreken nog. In Canada waar een vergelijkbare transitie werd ingezet (dat wil zeggen taakuitbreiding door toevoegen van wijkgerichte preventie) blijkt dat de doelen van deze transitie niet of nauwelijks gehaald werden. In focusgroep onderzoek benoemden verpleegkundigen verschillende factoren die daarvoor verantwoordelijk waren. Organisatiestructuren bleven gericht op curatieve zorg, er was een tekort aan verpleegkundigen, en zowel management als verpleegkundigen hadden een tekort aan kennis over deze nieuwe taak [49]. Deze factoren lijken ook hier een rol te spelen.

### *Leernetwerken wijkverpleging*

Het Zichtbare schakel programma heeft niet alleen bijgedragen aan de zichtbaarheid en terugkeer van wijkverpleegkundigen, ook een sterkere verbinding tussen de praktijk en het onderwijs werd gelegd. De tweede fase van het programma richtte zich hierop o.a. door de vorming van leernetwerken tussen praktijk en onderwijs te stimuleren.



Leernetwerken zijn innovatieve samenwerkingsverbanden tussen hogescholen (en later ook ROC's) en thuiszorgorganisaties, voor duurzame uitwisseling tussen onderwijs en praktijk [48]. Ieder leernetwerk koos een eigen vorm en/of focus. De onderwerpen betroffen hoofdzakelijk: inwerken van nieuwe wijkverpleegkundigen; coachen van collega's door wijkverpleegkundigen; bevorderen van zelfmanagement en zelfredzaamheid van cliënten; gezondheidsbevordering en preventie; en multidisciplinaire samenwerking in de wijk. Docenten en wijkverpleegkundigen beoordeelden de uitkomsten van hun leernetwerk positief. Ze vinden vooral de activiteiten die bijdragen aan wederzijdse deskundigheid over werken in de wijk leerzaam en nuttig. Het gaat dan bijvoorbeeld om duo-huisbezoeken en het gezamenlijk reflecteren op casussen en elkaar feedback geven.

### Rond 2015 verder in de lift

De ingezette positieve ontwikkelingen rondom de wijkverpleegkundige zoals hiervoor is beschreven zette door op basis van allerlei stimulerende initiatieven.

#### *Ambassadeurstraject wijkverpleegkundigen*

De beroepsvereniging V&VN startte in 2013 (met subsidie uit het Zichtbare schakel programma) het zogenaamde ambassadeursprogramma om talentvolle wijkverpleegkundigen te ondersteunen bij beroepsontwikkeling en leiderschap. Het programma is later uitgebreid naar casemanagers dementie en verzorgenden. Eén ambassadeurstraject duurt een (school)jaar en bestaat uit trainingen, coaching en intervisie. Inmiddels hebben vijf groepen wijkverpleegkundigen (met in hun midden casemanagers dementie) en een groep verzorgenden een certificaat behaald.

Uit evaluatieonderzoek blijkt dat de ambassadeurs verbindende leiders zijn in de wijk en maatschappij. Het ambassadeurstraject zorgt voor een positieve impact op het niveau van de cliënt, de wijkverpleegkundige, de organisatie, de wijk en de maatschappij. Zowel dichtbij de cliënt als ver daar buiten (zoals in de Haagse politiek) wordt op kritische wijze invloed uitgeoefend. De ambassadeurs slaan een brug tussen praktijk, beleid en politiek [50].

#### *Normenkader*

In de voorbereiding van de overheveling van de wijkverpleging van AWBZ naar de Zvw zijn door de beroepsgroep, in samenwerking met andere belanghebbenden, 'normen voor het indiceren en organiseren verpleging en verzorging in de eigen omgeving' opgesteld [51]. Het is een richtinggevend kader met zes normen. Aan deze normen moet de verpleegkundige indicatiestelling als onderdeel van het verpleegkundig proces voldoen en er kan mee getoetst worden.

Het normenkader is een van de eerste documenten dat duidelijk richting geeft. Een belangrijke impuls voor de professionalisering van het wijkverpleegkundig vak.



### *Overgang wijkverpleging in de zorgverzekeringswet*

De overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw in 2015 heeft grote impact gehad op de (her-) positionering van de wijkverpleegkundige. Sindsdien is de indicatiestelling voor zorg thuis weer belegd bij de wijkverpleegkundige. Wijkverpleegkundigen hebben hierdoor meer professionele ruimte gekregen en zijn regievoerder op het gebied van verzorging en verpleging. De verpleegkundige is (weer) dé generalist naast de huisarts als medisch generalist buiten het ziekenhuis, die zelfstandig indiceert en achter de voordeur komt. En dé schakel is tussen het medisch en sociaal domein. Aan de samenwerking tussen wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam is veel aandacht besteed [52].

### *Akkoorden wijkverpleging*

Het onderhandelaarsakkoord 'Transitie verpleging en verzorging' uit maart 2014 beschrijft de transitie dat verpleging en verzorging thuis wordt opgenomen in de zorgverzekeringswet. Er wordt ingezet op een sterkere eerstelijns zorg zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en het beroep op zwaardere en (langdurige) ziekenhuiszorg voorkomen worden [53]. In 2017 is er een bestuurlijke akkoord wijkverpleging 'Bouwen aan kwaliteit' tussen ActiZ, BTN, PFN, VNG, V&VN, ZN en de minister van VWS opgesteld. Het bevat inhoudelijke en financiële afspraken tot aan 2019 [54]. Voor de inhoudelijke ontwikkeling van het vak is een ontwikkelagenda opgesteld [55]. In juni van dit jaar tekenden dezelfde partijen het 'Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging' [21]. In dit akkoord is 435 miljoen euro extra beschikbaar gesteld voor de periode 2019-2022. Met het hoofdlijnenakkoord zijn afspraken gemaakt over het voorkomen van (duurdere) zorg, de zorg dichterbij mensen thuis te brengen of juist verder weg (als dat omwille van de kwaliteit moet) en over het vervangen van bestaande zorg door nieuwe, innovatieve vormen van zorg zoals e-health. Verder staan in het akkoord afspraken om de omvang van niet-gecontracteerde zorg te verminderen, omdat deze een onevenredig groot beslag legt op de beperkte capaciteit van de wijkverpleging en het zorgstelsel onder druk zet.

### *Opleiding*

Er is weer meer aandacht voor de wijk in de opleidingen hbo-verpleegkunde zo blijkt uit een inventarisatie van interventies [56]. Er is een toename in het aantal deeltijd studenten uit de thuiszorg aan de hbo-v, en er zijn meer minor-studenten stageplaatsen in de wijk. Ook lijkt de uitstroom naar de wijk toe te nemen. Ondanks dat het beeld van het ziekenhuis als meest wenselijke werkplek na de studie blijft prevaleren bij studenten verpleegkunde.

### *Kwaliteitskader wijkverpleging*

Dit jaar verscheen na een intensief samenwerkingstraject van ActiZ, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, en ZN het 'Kwaliteitskader wijkverpleging' [40]. Het kwali-

teitskader beoogt richting te geven aan de ontwikkeling en versterking van wijkverpleging in Nederland, de toekomst in. Het kader wil antwoord geven op de vraag wat goede wijkverpleging is en wat de samenleving ervan te verwachten heeft. Het kader somt op wat de cliënt te verwachten heeft van wijkverpleging, aan welke professionele kwaliteitseisen de wijkverpleging moet voldoen, en aan welke organisatorische randvoorwaarden.

Het kwaliteitskader vertrekt vanuit het perspectief van cliënten en hun naasten, het is richtinggevend en biedt inspiratie aan professionals, zorgaanbieders, toezichthouders en inkopers van zorg [40]. Opvallend en vernieuwend is dat naast individuele zorg wijkgericht werken als onderdeel van wijkverpleging is opgenomen. Het kader ziet preventie als een belangrijke taak van de wijkverpleging. Het kwaliteitskader constateert dat er een grote opgave ligt voor de wijkverpleging en ze een sleutelpositie heeft in een gezondheidszorg die vanuit een maatschappelijk perspectief werkt aan doelmatige preventie en zorg voor gezondheidsvragen van de mensen in hun wijk, dorp of regio.

### 3. Actuele kennis verpleging en verzorging: beschikbaar en aankomend

Na de beschrijving van de context en toekomstige uitdagingen van verpleging en verzorging, in het bijzonder voor de wijkverpleging, is de volgende stap te kijken naar welke kennis voorhanden is om het hoofd te bieden aan die uitdagingen. In het bijzonder de wetenschappelijke onderbouwing van het handelen. De inventarisatie van de actuele kennis in verpleging en verzorging is van belang omdat deze (later) vergeleken kan worden met de behoefte aan nieuwe kennis in het werkveld.

Dit hoofdstuk beschrijft, zo ver als mogelijk, een stand van zaken van actuele kennis in de verpleging en verzorging met een specificatie voor de wijkverpleging. Afkomstig uit onderzoek in Nederland. De informatie is geordend naar beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling. De eerste paragraaf beschrijft de manier waarop de inventarisatie van actuele kennis is aangepakt waarna de volgende twee paragrafen de resultaten presenteren. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing.

#### 3.1 Ophalen van kennis bij hoogleraren, lectoren en beroepsvereniging

In het eerste hoofdstuk (paragraaf 1.1) zijn verschillende typen kennis beschreven: wetenschappelijke kennis, vakkennis, generieke en specialistische kennis, en impliciete kennis. Hier, in deze inventarisatie van actuele kennis in de verpleging en verzorging gaat het 1) om *wetenschappelijke kennis* die ontwikkeld is bij de leerstoelen en lectoraten in Nederland, en 2) om *vakkennis* die (o.a.) beschikbaar komt door de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden bij de beroepsvereniging V&VN.

Deze paragraaf beschrijft op welke manier de inventarisatie naar actuele kennis is uitgevoerd en hoe de gegevens zijn geanalyseerd.

#### Aanpak inventarisatie wetenschappelijke kennis

In de inventarisatie is onderzocht welke kennis in de afgelopen (ongeveer tien) jaren is ontwikkeld in promotieonderzoeken en andere kennisprojecten en welke onderzoeken op dit moment (maart 2018) lopen. Tegelijkertijd is gevraagd naar welke onderwerpen in de toekomst onderzoek voor verpleging en verzorging gedaan zou moeten worden. Om deze data te genereren is een vragenlijst gestuurd naar alle lectoren en hoogleraren in de verpleegkunde. Vilans als kenniscentrum voor de langdurende zorg ontving de vragenlijst ook.

De vragenlijst bestaat uit vier vragen: 1) algemene gegevens over de leerstoel of het lectoraat; 2) promotie- en ander onderzoek in de afgelopen tien jaar; 3) lopend promotie- en ander onderzoek; 4) thema's voor toekomstig onderzoek. Zie bijlage 4 voor de volledige vragenlijst.

In de analyse van de verkregen data is eerst gekeken naar aantallen: de respons onder hoogleraren en lectoren; de werkvelden van de respondenten; het aantal afgeronde en lopende onderzoeken en de verdeling daarvan in promotieonderzoek en andere kennisprojecten. Paragraaf 3.2 presenteert de resultaten.

Om te kunnen bekijken waar de aangemelde onderzoeken over gaan, en een trend in onderwerpen in de tijd te kunnen zien is een lijst met 'zoektermen' opgesteld (Nederlands- en Engelstalig). De lijst bevat relevante termen c.q. thema's die zijn opgehaald in de contextanalyse en in mentimeters uit de eerste fase van het project (zie hoofdstuk 2), aangevuld met kennis van het projectteam. De zoektermen zijn vervolgens ingedeeld in de drie pijlers: beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling. Voor deze indeling is interbeoordeling toegepast binnen het projectteam. Met de vastgestelde zoektermen, thema's (zie bijlage 5) is de totale lijst van aangemelde onderzoeken op basis van de titels doorzocht en zijn de onderzoeken gelabeld. Ongeveer een vijfde deel van de titels konden niet met de zoektermen gelabeld worden omdat de titels kort en algemeen van aard zijn.

### Aanpak inventarisatie vakkennis

De inventarisatie van vakkennis beperkt zich hier tot de beschikbare en in ontwikkeling zijnde kwaliteitstandaarden voor de verpleging en verzorging in Nederland. Om hiervan een actueel beeld te krijgen is de 'witte vlekken analyse', een analyse van al ontwikkelde kwaliteitsstandaarden voor verpleging en verzorging, uitgevoerd door het NIVEL (2016) [57] bestudeerd en als uitgangspunt genomen. Vervolgens is in samenwerking met het Programmabureau kwaliteitsstandaarden V&VN een overzicht opgesteld met de onderwerpen van kwaliteitsstandaarden uit de periode 2015-2018 en welke op de rol staan. Paragraaf 3.3 presenteert de resultaten.

## 3.2 Actuele kennis uit verpleegkundig onderzoek: de resultaten

De wetenschappelijke kennis in de verpleegkunde in Nederland groeit, mede door de komst van meer hoogleraren. De resultaten uit de inventarisatie lichten een tipje van de sluier op.

### Hoge respons

Er zijn ten tijde van dit project in Nederland tien hoogleraren (waarvan vier het hoogleraarschap combineren met een lectoraat) en achttien lectoren (plus vier in combinatie met een hoogleraarschap). De respons onder hoogleraren was 70% en onder lectoren 78%. Vilans gaf ook respons op de vragenlijst.

De hoogleraren en lectoren (n=21) zijn werkzaam in diverse werkvelden van de verpleegkunde: twaalf richten zich op één werkveld, de andere negen combineren twee of meerdere werkvelden. Opvallend is dat de VGZ (zorg voor verstandelijk gehandi-

capten) geen hoogleraar of lector kent onder de respondenten. De MGZ, waar de wijkverpleging onder valt, heeft geen leerstoel. Er zijn vier lectoraten MGZ en in combinatie met andere werkvelden twee leerstoelen en nog een lectoraat. Ook mist een leerstoel onderwijs.

Tabel 1. Werkvelden van hoogleraren (7) en lectoren (14)

EÉN WERKVELD	Aan-	Hoogleraar HL / lector
Acute Zorg	1	HL/LT
AGZ	2	HL-LT
GGZ	2	HL/LT - LT
Langdurige zorg	3	LT -Vilans
MGZ	4	LT
VGZ	0	-
<b>COMBINATIE 2 of meer</b>		
i.c.m. AGZ	9	HL 6 – LT 3
i.c.m. LZ	7	HL 4 – LT 3
i.c.m. MGZ	3	HL 2 – LT 1
i.c.m. Acute Zorg	4	HL 3 – LT 1
Alle werkvelden	2	LT 2

In de loop van de tijd, in het bijzonder vanaf 2010, nemen het aantal lectoraten en leerstoelen in de verpleegkunde langzaam toe en daarmee samenhangend het aantal onderzoeken (zie tabel hieronder).

### Verpleegkundig onderzoek naar tijd en aard

Er zijn in totaal 428 onderzoeken in de verpleegkunde aangemeld. Hiervan waren 267 onderzoeken afgerond in de afgelopen tien jaar en 161 zijn nog in uitvoering. De cijfers laten een groei zien in de ontwikkeling van nieuwe kennis voor het vakgebied. In de afgeronde onderzoeken betrof het 79 promotieonderzoeken en 188 andere onderzoeken/kennisprojecten. Bij de nog lopende onderzoeken gaat het in 91 gevallen om promotieonderzoek en om 64 andere kennisprojecten. De verhouding verschuift duidelijk naar meer promotieonderzoek. Bij de lopende onderzoeken is bij 6 onderzoeken niet aangegeven om welk type onderzoek het gaat. Hoogleraren melden meer promotieonderzoek en de lectoren meer ander onderzoek. Het aandeel promotieonderzoeken neemt fors toe: in afgelopen tien jaar 79 onderzoeken gemeld ten opzichte van 91 lopend.

Tabel 2. Afgerond en lopend verpleegkundig onderzoek

VERPLEEGKUNDIG ON-	AFEROND	LOPEND
<b>JAAR</b>	Aantal gemeld	Aantal gemeld
2008	7	
2009	11	
2010	8	
2011	17	
2012	19	
2013	24	
2014	23	
2015	44	
2016	43	
2017	48	
2018 (t/m februari)	5	
Geen jaartal aangegeven	18	
<b>TOTAAL</b>	<b>267</b>	<b>161</b>
<b>WERKVELD</b>		
Acute zorg	28	6
AGZ	18	29
GGZ	41	34
Langdurige Zorg	79	25
MGZ	34	24
VGZ	1	1
Algemeen/alle velden		3
Zonder aanduiding	66	39
<b>TOTAAL</b>	<b>267</b>	<b>161</b>
<b>TYPE ONDERZOEK</b>		
PROMOTIE	<b>79</b>	<b>91</b>
Leerstoel	63	76
Lectoraat	15	14
Vilans	1	1
ANDER ONERZOEK	<b>188</b>	<b>64</b>
Leerstoel	71	37
Lectoraat	103	27
Vilans	14	
Type onderzoek niet aangegeven		6
<b>TOTAAL</b>	<b>267</b>	<b>161</b>

Zowel in afgerond als in lopend onderzoek is voor ongeveer een kwart niet aangegeven of direct afleesbaar aan de titel, in welk werkveld het onderzoek gedaan wordt. In afgerond onderzoek werd het meeste onderzoek gedaan in de langdurige zorg, 30%. In lopend onderzoek is die aandacht verminderd en is de GGZ koploper met 21%. De aandacht lijkt echter beter over de verschillende werkvelden verdeeld, met uitzondering van de acute zorg en verstandelijk gehandicapten zorg die aandacht ontberen. Onderzoek in de MGZ, wijkverpleging, maakte in de afgelopen tien jaar 13% uit van het hele aantal gemelde onderzoeken. In lopend onderzoek is dat 15%.

## Verpleegkundig onderzoek op inhoud bekeken

Met behulp van de zoektermen, zie bijlage 5, zijn de aangemelde onderzoeken, hun titels zo ver als mogelijk bekeken op inhoud. De titels zijn zo doende geordend in beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling. Een vergelijking op inhoud en op afgesloten en lopend onderzoek levert de volgende resultaten op.

### *Beroepsinhoud*

Met betrekking tot beroepsinhoud werden 250 titels van de aangemelde onderzoeken geselecteerd, 58%. Dementie is het meest genoemde onderwerp van onderzoek (14%). Opvallend is dat bijna driekwart van deze onderzoeken in de afgelopen tienjaar plaatsvond. Daarna volgen met nagenoeg gelijke aantallen onderzoek over de GGZ (11%); ziekenhuiszorg en hospitalisatie (11%); en over diagnostiek, doelbepaling en interventies (10%). Met betrekking tot de GGZ is twee derde afgerond en een derde in uitvoering. Hier lijkt al langer een stevige onderzoekslijn te zijn. Onderzoek over ziekenhuiszorg en hospitalisatie is gelijk verdeeld over verleden en toekomst. Onderzoek over diagnostiek, doelbepaling en interventies is verspreid over de jaren onderwerp van onderzoek en is voor meer dan een derde in uitvoering. Onderzoek naar EBP (n= 12) is op een na allemaal afgerond. Zelfmanagement is een thema waar vooral vanaf 2015 onderzoek (22 in aantal) naar wordt gedaan, met veel lopend onderzoek. Hetzelfde geldt voor onderzoek met betrekking tot palliatieve zorg (n = 21).

Door de algemene toename van verpleegkundig onderzoek wordt er ook meer promotieonderzoek gedaan. Opvallend is echter het grote aandeel promotieonderzoek in (nieuw) onderzoek naar zelfmanagement, (dis)functioneren, preventie, ziekenhuiszorg, complexiteit, uitkomsten van verpleegkundige zorg en in het verleden onderzoek naar EBP. Meest opvallend zijn echter de thema's waar, in deze data, weinig onderzoek naar voren komt. Onderzoek over gezamenlijke besluitvorming, complexiteit, welzijn en kwaliteit van leven, zingeving, zelfredzaamheid en eigen regie, en preventie zijn voor elk thema afzonderlijk op (minder dan) twee handen te tellen. De sinds een aantal jaren meest actuele thema's in verpleging en verzorging lijken (nog) het minst onderzocht te worden.

### *Organisatie van zorg*

Van het totaal aangemelde onderzoeken (afgerond en lopend) werden er 59 geselecteerd met betrekking tot organisatie van zorg. Dit is 14%, beduidend minder dan voor beroepsinhoud. Het grootste aandeel van de onderzoeken (46%) richt zich op mantelzorg of familie zorg. Van deze onderzoeken is de helft al afgerond, waarvan het merendeel tussen 2015 en 2018. In de lopende onderzoeken zitten verhoudingsgewijs meer promotieonderzoeken dan voorheen. Hierop aansluitend zijn drie onderzoeken gemeld over het sociale netwerk van cliënten en informele zorg. Onderzoeken (20%) over de inzet van technologie (ehealth, mhealth, domotica, robotica) hebben verspreid over de tijd plaatsgevonden. Het grootste deel is echter nog in uitvoering. Over ketenzorg



of transmurale zorg of verpleegkundige overdracht werden weinig onderzoeken gemeld (n=8). Deze onderzoeken vonden verspreid over de jaren plaats en nagenoeg alleen vanuit de intramuraal setting. In het lopend onderzoek is de helft promotieonderzoek. Coördinatie van zorg en casemanagement komt in de aangemelde onderzoeken weinig aan bod, vijf in aantal. Opvallend is dat er over samenwerking vanuit verpleegkundig perspectief nauwelijks onderzoeken geselecteerd konden worden, slechts vier. Rondom het thema generalisme-specialisme of functiedifferentiatie werden geen onderzoeken gedetecteerd.

### *Beroepsontwikkeling*

Onder beroepsontwikkeling werden 41 titels geselecteerd. Dit is 10% van het totaal aantal onderzoeken. Wat meteen opvalt is dat onderzoek met betrekking tot beroepsontwikkeling grotendeels recent onderzoek is. Zo is het eerste afgeronde onderzoek naar verpleegkundig leiderschap (n=8) van 2017. Hetzelfde geldt voor onderzoek over het imago van het vak (n=2) en onderzoek naar vakbekwaamheid en competenties (6 afgeronde onderzoeken). Het grootste deel van de hier geselecteerde onderzoeken is gericht op kennisontwikkeling en disseminatie (n=9); en implementatie en gebruik van kennis (n=12). Onderzoek over onderwijs bevat slechts vier titels. Het aandeel promotieonderzoek bij deze pijler is klein.

### *Wijkverpleging*

Tweeënveertig onderzoeken kwamen naar voren op de zoektermen 'wijk, wijkverpleging, wijkverpleegkundige, thuiszorg, thuiswonend, extramuralisering, home, home care, community nurse, district nursing,', dit is 10% van het totaal aantal gemelde onderzoeken. Het totaal aantal onderzoeken in de categorie MGZ is groter, ruim 15% maar deze dragen andere zoektermen in de titel bv dementie.

Van de 23 afgeronde onderzoeken zijn er 14 vanaf 2015 afgerond. Er zijn 19 nog lopende onderzoeken die betrekking hebben op de wijkverpleging. Er is groei in onderzoek voor de wijkverpleging. Wat opvalt is het klein aantal promotie onderzoeken dat hier naar voren komt. Van de 42 zijn dat er slechts vijf (twee afgerond en drie lopend). De onderwerpen van onderzoek zijn zeer divers. Het gaat over indiceren, familie­zorg, evaluaties en monitors, uitkomsten van zorg, palliatieve zorg, gebruik van technologie, functieverlies en andere onderwerpen.

### **Kennisonderwerpen voor de toekomst aangedragen door wetenschap**

Hoogleraren en lectoren hebben bijna 200 kennisonderwerpen voor de toekomst aangedragen. Dit aantal is inclusief dubbel genoemde onderwerpen. Na ordening zijn met betrekking tot beroepsinhoud 68 kennisonderwerpen onderscheiden, voor organisatie van zorg 75 en voor beroepsontwikkeling 56. Dit is een opvallende volgorde omdat de verhouding tussen de drie pijlers anders is dan in voorgaande. In de lijsten van afgerond en lopend onderzoek, zie hiervoor, steken de onderwerpen van onderzoek met betrekking tot de beroepsinhoud in aantal ver boven de andere twee pijlers uit.

Nu is organisatie van zorg koploper. En ligt het aantal onderwerpen met betrekking tot beroepsontwikkeling veel dichterbij de andere twee. Onderstaande geeft een overzicht van meest genoemde kennisonderwerpen.

#### *Beroepsinhoud*

- Aansluiten bij cliënt, naasten, mantelzorg
- Gezamenlijke besluitvorming
- Palliatieve zorg
- Preventie
- Vroegsignalering
- Uitkomsten van zorg Evidence Based Practice
- Klinisch redeneren

#### *Organisatie van zorg*

- Samenwerking (op verschillende niveaus)
- Technologie in de zorg
- Teamsamenstelling
- Overdrachten en rapportage

#### *Beroepsontwikkeling*

- Verpleegkundig leiderschap
- Vakbekwaamheid
- Leren
- Identiteit, rollen, functiedifferentiatie

De meest genoemde kennisonderwerpen voor toekomstig onderzoek zijn bij elkaar gebracht in een algemeen raamwerk voor de ontwikkeling van een kennisagenda verpleging en verzorging breed, samen met de uitkomsten uit de contextstudie en mentimeters uit fase 1. Het volgende hoofdstuk presenteert het ontstaan en de inhoud van het raamwerk verpleging en verzorging volledig.

### **3.3 Actuele kennis uit kwaliteitsstandaarden: de resultaten**

De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden heeft afgelopen jaren een enorme impuls gekregen. Zij bevatten de actuele vakkennis die gebruikt dient te worden om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

## Kwaliteitsstandaarden in beeld

Kwaliteitsstandaarden zijn, als onderdeel van het kwaliteitssysteem, een belangrijk hulpmiddel om te ondersteunen in het maken van de juiste zorgopties.<sup>4</sup> In het verpleegkundig en verzorgend domein kent het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden geen lange historie. Er zijn niet veel standaarden die zich uniek richten op de verpleging en verzorging en een groot deel is aan vernieuwing toe. Het ontbrak aan een eigenstandig programma met structurele financiering. Hier kwam in 2016 verandering in. VWS maakt sinds die tijd structurele middelen vrij, waardoor binnen de bureauorganisatie van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) het programmabureau kwaliteitsstandaarden werd ingericht. Dit bureau coördineert de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden.<sup>5</sup>

## Witte vlekken analyse kwaliteitsstandaarden

In opdracht van ZonMw en V&VN maakte het NIVEL een analyse van de reeds ontwikkelde kwaliteitsstandaarden voor verpleging en verzorging. Deze geeft een uitgebreid overzicht van 156 bestaande kwaliteitsstandaarden [57]. Vervolgens zijn deze standaarden gespiegeld aan de Nationale Kernset Patiëntproblemen (versie 1.0) [58] waardoor de lacunes (witte vlekken) zichtbaar werden. De kwaliteitsstandaarden zijn geordend op basis van elf kenmerken zoals jaar van uitgifte en op welke fase van het verpleegkundig proces de standaard betrekking heeft.

Iets meer dan een derde (38%) van de kwaliteitsstandaarden is gemaakt vóór 2012. Het rapport adviseert deze kwaliteitsstandaarden te vervangen. Achtereenvolgens kwamen 19 kwaliteitsstandaarden uit in 2012, 26 in 2013, 27 in 2014 en nog eens 27 in 2015. Veruit het merendeel van de kwaliteitsstandaarden zijn multidisciplinair gericht. Verpleegkundigen en verzorgenden maken hier ook gebruik van. Slechts een paar kwaliteitsstandaarden uit de 156 hebben een unieke focus op verpleegkundigen en/of verzorgenden. Een belangrijk bekeken kenmerk is welk probleem uit de Nationale Kernset Patiëntproblemen onderwerp van de kwaliteitsstandaard is: 17 van de 58 patiëntproblemen kregen nog geen of onvoldoende aandacht. Vaak werden meerdere patiëntproblemen tegelijkertijd geadresseerd.

De analyse keek ook naar op welke fase van het verpleegkundig proces de landelijke kwaliteitsstandaarden betrekking hebben. Relatief veel standaarden sluiten aan bij fase 2 en 4 van het verpleegkundig proces: vaststellen van de verpleegkundige diagnose en/of vaststellen en uitvoeren van interventies. De kwaliteitsstandaarden sluiten minder aan bij het formuleren van beoogde resultaten, vaststellen van de planning

---

<sup>4</sup> Kwaliteitsstandaarden zijn openbaar toegankelijke documenten die goede zorg beschrijven voor een bepaald gezondheid gerelateerd thema. Aldus leveren zij een bijdrage aan verbetering en borging van de kwaliteit van zorg. Onder kwaliteitsstandaarden vallen richtlijnen en zorgstandaarden. Om aan de doelstelling van kwaliteitsstandaarden te kunnen voldoen is het van belang dat kwaliteitsstandaarden

gedegen worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Het toetsingskader (van Zorginstituut Nederland) bevat criteria voor kwaliteitsstandaarden die zich richten op het proces van totstandkoming en de beschrijving van de zorg. Uit: Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. Versie 1. December 2014. Zorginstituut Nederland

<sup>5</sup> De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor verpleging en verzorging gebeurt onder verantwoordelijkheid van V&VN, met financiering van het ministerie van VWS, beheerd door ZonMw.

(fase 3) en/of evaluatie van de situatie van de patiënt en beoogde resultaten (fase 5). De geïdentificeerde witte vlekken werden overgedragen aan het Programmabureau Kwaliteitsstandaarden V&VN, met de aanbeveling deze mee te nemen in de prioritering van nieuwe ontwikkeltrajecten.

In ander onderzoek werd in 2013 gekeken naar *wijkverpleegkundige* richtlijnen [59]. Het rapport signaleert drie met elkaar samenhangende problemen: 1) wijkverpleegkundigen zijn weinig bekend met richtlijnen, 2) gebruiken richtlijnen niet regelmatig, en 3) de richtlijnen zijn van onvoldoende kwaliteit. Van invloed zijn vooral het ontbreken van kennis over richtlijnen; de cultuur binnen de beroepsgroep; een passief beleid van werkgevers op het gebruik; richtlijnen zijn verspreid en lastig toegankelijk en zijn slechts deels gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.

### **Programmabureau ontwikkeling kwaliteitsstandaarden V&VN**

Vanaf 2016 heeft V&VN de regie (is initiatiefnemer en eigenaar) in de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de eigen beroepsgroepen. Het V&VN programmabureau kwaliteitsstandaarden coördineert en organiseert het gehele ontwikkelproces. De ontwikkeling van de kennisagenda wijkverpleging staat in verbinding met de activiteiten van het programmabureau. In die zin dat de uitkomsten van de kennisagenda input vormt voor de prioritering van ontwikkeltrajecten van kwaliteitsstandaarden [55].

### **Doel kwaliteitsstandaarden: basis voor evidence based handelen**

Kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld om het klinisch redeneren van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten meer te baseren op (wetenschappelijk) bewijs. Dit, onder andere, draagt bij aan het terugdringen van ongewenste variatie in handelen tussen zorgverleners en de kwaliteit van zorg. Kwaliteitsstandaarden worden ook ontwikkeld om de snelgroeïende informatiestroom in wetenschappelijk onderzoek hanteerbaar te maken en op waarde te schatten. Ze ondersteunen verpleegkundigen en verzorgenden in de besluitvorming, in het kiezen van de juiste zorgopties voor de cliënt, diens naasten en de persoonlijke leefomgeving. Een en ander in samenhang met wat andere professionals doen.

### **Prioritering en onderwerpen van kwaliteitsstandaarden**

Uit de witte vlekken analyse (2016) zijn onderwerpen voorgedragen voor de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitsstandaarden of de herziening van bestaande KS-en. Tevens dragen professionals, zowel verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden maar ook artsen en patiënten, onderwerpen aan. De adviesgroep kwaliteitsstandaarden, bestaande uit een afvaardiging van V&VN afdelingen, platforms en bestuurscommissies, prioriteert de aangedragen onderwerpen op systematische wijze. Uit deze prioritering volgt een jaaragenda.

In principe zijn de onderwerpen sector- en werkgebied overstijgend en niet ziekte specifiek. Ze duiden veeleer op patiëntproblemen of verpleegkundige problemen. Dit neemt niet weg dat in een bepaalde kwaliteitsstandaard een extra module(s) opgenomen kan worden voor een bepaald werkgebied of specifiek knelpunt. Dit wordt in de eerste fase van het ontwikkelproces bekeken en bepaald. Een kwaliteitsstandaard dient in elk geval zo bruikbaar en laagdrempelig te zijn dat gemakkelijk afgeleide producten ontwikkeld kunnen worden. In elke kwaliteitsstandaard is aandacht voor de oplossing van benoemde knelpunten (voor patiënten, verpleegkundige en verzorgenden, in de organisatie van zorg) en voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

In 2018 wordt de afronding van de eerste kwaliteitsstandaarden verwacht. Vervolgens zijn in 2017 de voorbereidingen voor 10 standaarden gestart. In 2018 verwacht V&VN minimaal 6 standaarden te starten. Dit zijn onder andere: verpleegkundige modules delier, kwetsbare geboortezorg, tuberculose, en patiënt-familie participatie. In juni 2018 wordt de tweede tranche aan thema's geprioriteerd.

Tabel 3. Onderwerpen kwaliteitsstandaarden 2015-2018

Gereed in 2017	Gereed in 2018	Gereed in 2019 en later
Beter laten lijst	Intensieve Kindzorg	Benadering bij dementie
Infectiepreventie (onderzoek)*	Palliatieve zorg	Dementie
Medicatierouw (onderzoek)*	Verslaglegging	Zorgmijding
	Eenzaamheid	ADL-zorg
	Mantelzorg	Vocht- voedingstekort
	Slaap-waak ritme	Veranderd seksueel functione-
		Medicatierouw
		Infectiepreventie
		VTGM
		Implementatie (onderzoek)*
		Continentie (onderzoek)*
		Smetten (onderzoek)*

\* onderzoek betekent hier dat een grondige knelpuntenanalyse wordt verricht om vervolgens te bekijken welk type product de knelpunten van de beroepsgroep het beste dient.

### Ontwikkelproces V&VN kwaliteitsstandaarden: voor en door de beroepsgroep

ZonMw selecteert per thema de partij die de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard trekt. Hiertoe zetten V&VN en ZonMw een call uit. De kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld volgens de AQUA-leidraad (advies en expertgroep kwaliteitsstandaarden) en de HARING-tools (Handleiding en toolbox Richtlijnontwikkeling Nederlandse Gezondheidszorg). V&VN wordt eigenaar van de opgeleverde producten.

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn vooraf en in alle fasen van het ontwikkelproces betrokken. De onderwerpen worden aangedragen door het werkveld en de uitgangsvragen worden door de beroepsgroepen zelf vastgesteld. De inhoudelijke expertise wordt ingezet vanuit afgevaardigden uit de V&VN afdelingen en platforms.

Op basis van de uitgangsvragen wordt de literatuursearch vorm gegeven en gezocht naar wetenschappelijk bewijs. Sterk wetenschappelijk bewijs (niveau A) is niet altijd of weinig voorhanden. Daardoor wordt er sterker geleund op het systematisch en transparant ophalen en wegen van professionele kennis en ervaringskennis. Het al dan niet ontbreken van wetenschappelijke kennis wordt in kwaliteitsstandaarden gebundeld in het hoofdstuk 'kennislacunes'. Deze kennislacunes bieden handvatten voor het initiëren van wetenschappelijk onderzoek.

### 3.4 Beschouwing van de data over actuele kennis

In deze beschouwing van de data over actuele kennis in het vakgebied van verpleging en verzorging komen achtereenvolgens 1) de meest opvallende zaken en 2) de beperkingen die sterke uitspraken verhinderen, kort aan de orde.

#### *Wat opvalt*

De onderzoekscapaciteit en daarmee de output aan wetenschappelijke kennis in de verpleegkunde en verzorging in Nederland groeit. Tot nu toe werd verreweg het meeste onderzoek verricht over onderwerpen die we tot de beroepsinhoud van verpleging en verzorging rekenen. Vervolgens over organisatie van zorg en beroepsontwikkeling. De sinds een aantal jaren meest actuele thema's in verpleging en verzorging zoals, gezamenlijke besluitvorming, zelfredzaamheid en preventie lijken (nog) het minst onderzocht te worden. Deze kennisonderwerpen zien we wel terug in de lijst met onderwerpen voor toekomstig onderzoek. Deze lijst laat ook zien dat veel meer aandacht uitgaat naar kennisonderwerpen die bij de organisatie van zorg en beroepsontwikkeling horen. De verhouding promotieonderzoek en ander onderzoek / kennisprojecten verschuift naar meer promotieonderzoek.

Er is een kleine groei in het aantal onderzoeken dat in en voor de wijkverpleging plaatsvindt. Opvallend is daarbij de afwezigheid van een leerstoel wijkverpleging, het gering aantal promotieonderzoeken en de diversiteit aan onderwerpen.

De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en de neerslag daarin van actuele vakken-nis heeft afgelopen jaren een impuls gekregen. In 2018 wordt de eerste kwaliteitsstandaard afgerond en starten minimaal zes standaarden. De kwaliteitsstandaarden richten zich voornamelijk op de beroepsinhoud van verpleging en verzorging. De implementatie en het gebruik van de kwaliteitsstandaarden vraagt, naast de ontwikkeling, de komende jaren aandacht.

#### *Beperkingen*

Opgemerkt dient te worden dat de respons op de vragenlijst aan hoogleraren en lectoren weliswaar hoog is maar dat de opgehaalde gegevens zeker niet volledig zijn. Niet

alle onderzoeken zijn aangemeld, in het bijzonder niet uit de jaren 2008-2012. Respondenten geven aan dit niet meer te weten of dat het te veel gevraagd is die titels allemaal in te vullen. De gegevens zijn ook niet in alle gevallen direct bij de hand. Daarom heeft het projectteam daarin geassisteerd. Daar tegenover staat dat in enkele gevallen bijvoorbeeld bij een relatief nieuw hoogleraarschap onderzoeken aangegeven zijn die voorafgingen aan de instelling van de leerstoel. Verder is aangegeven onderzoek (bijna altijd) Nederlands van origine. Dit wil daarom niet zeggen dat er op bepaalde thema's geen of juist internationale kennis beschikbaar is. De indeling van onderzoek aan de hand van zoektermen, thema's kon alleen plaatsvinden op basis van titels. Dit heeft uiteraard zijn beperkingen. Bovendien konden niet alle titels, ongeveer een vijfde deel, worden toegewezen aan een van de opgestelde zoektermen, thema's. Door deze beperkingen is er onvoldoende basis om een goede vergelijking te maken tussen actuele kennis en de vraag naar kennis in de wijkverpleging (in hoofdstuk 5). Er kunnen daarom ook geen harde uitspraken gedaan worden over welke kennis wel aanwezig is maar nog niet geïmplementeerd of gebruikt wordt in de praktijk.



## 4. Eerste resultaat.

### Een raamwerk met generieke kennisonderwerpen V&V breed

Een gedegen kennisagenda sluit aan bij de huidige uitdagingen in de zorg en ontwikkelingen van de beroepsgroep en bij wat cliënten en professionals zelf aandragen aan belangrijke (kennis)onderwerpen. Het algemene raamwerk bevat relevante onderwerpen voor de kennisontwikkeling verpleging en verzorging breed. Het zijn werkveld overstijgende kennisonderwerpen en dus generiek van aard.

Dit hoofdstuk presenteert, na een introductie met de aanpak, het raamwerk in zijn geheel. Daarna zal de derde paragraaf het raamwerk toelichten.

#### 4.1 Aanpak ontwikkeling van het raamwerk

Om tot het raamwerk voor een kennisagenda verpleging en verzorging breed te komen zijn de volgende drie stappen doorlopen.

##### *Stap 1. Eerste concept*

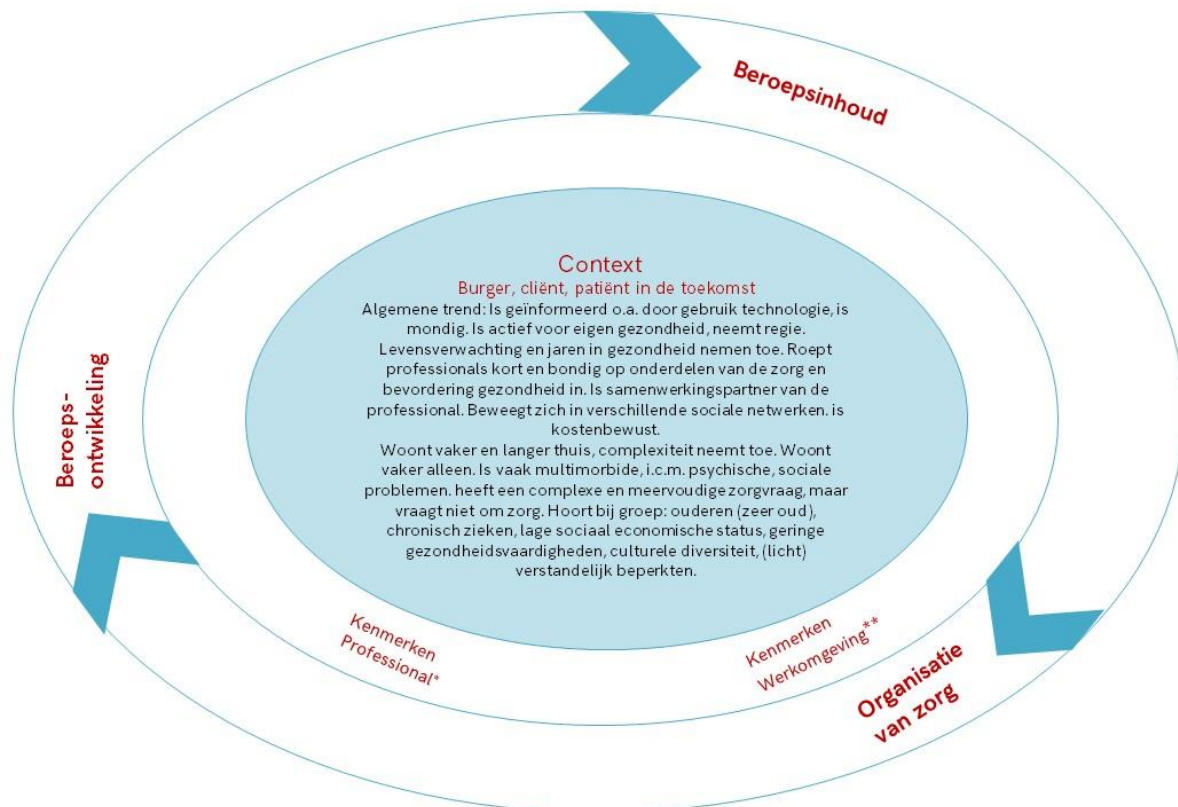
Op basis van de literatuur en bestaande bronnen en rapporten zijn de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de huidige context van verpleging en verzorging bestudeerd. De toekomstige uitdagingen en ontwikkelingen zijn in kaart gebracht, zie hoofdstuk 2. Daarnaast zijn thema's opgehaald bij professionals, managers, wetenschappers uit het brede veld van verpleging en verzorging aan de hand van de digitale tool Mentimeter. De combinatie van de literatuur en mentimeters leidde tot een eerste concept raamwerk met relevante thema's voor nieuwe kennisontwikkeling. De thema's in het raamwerk zijn aangeduid als kennisonderwerpen. Deze eerste versie is van commentaar voorzien door de adviesgroep en is besproken met de Patiënten Federatie Nederland en waar nodig aangevuld. Op basis van deze stap is ook een (toekomstig) profiel geschetst met kenmerken van de patiënt, cliënt, bewoner en van de verpleegkundige, verpleegkundig specialist en verzorgende.

##### *Stap 2. Inventarisatie actuele kennis en lacunes*

In de tweede stap is een inventarisatie gemaakt van de beschikbaarheid van actuele kennis voor verpleging en verzorging. Een vragenlijst is voorgelegd aan lectoren en hoogleraren verplegingswetenschap over in de afgelopen tien jaar afgesloten en lopend onderzoek. Ook is hen gevraagd welke onderwerpen in de toekomst om kennisontwikkeling vragen. Om inzicht te krijgen in kennislacunes en prioritaire onderwerpen voor de beroepsgroep is tot slot in deze stap gekeken welke onderwerpen de afgelopen jaren gekozen zijn in de ontwikkeling van kwaliteitstandaarden voor verpleging en verzorging (bij het programmabureau kwaliteitsstandaarden van V&VN). De bevindingen van deze inventarisatie staan beschreven in hoofdstuk 3.

### Stap 3. Validatie raamwerk

Op basis van stap 1 en 2 is een nieuw raamwerk, in concept en na bespreking met de adviesgroep, voorgelegd aan verpleegkundigen en verzorgenden uit verschillende werkgebieden en aan het Wetenschappelijk College Verpleegkunde in oprichting (WCV). Doel van deze stap was het raamwerk te valideren. In totaal hebben 21 professionals in drie groepen verspreid over het land hun instemming en input gegeven tijdens een ronde tafel gesprek. Op verlagen is een membercheck toegepast. Het WCV heeft positief op de inhoud van het raamwerk gereageerd.



#### \*Kenmerken VERPLEEGKUNDIGE / VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST / VERZORGENDE

- Voldoet aan competenties CanMEDS rollen
- Levert kwaliteit
- Is transparant in handelen
- Is gericht op uitkomsten
- Is vakbekwaam en toont (persoonlijk) leiderschap
- Werkt samen; met cliënt en zijn netwerk, en multidisciplinair, transmuraal en intersectoraal
- Werkt preventief
- Neemt zelfstandig ondernemerschap op

#### \*\* Kenmerken WERKOMGEVING

- Biedt continu lerende praktijk
- Biedt ruimte voor autonoom professioneel optreden
- Innoveert en verbetert met minder kosten, doelmatig
- Werkt op basis van wet- en regelgeving
- Functioneert voorlopig in situatie van krapte (personeel, financieel)

# Kennisonderwerpen per pijler



## Beroepsinhoud

- Dagelijks functioneren
- Aansluiten bij de behoefte van de cliënt en zijn sociaal netwerk
- Vroegsignalering
- Klinisch redeneren
- Gezamenlijke besluitvorming
- Complexiteit van zorg
- Zelfmanagement
- Uitkomsten van zorg: kwaliteit van leven, zelfredzaamheid
- Reflectie op het verpleegproces
- Zorg op basis van evidence; toepassing van kennis
- Preventie
- Palliatieve zorg
- Chronische zorg
- Acute zorg
- Psychische zorg

## Organisatie van zorg

- Inzet van technologie
- Samenwerking op alle niveaus
- Optimale teamsamenstelling
- Overdracht
- Eenduidige communicatie
- Continuïteit

## Beroepsontwikkeling

- (Verpleegkundig) Leiderschap
- Identiteit
- De (continu) lerende professional, vakbekwaamheid
- Kennisontwikkeling; verpleegkundig onderzoek
- Innovatie
- Verspreiding en toepassing van kennis

Figuur 3. Raamwerk voor een kennisagenda in verpleging en verzorging

## 4.2 Het raamwerk verpleging en verzorging breed

Het raamwerk staat hierboven als geheel opgenomen. De titel raamwerk suggereert een statisch beeld maar in feite is het een dynamisch geheel, met elkaar beïnvloedende elementen die voortdurend in beweging zijn. In de kern staat de cliënt, patiënt, bewoner, burger. In de eerste cirkel bevinden zich de zorgorganisatie en de professional: verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende. Die in interactie met de cliënt en zijn omgeving de directe zorg (beroepsinhoud) en de organisatie van de zorg bepalen en optimaliseren, en het beroep ontwikkelen.

## 4.3 Het raamwerk toegelicht

Het raamwerk alleen doet tekort aan de gegeven input door de beroepsgroep. Daarom beschrijft deze paragraaf de verschillende delen van het raamwerk in meer detail. Achtereenvolgens komen aan de orde: 1) in de kern, de cliënt,<sup>6</sup> 2) in de eerste ring de verpleegkundige, verpleegkundig specialist en verzorgende,<sup>7</sup> en 3) de kennisonderwerpen verdeeld in de drie pijlers waar verpleging en verzorging op rust.

<sup>6</sup> Waar in dit hoofdstuk 'cliënt' staat is ook de patiënt, bewoner en burger bedoeld.

<sup>7</sup> Waar verpleegkundige staat kan ook verpleegkundig specialist of specialistisch verpleegkundige gelezen worden

### *Beeld van de patiënt, cliënt, bewoner, burger varieert*

Uit de contextstudie en in gesprekken met professionals en experts komt een tweeledig beeld van de (toekomstige) cliënt naar voren. Dit laat onverlet dat een combinatie van willekeurige kenmerken voorkomt. We zien enerzijds de kenmerken van een goed geïnformeerde, mondige cliënt die eigen regie voert om zijn gezondheid of herstel te managen. Kortdurend in zorg is en weet goed aan te geven waarvoor hij een professional nodig heeft en wat zelf, of met anderen, kan gebeuren. Dit is een (te) optimistisch beeld, zo werd door professionals en stakeholders aangegeven. Want anderzijds ziet men (groepen) de cliënt die meerdere problemen (fysiek, cognitief, psychisch, sociaal) tegelijkertijd heeft, steeds ouder wordt en die vaker en langer (alleen) thuis woont. Zorgmijding komt regelmatig voor. Zorgvragen zijn als gevolg vaak complex en meer-voudig. Er zijn groepen in de samenleving die extra aandacht van verpleegkundigen en verzorgenden vragen en/of waarbij de voor handen zijnde interventies niet (meer) vol-doen. Dit zijn mensen op (zeer) hoge leeftijd, chronisch zieken (vaak multimorbide), mensen met een verstandelijke beperking, mensen met lage gezondheidsvaardigheden (vaak, maar niet altijd, laagopgeleid), en mensen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. Bij deze groepen is eigen regie en zelfmanagement niet vanzelfsprekend.

### *Profiel van verpleegkundige en verzorgende nog niet vanzelfsprekend*



Het profiel van de verpleegkundige, verpleegkundig specialist en verzorgende steunt ten principale op de CanMEDS rollen [36]. Deze zeven rollen, met de zorgverlenerrol als kern, omvatten de competenties die verpleegkundigen en verzorgenden voortdurend dienen te ontwikkelen om goede zorg te kunnen geven. De CanMEDS rollen en de beschrijvingen van excellente zorg [60] en het advies 'Innovatie zorgberoepen en opleidingen' [28] zijn in zichzelf compleet. De contextanalyse en groeps-

gesprekken met professionals dragen echter een rij kenmerken aan die (nog) niet vanzelfsprekend zijn en aandacht vragen in de ontwikkeling van nieuwe kennis voor het vak. Dit zijn onder andere: transparantie in handelen, vakbekwaamheid, leiderschap, preventief werken en technologie. Verpleegkundigen en verzorgenden herkennen zich in dit profiel van de (toekomstige) professional en noemen de kenmerken helder en noodzakelijk. Maar ze ervaren het vooralsnog als een wenselijke situatie. Het staat nog (ver) af van de realiteit van het dagelijkse werk. Veel wordt verwacht van het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 [36]. Zorgen zijn er over de aansluiting bij dit profiel van de grote groep zittende verpleegkundigen en verzorgenden. De ruimte en faciliteiten die gegeven of gevoeld worden om dit profiel te realiseren; te leren en te onderzoeken is beperkt. De kenmerken van de omgeving waaronder die van de zorgorganisatie zijn hierbij ook cruciaal.

### *Zorgorganisaties aan zet*

In de kenmerken van de (werk)omgeving, de zorgorganisatie komt tot uiting dat de professional niet alléén verantwoordelijk is voor het geven van goede, onderbouwde zorg. De zorgorganisatie is aan zet als het gaat om het bieden van een werkomgeving die continu leren van en in de praktijk faciliteert en om het garant staan voor het (bevorderen van het) autonome en zelfstandige optreden van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden. De zorgorganisatie dient innovatie en het gebruik van kosteneffectieve interventies te stimuleren. En de werkomgeving zo in te richten dat wet- en regelgeving en beroepsrichtlijnen gemakkelijk toegepast kunnen worden. Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren de nodige knelpunten in genoemde kenmerken van de omgeving. Belangrijk zijn de hoge werkdruk, het personeelstekort, en onvoldoende ruimte om te leren en te verbeteren. Innovatie komt onvoldoende van de grond. Zodanig dat het de professionalisering belemmert.

### **Kennisonderwerpen in de drie pijlers**

Voor de opsomming van de kennisonderwerpen zie figuur 3. De toelichting bespreekt de meest opvallende zaken.

### *Beroepsinhoud*

Opvallend in de bespreking van kennisonderwerpen met betrekking tot de directe zorg is dat hier niet de meeste aandacht naar toe gaat. De voorgestelde kennisonderwerpen lijken eerder vanzelfsprekend. Gezondheid en preventie ligt in sommige werkvelden zoals de jeugdgezondheidszorg, de publieke gezondheidszorg aan de basis. Voor anderen is het veeleer nieuw denken en handelen. Het is een belangrijk issue dat samengaat met vragen over preventie, vroegsignalering (en vroeg ingrijpen) en zelfmanagement. Het gaat niet alleen om aansluiting zoeken bij de veerkracht en zelfredzaamheid van (zieke) cliënten en wat deze wil centraal stellen maar ook om gezondheid bevorderen en risico's beperken. Met het laatste is men minder bekend en ervaren. Naast zelfredzaamheid is de samenredzaamheid van belang. Hoe bevorder je die? Klinisch redeneren is een belangrijk onderwerp waarin men tekorten ervaart. Communicatie en communicatiesystemen komen hier al aan de orde. In de wijk is behoefte aan een uniforme tool voor het indiceren van zorg thuis.

### *Organisatie van zorg*

De organisatie van zorg is veel besproken. Het houdt verpleegkundigen en verzorgenden enorm bezig. Organisatie van zorg vraagt steeds meer in het licht van zo lang mogelijk thuis wonen (en dichtbij huis behandelen), complexere zorgvragen en -situaties, en de eisen van doelmatige zorg.

Allereerst, de inzet en toepassing van technologie in de zorg. De verwachtingen zijn hooggespannen. De vragen gaan uit naar de betrokkenheid van cliënt en professional in het ontwikkelproces en de toepassing van het product. En naar de effecten van (het gebruik van) nieuwe technologie.



De vraag hoe effectief samen te werken komt steeds terug, het speelt op alle niveaus. Het betekent op de eerste plaats samenwerking met de cliënt zelf, zijn naasten en sociale netwerk. Professioneel gezien werkt de verpleegkundige en verzorgende samen met collega's in team en organisatie en vooral ook daarbuiten met andere zorgprofessionals in de eerste- en tweedelijnszorg (ketenzorg) en in andere domeinen zoals maatschappelijke ondersteuning en onderwijs.

In het verlengde komt vanzelf de optimale teamsamenstelling aan bod. Hoe ziet die er uit en hoe zou de combinatie van generalisten en specialisten moeten zijn. In het denken hierover komt ook zelfsturing; functiedifferentiatie; de mix van vaardigheden en competenties in een team; en 24/7 zorgverlening die om de juiste teamspelers met de juiste deskundigheid vraagt aan de orde.

Overdracht en eenduidige communicatie is eveneens een belangrijk onderwerp waar kennis over nodig is. Het gebrek aan tijdige en relevante informatie is een knelpunt, eenduidige taal ontbreekt, systemen werken niet mee en zijn niet uitwisselbaar. Dit helpt niet om effectief te kunnen communiceren met collega's en andere disciplines. De vraag is welk systeem daarbij kan helpen, valide en betrouwbaar is, met inachtneming van de privacy regels. Continuïteit in persoon (zorg door dezelfde zorgverleners) en tussen domeinen is een grote wens, ook van zorgvragers.

### *Beroepsontwikkeling*

Meest opvallend in de validatiegesprekken is de grote aandacht voor beroepsontwikkeling. De beroepsgroep is op zoek, waar staan ze voor? Twee kennisonderwerpen komen het meest aan de orde; verpleegkundige leiderschap en de verspreiding en toepassing van kennis. Leiderschap staat (opnieuw) in de belangstelling. Verpleegkundigen en verzorgenden willen invloed uitoefenen en gewaardeerd worden. De vraag is vooral hoe ze dat in de organisatie kunnen (op beleid, werkomstandigheden) en hoe in relatie tot andere disciplines.

Verspreiding en gebruik van kennis is aan de orde omdat er een groot gat ervaren wordt tussen kennisontwikkeling en de vertaling van nieuwe kennis naar toepassingsmogelijkheden voor de praktijk. Men is zich bewust van beschikbare kennis, maar deze is niet altijd gemakkelijk te raadplegen. Het ontbreekt aan een centrale vindplek, tijd en gegeven ruimte. Zo draagt nieuwe kennis onvoldoende bij aan de verbetering van patiëntproblemen en competentiegroei van professionals. Ook voor innovatie geldt dat men niet goed weet hoe nieuwe kennis bij de beroepsgroep te implementeren. Verplegingswetenschappers en verpleegkundig specialisten die in de praktijk werkzaam zijn kunnen een belangrijke rol spelen in de implementatie van nieuwe kennis en ook participeren in verpleegkundig onderzoek in de praktijk. Ze zouden hierin gefaciliteerd moeten worden.

## 5. Kennisbehoefte in de wijkverpleging

In de wijkverpleging is een grote behoefte aan kennis en verdere beroepsontwikkeling. De kennisbehoefte is er op de eerste plaats een van deskundigheidsbevordering en toepassing van beschikbare kennis in de praktijk van de wijkverpleging. Er is zeker ook behoefte aan nieuwe kennis maar die is door professionals moeilijker (exact) te verwoorden. Je weet namelijk lang niet altijd wat je mist aan kennis om goed voorbereid te zijn op toekomstige uitdagingen en de taal en vaardigheid om kennisvragen te formuleren is niet eigen aan de beroepspraktijk van de wijkverpleging.

De eerste paragraaf beschrijft de aanpak en het analyse proces waarmee de kennisbehoefte in beeld is gebracht. De resultaten komen in de tweede paragraaf uitgebreid aan de orde. De derde paragraaf geeft een synthese van de bevindingen. De afsluitende paragraaf presenteert een verzameling van de kennisvragen die ter prioritering aan belanghebbenden zijn voorgelegd.

### 5.1 Toepassing van het raamwerk generieke kennisonderwerpen in de wijkverpleging

In de pilot wijkverpleging is het raamwerk met generieke onderwerpen voor verpleging en verzorging breed (zie hoofdstuk 4), toegepast op de wijkverpleging. Het proces van dataverzameling en analyse werd stapsgewijs uitgevoerd en nam drie maanden in beslag (mei tot en met juli 2018).

#### AANPAK

De volgende stappen zijn uitgevoerd om kennisvragen en knelpunten bij wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden op te halen.<sup>8</sup>

#### *Stap 1. Ontwikkelen vragenlijst*

Met behulp van de online tool Formdesk is een (digitale) semigestructureerde vragenlijst gemaakt, zie bijlage 6. De lijst is opgesteld aan de hand van open en gesloten vragen. De eerste open vraag vroeg respondenten een top drie van onderwerpen te geven waar meer kennis over nodig is in de wijkverpleging. Vervolgens werd gevraagd per generiek kennisonderwerp uit het raamwerk naar eigen keuze, een toelichting te geven bij waar men tegen aan loopt of een (kennis)vraag op te schrijven. Aan het einde van de lijst stond nog een open vraag over wijkgericht werken. De gesloten vragen bevatten keuzemogelijkheden. Gevraagd werd antwoordmogelijkheden aan te vinken bij: de functie van de respondent; de generieke kennisonderwerpen; patiëntproblemen

---

<sup>8</sup> Waar we in het vervolg van dit hoofdstuk over wijkverpleegkundige spreken is de verpleegkundige in de wijk gemakshalve inbegrepen.



(fysiek, psychisch, functioneel, sociaal);<sup>9</sup> en doelgroepen in de wijk waar meer kennis over nodig is.

### Stap 2. Verspreiding vragenlijst

De vragenlijst is, na een pretest met drie verzorgenden en twee wijkverpleegkundigen, verspreid via de beroepsvereniging, social media (Twitter, Facebook pagina wijkverpleging en verzorging, nieuwsbrief V&VN), via het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap (NWG), via de ambassadeurs van de wijkverpleegkundige en ambassadeurs verzorgenden, via het netwerk van zorgorganisaties van de projectgroep en op het Nationaal Congres Wijkverpleging. Een [animatiefilmpje](#) is gemaakt dat uitleg gaf over de ontwikkeling van de kennisagenda wijkverpleging en wat van de respondent verwacht werd. De vragenlijst stond zes weken open.

### Stap 3. Focusgroepen

Na een eerste grove analyse van de resultaten uit de vragenlijst zijn drie focusgroepen verspreid over het land georganiseerd (Utrecht, Zwolle, Eindhoven) om de meest genoemde kennisonderwerpen verder uit te diepen en te bespreken aan welk type kennis dan behoefte is. Er namen in totaal zeventien wijkverpleegkundigen en een verzorgende deel.

### Stap 4. Kennisvragen

Na verdere analyse van de data uit de vragenlijst en op basis van de verdiepende focusgroepen is een lijst kennisvragen opgesteld die geschikt zijn voor prioritering.

### Extra stap.

In samenwerking met de Patiënten Federatie Nederland zijn patiëntenverenigingen gevraagd aan te geven welke onderwerpen en doelgroepen de volle aandacht in verpleegkundig onderzoek vragen.



Figuur 4. Van generieke kennisonderwerpen naar kennisvragen wijkverpleging

## ANALYSE

In de analyse van de resultaten uit de vragenlijst zijn opnieuw de drie pijlers beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling als leidend ordeningsprincipe

<sup>9</sup> Kernset patiëntproblemen uit: *Leren van de toekomst*, V&V 2020, deel 1 (2012). J. Lambregts & A. Grotendorst

gebruikt. Alle data werden hierlangs geordend. De analyse gebeurde eveneens stapsgewijs.

### *Stap 1. De cijfers*

De kwantitatieve data zijn automatisch uit Formdesk gegenereerd tot statistieken en beschreven in paragraaf 5.2.

### *Stap 2. Antwoorden op open vragen*

De data die de door respondenten zelf naar voren zijn gebracht (open vraag Top 3 onderwerpen, de toelichtingen bij de generieke kennisonderwerpen uit raamwerk en wijkgericht werken) zijn om verdere ordening aan te brengen en bestudering mogelijk te maken gecodeerd. Voor de gebruikte codes zie bijlage 7. Op de eerste codering is interbeoordeling toegepast. Daarna zijn de data per code onder de drie pijlers verzameld en bestudeerd (bijvoorbeeld klinisch redeneren en indiceren). De data uit de toelichtingen bij de generieke kennisonderwerpen zijn beoordeeld op informatie over ervaren knelpunten en geformuleerde kennisvragen. De kennisvragen die respondenten naar voren brachten in de verschillende data, inclusief die uit de focusgroepen, zijn verzameld en gebundeld, en later geherformuleerd.<sup>10</sup>

### *Stap 3. Focusgroepen*

De gesprekken van de focusgroepen zijn op band opgenomen en in verslagen per besproken kennisonderwerp samengevat. Deze verdiepende informatie over de meest genoemde kennisonderwerpen is toegevoegd aan de data uit de open vragen.

### *Stap 4. TOP onderwerpen*

Op basis van de analyses van de kwantitatieve data, de meest naar voren gebrachte kennisonderwerpen op basis van de vragenlijst, en de toelichtingen bij de generieke onderwerpen is vervolgens een lijst van elf TOP kennisonderwerpen samengesteld. Dit zijn de onderwerpen die er vanuit de respondenten het meest toe doen als het gaat over kennisbehoefte in de wijkverpleging.

---

<sup>10</sup> De bestanden van de geordende data zijn in te zien bij het lectoraat chronisch zieken aan de HU



Figuur 5 . Keuze van TOP kennisonderwerpen

### *Van TOP kennisonderwerpen naar kennisvragen*

Met de lijst TOP kennisonderwerpen is verder gewerkt. Anders werd het aantal kennisonderwerpen (32) te veel om goed verslag over te doen. De bevindingen uit andere kennisonderwerpen zijn hier echter zoveel mogelijk bij betrokken en als aanvullend materiaal gebruikt. Per pijler zijn de gekozen TOP kennisonderwerpen uitgediept. Voor de resultaten zie paragraaf 5.2.

Respondenten hebben in antwoord op de open vragen en in toelichting op gesloten vragen zelf kennisvragen naar voren gebracht. Zo ook in de focusgroepen. Veel van deze vragen zijn nog geen kennisvragen en niet geformuleerd in termen van het PICO-model of als onderzoeksvragen. Daarom zijn alle door respondenten vermelde vragen en behoefte aan kennis, groen en rijp, eerst gebundeld. Vervolgens zijn de vragen een voor een bekeken en geordend naar vragen naar deskundigheidsbevordering en vragen naar nieuwe kennis.<sup>11</sup> Tot slot zijn uit de laatste categorie, door het projectteam, kennisvragen opgesteld die geschikt zijn voor prioritering (in termen van onderzoekbaarheid) en opname in de kennisagenda. Voor het resultaat zie paragraaf 5.4.

## **5.2 Kennisbehoefte van wijkverpleegkundigen en verzorgenden: resultaten uit de vragenlijst en focusgroepen**

Het doel van de vragenlijst was de kennisvragen die leven bij wijkverpleegkundigen en verzorgenden op tafel te krijgen zodat een kennisagenda opgesteld zou kunnen worden. De vragenlijst en de focusgroepen hebben een enorme hoeveelheid aan waardevolle gegevens opgeleverd die niet alleen bruikbaar zijn voor het opstellen van deze

<sup>11</sup> Wanneer we in het kader van deze kennisagenda over deskundigheidsbevordering spreken gaan we er van uit dat het gaat om onderwerpen waar al kennis over bestaat. Het gaat om het bevorderen van iemands deskundigheid d.m.v. (bij)scholing, vakliteratuur, collegiale consultatie enz. (definitie uit Sociaal cultureel woordenboek)

kennisagenda maar ook in andere projecten ten behoeve van de verdere professionalisering van de wijkverpleging.

Deze paragraaf rapporteert de resultaten eerst cijfermatig en daarna inhoudelijk met een focus op de elf TOP onderwerpen. De resultaten zijn steeds ingedeeld naar de drie pijlers beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling.

## RESULTATEN CIJFERMATIG

### *Respons en respondenten*

De respons op de vragenlijst is 217. Afgezet tegen het grote aantal wijkverpleegkundigen en verzorgenden dat werkzaam is in de wijkverpleging is de respons bijzonder laag. Het exacte aantal dat is benaderd is onbekend vanwege de verspreiding via social media en V&VN. Het overgrote deel van de respondenten zijn wijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen in de wijk, samen 82,9%. Toch is het aandeel verzorgenden van 15% de moeite waard gezien hun deelname aan onderzoek niet vanzelfsprekend is. De overige 5% zijn gespecialiseerd (wijk)verpleegkundigen, casemanagers dementie, hbo-v stagiaires, beleidsmedewerker, manager. Zie tabel 4.

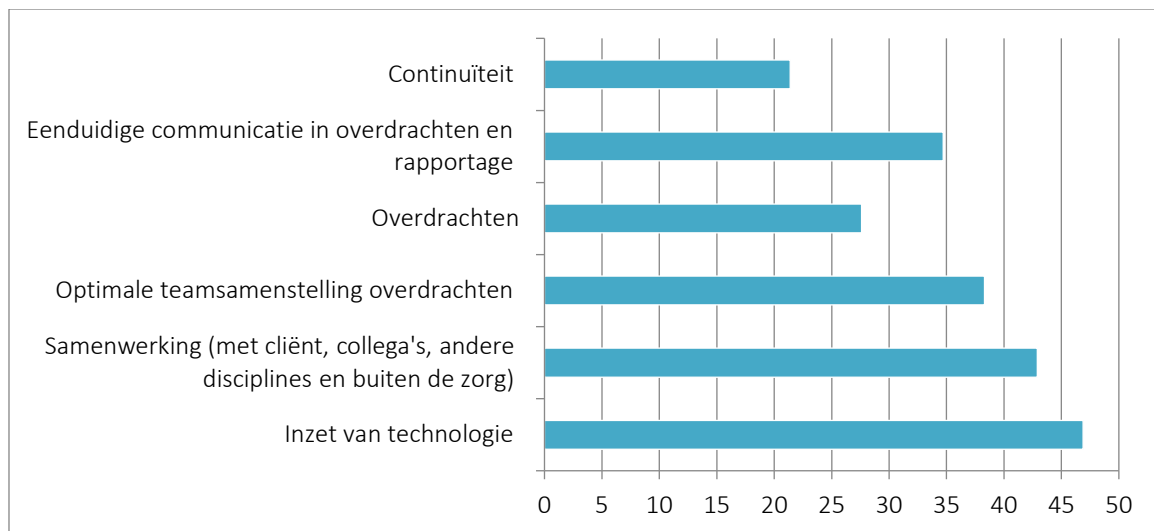
<b>Tabel 4. Type functie in de wijk N=217</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Wijkverpleegkundige (hbo-opgeleid)	146	67,3
Verpleegkundige in de wijk (mbo-opgeleid)	32	14,7
Verpleegkundig specialist	2	0,9
Gespecialiseerd verpleegkundige	2	0,9
Verzorgende/verzorgende IG	32	14,7
Anders, namelijk	5	2,3

### *Generieke kennisonderwerpen uit het raamwerk*

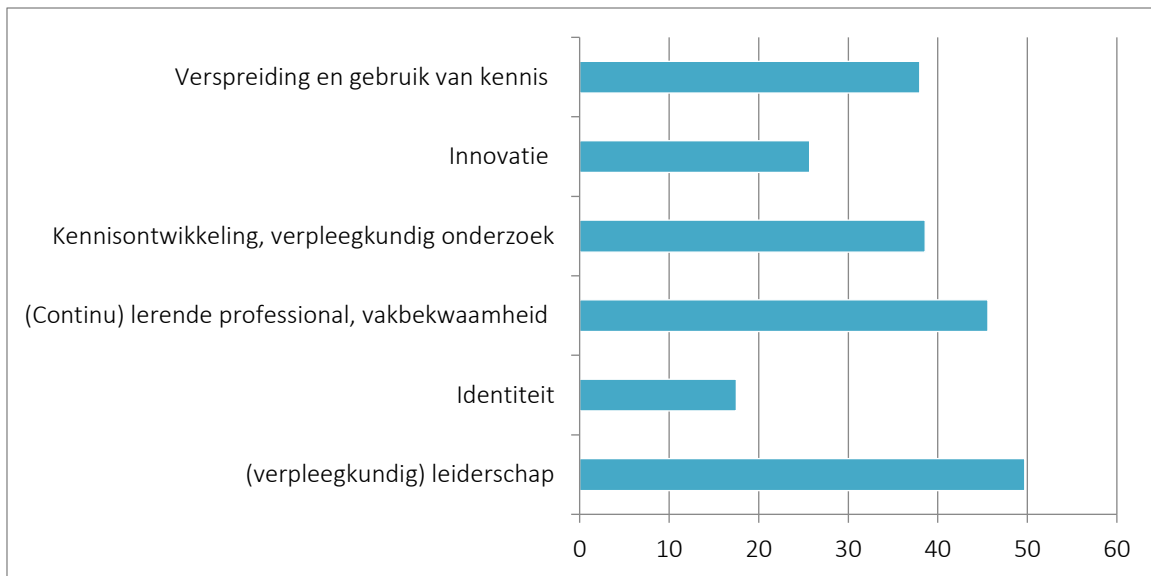
Uit de generieke kennisonderwerpen (zie hoofdstuk 4) zijn bij *beroepsinhoud*, in antwoord op waar respondenten tegen aan lopen of vragen over hebben, psychische zorg, preventie en complexiteit het meest gekozen. Bij *organisatie van zorg* zijn inzet van technologie en samenwerking de meest gekozen onderwerpen waar respondenten knelpunten of vragen bij hebben en vervolgens optimale teamsamenstelling en eenduidige communicatie. Bij *beroepsontwikkeling* kozen respondenten, in volgorde van meest gekozen kennisonderwerp, voor verpleegkundig leiderschap; de lerende professional; kennisontwikkeling, verpleegkundig onderzoek; verspreiding en gebruik van kennis. Zie figuren 5-7.



Figuur 5. Onderwerpen voor beroepsinhoud N = 210



Figuur 6. Onderwerpen voor organisatie van zorg N=196



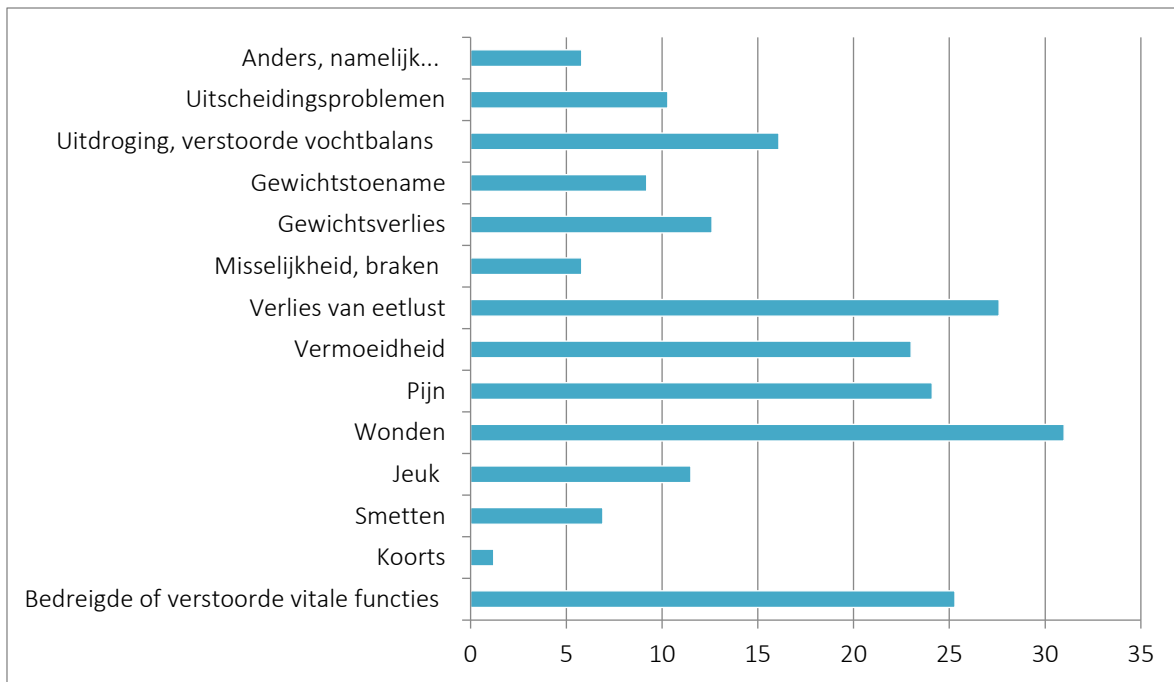
Figuur 7. Onderwerpen voor beroepsontwikkeling N=171

### *Patiëntproblemen*

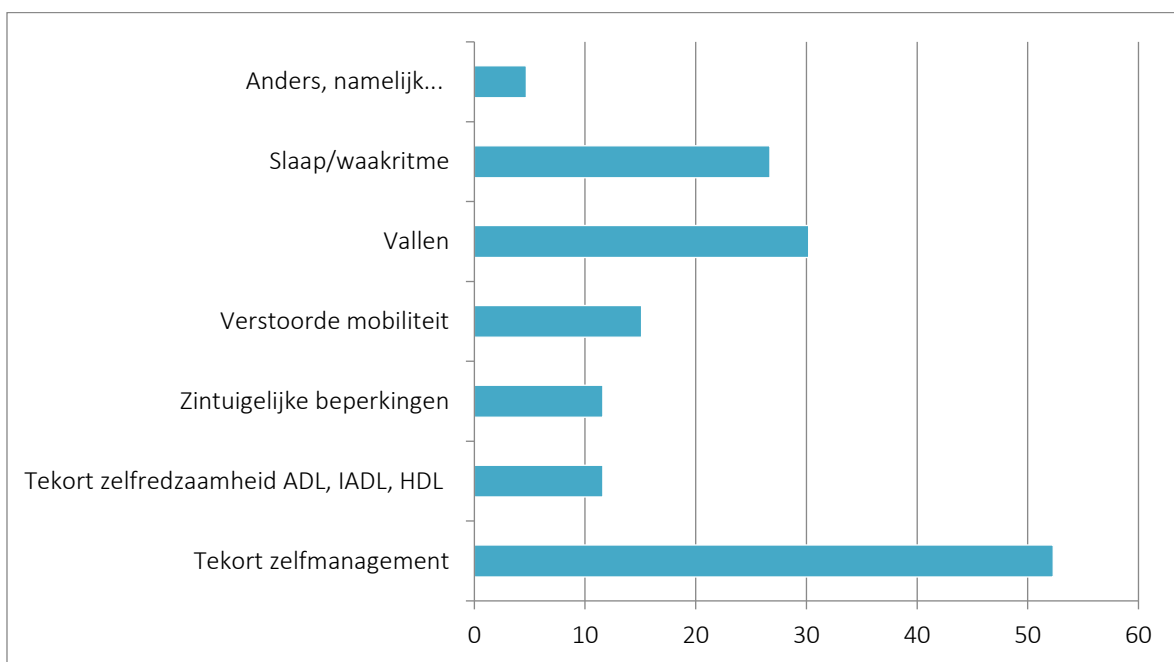
Uit de gegeven set patiëntproblemen kozen respondenten die problemen (maximaal vijf in de hele set) waar ze vragen over hebben. Uit het deel fysieke patiëntproblemen kozen opvallend weinig respondenten (87 van de 217) een onderwerp. De keuze is verdeeld over de gegeven onderwerpen, er springen niet één of twee onderwerpen uit. Hetzelfde geldt voor de groep patiëntproblemen m.b.t. het functioneren van mensen. Ook hier kozen slechts 86 respondenten een of meer problemen. Het probleem 'tekort aan zelfmanagement' springt er wel uit. De helft gaf aan hier tegen aan te lopen of vragen over te hebben. Verre weg de meeste respondenten (n=153) kozen patiëntproblemen uit het psychische domein. De meeste vragen zijn er over: persoonlijkheidsstoornissen (41%), stoornissen in gedrag (39%) en ineffectieve coping (32%). Ook in het sociale domein geven 130 respondenten aan vragen te hebben. Deze hebben het meest betrekking op gebrek aan sociaal netwerk (51%), en zijn verder nagenoeg gelijk verdeeld over eenzaamheid (42%), tekort aan mantelzorg (42%) en overbelaste mantelzorg (40%). Zie tabellen 8-11.

De antwoordmogelijkheid 'anders' bevat een gering aantal specifieke patiëntproblemen, zoals zelfzorgpassiviteit, vaginale fistels, PTTS, claimend gedrag, geïsoleerd leven, palliatie.

De patiëntenverenigingen geven aan dat chronisch ziek zijn vaak samengaat met psychische en sociale problemen bijvoorbeeld dalende maatschappelijke participatie, vervoersproblemen, eenzaamheid, depressie. Zij vragen daarom aandacht voor deskundigheidsbevordering op alle dimensies.

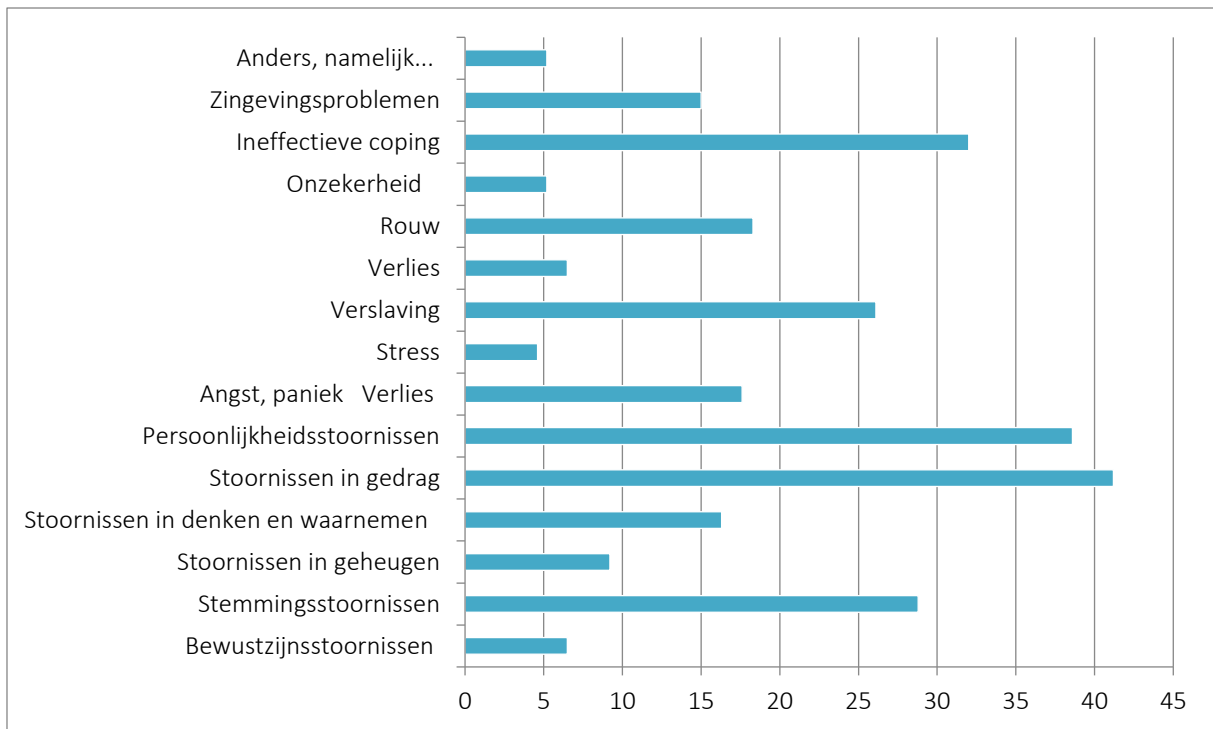


Figuur 8. Onderwerpen fysiek domein N=87

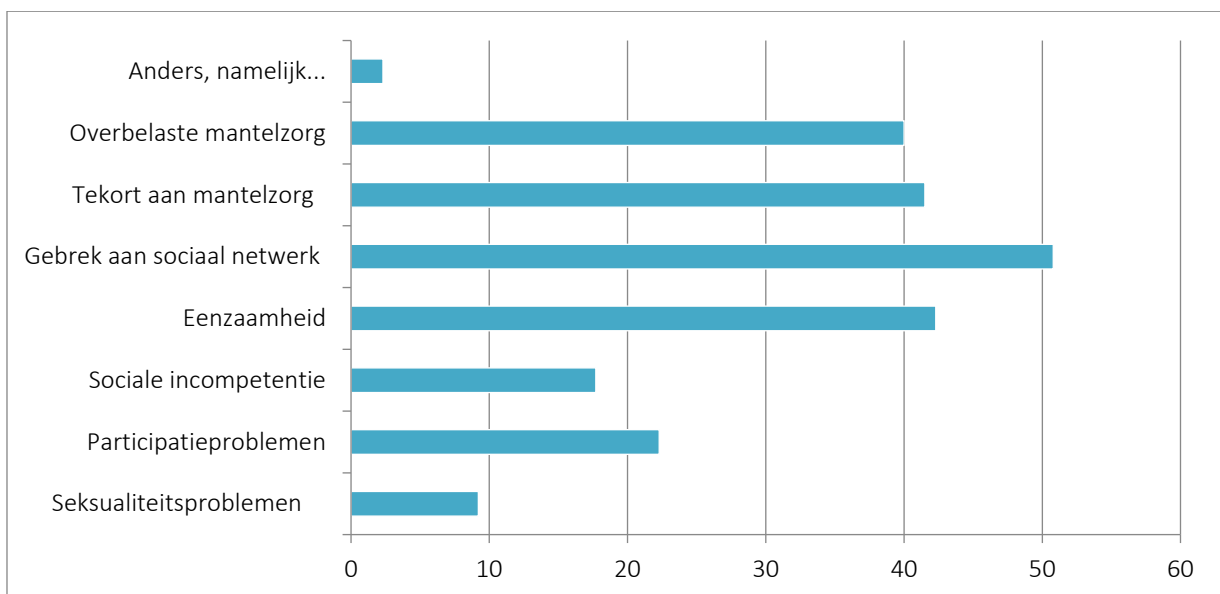


Figuur 9. Functioneren N=86





Figuur 10. Onderwerpen psychisch domein N=153

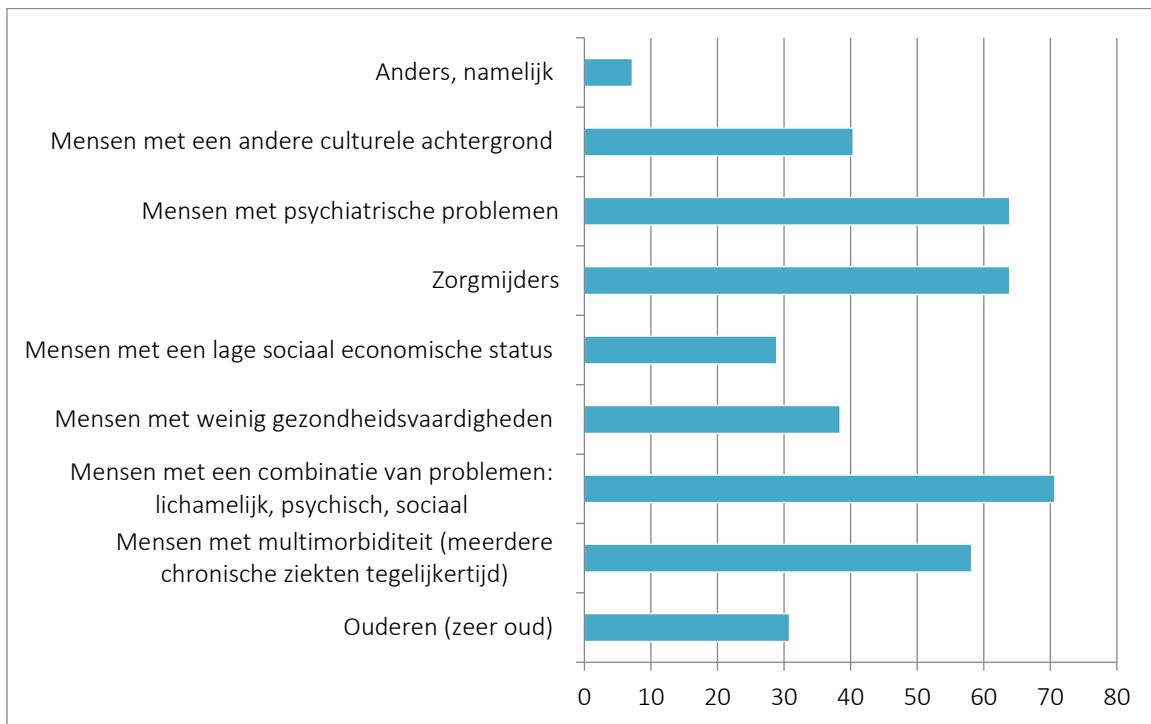


Figuur 11. Sociaal domein N=130

### *Doelgroepen waar meer kennis over nodig is*

Bijna driekwart (71%) van de respondenten geeft aan dat over de groep mensen met meervoudige problemen (lichamelijk, psychisch, sociaal) meer kennis nodig is in de wijkverpleging. De groep zorgmijders en mensen met psychiatrische problemen is door 64% aangewezen en mensen met multmorbiditeit door 58% van de respondenten. Zie tabel 12. Bijna alle respondenten (208) vulden op dit onderdeel iets in. De categorie *anders* bevat nog een lijstje doelgroepen: mantelzorgers, mensen met dementie, on-

cologische patiënten, terminale cliënten, cliënten met grensoverschrijdend gedrag, doven en slechtzienden, mensen met COPD, diabetes, hart en vaatziekten. Verschillende patiëntenverenigingen komen op voor de belangen van hun doelgroep zoals, slechtzienden en blinden, mensen met Parkinson of parkinsonisme, en dementie. En hun mantelzorgers of juist de afwezigheid daarvan. Zij vinden dat vanwege het lang(er) thuis blijven wonen extra aandacht en ondersteuning nodig is en kennis over wat de wijkverpleging daarin kan betekenen.



Figuur 12. Doelgroepen waar meer kennis over nodig is in de wijk N= 208

### Samenvattend

Uit de kwantitatieve data komt naar voren dat de behoefte naar kennis als eerste uitgaat naar onderwerpen die te maken hebben met de meervoudigheid en samenhang van verschillende (gezondheids)problemen tegelijkertijd. Waarbij de psychische en sociale componenten sterk vertegenwoordigd zijn. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat patiëntproblemen de kern van hun vak zijn. Aan kennis over preventief werken en er op tijd bij zijn om zorgvragen te voorkomen of uit te stellen (vroegsignalering) is ook behoefte. Samenwerking is een belangrijk kennisonderwerp omdat in de aanpak van meervoudige en samenhangende (gezondheids)problemen verschillende zorgdisciplines en vaak ook professionals uit andere sectoren betrokken zijn. Eenduidige communicatie in overdrachten en rapportage is daar onderdeel van. Vragen over de optimale samenstelling van teams verpleging en verzorging is ook veel genoemd. Er lijken ook zorgen over de (samenwerking met) mantelzorg te zijn. Blijven leren, kennis gebruiken en nieuwe kennis ontwikkelen komen duidelijk als belangrijke onderwerpen naar voren. Er lijkt honger naar kennis te zijn om goede zorg te geven.

Tot slot komen de inzet van technologie en het verpleegkundig leiderschap als belangrijke kennisonderwerpen naar voren. Gezien de actualiteit van deze onderwerpen in het beheersbaar houden van de groei aan zorgvragen en de beroepsontwikkeling in verpleging en verzorging verbaast dit niet.

De inhoudelijke resultaten kunnen een scherper beeld over voorgaande kennisonderwerpen schetsen.

## RESULTATEN PER PIJLER VOOR DE 11 TOP KENNISONDERWERPEN

De resultaten uit de open vragen en de toelichtingen bij de meest gekozen kennisonderwerpen uit het raamwerk zijn hieronder weergegeven. De beschrijving beperkt zich tot de elf TOP kennisonderwerpen (en de resultaten voor wijkgericht werken als aparte open vraag).

### TOP onderwerpen naar pijler

Uit analyse kwamen elf TOP onderwerpen, kennisonderwerpen die er het meest toe doen in de wijkverpleging, naar voren. Vijf TOP kennisonderwerpen met betrekking tot *beroepsinhoud* (in rangorde): psychische zorg, klinisch redeneren-indiceren, complexiteit, preventie en vroegsignalering. Drie kennisonderwerpen voor *organisatie van zorg*: samenwerking; technologie; optimale teamsamenstelling. En drie voor *beroepsontwikkeling*: leiderschap; de lerende professional, vakbekwaamheid; en kennisontwikkeling, verpleegkundig onderzoek.

De elf TOP onderwerpen worden hierna op basis van analyse, per pijler, een voor een besproken. De focus ligt op waar het om gaat bij het onderwerp en wat door de respondenten nodig, wenselijk wordt geacht.

## Beroepsinhoud

### 1. Psychische zorg

*De huidige kennis en competenties passen niet meer bij wat een groeiend deel van de cliënten nodig heeft.*

### Waar het over gaat

Psychische zorg is in de wijkverpleging een ondergeschoven kindje. Het geven van psychische zorg wordt echter steeds meer gevraagd omdat mensen met psychische problemen meer ambulantly geholpen worden en er wachtlijsten zijn voor de intramurale GGZ. Deze mensen komen in zorg bij de wijkverpleging bijvoorbeeld omdat de inname van medicijnen problemen geeft of omdat de zelfzorg verwaarloosd wordt. Of de cliënt komt in zorg vanwege een somatisch probleem en psychische problemen blijken later. Dit is een complicerende factor. GGZ-cliënten leven vaak geïsoleerd: zijn zorgmijdend en ontberen mantelzorg en een sociaal netwerk. Ze hebben weinig ziekteinzicht en nemen minder eigen regie. Standaard zorgplannen zoals de wijkverpleging die kent voldoen bij deze groep cliënten niet. Cliënten met psychische problemen zijn

als het ware een nieuwe doelgroep in de wijkverpleging (zie ook hierboven bij doelgroepen waar meer kennis over nodig is).

Respondenten geven aan dat ze te weinig kennis hebben over psychiatrische ziektebeelden en hoe hier mee om te gaan. Ze zijn er onvoldoende voor opgeleid en hebben er in de wijkverpleging in het verleden weinig ervaring mee opgedaan. En hebben bovendien niet gekozen om in de GGZ te werken. Tegelijkertijd is er in de wijkverpleging nauwelijks GGZ specialisme in huis om snel een beroep op te kunnen doen. Somatische zorg voert de boventoon. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden zijn eerder handen 'aan het bed' en minder zelf het instrument in de begeleiding dan dat GGZ-verpleegkundigen dat zijn.

De GGZ is een tamelijk nieuwe samenwerkingspartner in de wijkverpleging. Het vergt aandacht en inzet om tot soepele samenwerking en afspraken te komen. (eind)Verantwoordelijkheden zijn lang niet altijd duidelijk. Respondenten vragen zich af waar de grenzen liggen (generalist versus specialist). In het hiervoor geschetste beeld ontstaat vaak onbegrip en onvermogen van zorgverlener en cliënt om aan elkaars verwachtingen te voldoen. Dit staat goede zorg ook in de weg.

### *Wat nodig is*

Op de eerste plaats vragen respondenten naar (basis)kennis over o.a. psychiatrische ziektebeelden, verslaving, grensoverschrijdend gedrag, claimgedrag, zorgmijding en zwakbegaafdheid, en naar competenties om professioneel met genoemde problemen om te gaan. Het oefenen van gesprekstechnieken hoort hier ook bij. Er is behoefte aan screeningsinstrumenten ten aanzien van de psychische gezondheid van cliënten. En, het zou mooi zijn als er specialistisch verpleegkundigen GGZ in de thuiszorg aan het werk kunnen. Er is, tot slot, gesprek -intern en extern- nodig over verantwoordelijkheden en grenzen van de wijkverpleging in de zorg aan GGZ-cliënten.

### *2. Klinisch redeneren - indiceren*

*"Klinisch redeneren wordt te weinig gedaan en blijft onder de maat, daar moeten we heel veel in leren". Indiceren vindt niet breed genoeg plaats.*

### *Waar het over gaat*

Het indiceren van zorg is een veel door respondenten zelf aangedragen onderwerp waar veel vragen over zijn, evenals klinisch redeneren. Beide processen vergen hetzelfde kritische denkproces maar hebben een ander doel. Indicatiestelling heeft als doel om inzicht te bieden in het volume en de duur (en dus de kosten) van de zorg, om verantwoording af te leggen aan de financiers van zorg. Bij klinisch redeneren gaat het om de beroepsmatige verantwoording gericht op het veel verfijnder benoemen van zorgdiagnoses, doelen, interventies, en resultaten zodat zorg gepland, uitgevoerd en overgedragen kan worden. Bij beide ervaren respondenten knelpunten.

Klinisch redeneren is volgens wijkverpleegkundigen nog onvoldoende geïntegreerd in de praktijk. Niet het hele team beheerst het klinisch redeneren; verschillen komen voort uit het opleidingsniveau en ervaring (niet alleen in de wijkverpleging maar ook in een klinische werkomgeving zoals het ziekenhuis). Er is weinig ondersteuning van en uitwisseling van kennis en ervaringen met elkaar en met andere disciplines zoals de huisarts. Met als gevolg dat diagnoses worden gemist en onnodige en verkeerde interventies worden ingezet.

Als het over indiceren gaat betreft het ook onbekendheid met: procedures; eisen van de zorgverzekeraar; indicatie voor de inzet van hulpmiddelen voor de cliënt; (on)mogelijkheden van Wlz, Wmo, PGB en vergoedingen voor de cliënt; en preventieve interventies. Wijkverpleegkundigen lijken niet breed genoeg te indiceren, vanuit de hele mens bezien. Maar te veel vanuit voorliggend ziektebeeld en, of zorgvraag. Het gaat erom verder te kijken dan de vraag en de problemen (want vaak meerdere) in samenhang te bezien en te beoordelen. Er is bovendien (waarschijnlijk te gevolge van voorgaande) praktijkvariatie in indicatie. Dit doet afbreuk aan de geloofwaardigheid en het imago van wijkverpleegkundigen. Respondenten geven aan dat er bij het indiceren te weinig houvast is aan het huidige *normenkader* indiceren en organiseren van zorg dat geen richtlijn indiceren is aan welke behoefte is. Daarnaast ervaren wijkverpleegkundigen dat er nog veel langs elkaar heen gewerkt wordt rondom het indiceren vanuit verschillende wetten: de Wmo, Zvw en Wlz. De systemen zijn log en het is regelmatig niet duidelijk wie aan zet is. Respondenten melden ook bemoeienis vanuit de eigen organisatie (productiecijfers, administratieve procedures) en vanuit de zorgverzekeraar (wisselende eisen, continu vragen naar bijstelling). Dit zorgt voor druk en beïnvloedt het indiceren negatief. Waar blijft de autonomie van de wijkverpleegkundige, vragen respondenten zich af.

De belangenvereniging voor mensen met een pgb signaleert knelpunten bij het stellen van een pgb-indicatie. Het is een wezenlijk ander systeem want de zorg wordt daarna niet door de organisatie van de indicatiesteller geleverd. Organisaties en wijkverpleegkundigen die pgb-indicaties stellen zijn moeilijk te vinden (er wordt geweigerd) en zijn niet altijd goed in staat een goed passende indicatie te stellen. De verzekeraar stelt de indicatie vaak naar beneden bij. Zij pleiten voor een onafhankelijk pgb-indicatiebureau. Cliënten worden bij het stellen van een zorgvraag bovendien niet altijd gewezen op de keuzemogelijkheid die ze hebben; zorg in natura of een pgb.

### *Wat nodig is*

Klinisch redeneren is een proces dat je moet leren en blijven oefenen. Het moet een vast onderdeel van het werk zijn. Hiervoor vinden respondenten intervisie (en intercollegiale toetsing), casuïstiekbespreking en oefenmateriaal nodig, gericht op leren van eigen ervaringen en leren kritische vragen te stellen (kritisch denken). Het gaat veeleer om kennis kunnen vinden en toepassen in de praktijk dan om nieuwe kennis vergaren. Dit leerproces gaat het hele team aan. De zorgorganisatie moet dit faciliteren.

Samen leren geldt net zo voor het indiceren maar hiervoor is ook behoefte aan een leidend, valide en betrouwbaar instrument: een richtlijn indicatiestelling of een aangepast, met richtlijnen uitgebreid normenkader om de uniformiteit en kwaliteit van het indiceren te verbeteren. Dit instrument moet helderheid geven over wat een goede indicatie is en wat er verwacht wordt van de professional, de zorgverzekeraar en van de zorgorganisatie. Ook moeten wijkverpleegkundigen een brede blik houden bij het indiceren, waarin de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt en zijn systeem; alle levensdomeinen; en preventie, worden meegenomen. Deskundigheidsbevordering is hierbij gewenst. Randvoorwaarde is dat organisaties dit faciliteren zoals beschreven is in het Kwaliteitskader Wijkverpleging.

### *3. Complexiteit*

*Zorgvragen en de omstandigheden waarin zorg geboden wordt nemen in complexiteit toe. Dit geeft niet zelden een gevoel van onvermogen.*

#### *Waar het over gaat*

De data geven een mooi (eerste) inzicht in de factoren die zorgvragen en cliëntsituaties voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden complex maken. Zij geven kenmerken aan van de cliënt -zijn situatie- en van de professional.

Kenmerken van de cliëntsituatie zijn de volgende. Co- en multimorbiditeit, dit betekent klinisch redeneren en besluitvorming over problemen in samenhang op hoog niveau en dat vaak verschillende hulpmiddelen en (geavanceerde) verpleegtechnische handelingen nodig zijn. Meervoudige problemen (in verschillende levensdomeinen) komen tegelijkertijd voor. Regelmatig komen gedragsproblemen, eenzaamheid, mishandeling, vervuiling of verslaving aan het licht. Complicerende factoren bij een naar het laat aanzien eenvoudige zorgvraag. Onvoorspelbaarheid en dreigende of onvoorzijene escalatie van de situatie is een ander kenmerk. In de combinatie van ziekte en andere problemen of kwetsbaarheden moet ingespeeld worden op snelle veranderingen, vaak verslechtering. De afwezigheid of overbelasting van het zorgsysteem (familie en andere mantelzorgers) speelt een rol en de mogelijkheden voor een effectieve communicatie met cliënt en zijn zorgsysteem eveneens. Denk aan gezondheidsvaardigheden, culturele verschillen en lage sociaal economische status. Tot slot, cliënten blijven langer thuis en komen sneller thuis uit de intramurale zorg. Zorg die een aantal jaren geleden thuis onmogelijk verleend kon worden is nu 'gewoon'.

Kenmerken die complexiteit bepalen en te maken hebben met de professional zelf zijn als volgt aangegeven. Gebrek aan kennis en ervaring in het team met complexe zorgsituaties. De huidige samenstelling van teams, waarin weinig (nieuw) hbo opgeleide wijkverpleegkundigen werkzaam zijn en gespecialiseerde verpleegkundigen niet altijd bij de hand, werkt remmend. Respondenten geven aan kennis, competenties en vaardigheden te missen: de technisch hoogwaardige zorg kan niet verleend worden, op psychische- of sociale problemen kan onvoldoende adequaat ingespeeld worden, niet zelden spelen (niet kennen van) regels uit verschillende wetten (Zvw, Wmo, Wlz) ook

een rol. Respondenten hebben het gevoel de situatie niet (meer) in de vingers te hebben. De samenwerking met andere betrokken professionals is noodzakelijk maar verloopt moeizaam en mist nogal eens coördinatie wanneer de cliënt het zelf niet kan doen.

#### *Wat nodig is*

Op wat nodig is met betrekking tot de verschillende kenmerken om complexiteit beter te beheersen lijken respondenten eenvoudig te zeggen dat deskundigheidsbevordering de oplossing is. Meer kennis over de interactie tussen verschillende ziektebeelden en andere problemen en hoe daar als verpleegkundige, verzorgende mee om te gaan. In de focusgroepen kwam naar voren dat er 'iets', onder andere klinisch redeneren, nodig is om een goede en snelle inschatting te maken van het risico op escalatie in complexe zorgsituaties thuis. In complexe zorgsituaties komt een integrale aanpak als wenselijk naar voren. Wat de rol, bijdrage en verantwoordelijkheden (en grenzen daarin) van de wijkverpleging is behoeft verduidelijking.

#### *4. Preventie*

*Preventie is vooral gericht op het individu en de directe zorg. Preventie daarbuiten is problematisch.*

#### *Waar het over gaat*

Over preventie is veel te zeggen maar het mist vaak concreetheid: 'preventie moet veel meer gebeuren, met preventie valt nog veel te winnen'. Zorg gerelateerde (individuele) preventie gebeurt zeker maar veelal verborgen en weinig bewust. Het gaat vooral over het voorkomen van: vallen, onjuist medicatiegebruik, verergering van ziekte, een acuut event en/of (her)opname. En niet onbelangrijk het drukken van zorgkosten. Bij preventie is ook leefstijlbeïnvloeding naar voren gebracht. Over het algemeen vinden respondenten dit geen gemakkelijke interventie. Men worstelt met vragen over motivering en autonomie van de cliënt als die zijn ongezonde gedrag niet wil aanpassen.

In de rol van gezondheidsbevorderaar voelen wijkverpleegkundigen en verzorgenden zich niet goed thuis. Ondanks dat veel belang gehecht wordt aan preventie. Zelfs zo, komt in focusgroepen naar voren, dat dit de primaire focus zou moeten zijn in de wijkverpleging in plaats van de sterk overheersende curatieve instelling. Dit laatste bepaalt echter de identiteit van de wijkverpleegkundige, verzorgende. Preventie past daar alleen in de marge bij. Het belang en bijgaand de financiering van preventie is tot nu toe door zorgverzekeraars weinig expliciet gemaakt. Dit werkt in de praktijk als een belemmerende factor. Want zonder betaling geeft de werkgever weinig ruimte, tijd voor preventieve (niet direct cliënt gebonden) activiteiten. Deze laatste belemmeringen spelen het meest als preventie van individuele cliënt uitbreidt naar groepen met gezondheidsrisico's en de wijk als geheel (secundaire preventie). Respondenten ervaren dit wijkgericht werken als een 'extra' op hun werk en geven ook aan zich hier weinig



competent voor te voelen en de reikwijdte niet kennen. Het wordt als problematisch gekenmerkt. De sub paragraaf *wijkgericht werken* gaat verder op de resultaten in. Tot slot wordt in het kader van preventie gesproken over het concept Positieve Gezondheid. Er zijn respondenten die enthousiast zijn over het gebruik van de gesprekstool waarmee de veerkracht van cliënten en hun behoefte in kaart gebracht kan worden.

#### *Wat nodig is*

Het is nodig, zeggen respondenten, om de effecten te laten zien van wat wijkverpleegkundigen en verzorgenden doen om verergering en escalaties (die vaak opname tot gevolg hebben) te voorkomen. Het gaat om effecten voor de cliënt, maatschappelijke en financiële effecten. Optimalisering is echter ook nodig want er is veel meer mogelijk. Men spreekt over een andere mindset, over leren van goede voorbeelden en nieuwe projecten starten over te kiezen thema's bijvoorbeeld preventieve ouderenzorg. De rol van verzorgenden in individuele preventie (en vroegsignalering) is zeker erg belangrijk en verdient verdere ontwikkeling. Dan is er behoefte aan beschrijvingen inclusief afbakening van: wat preventie in de wijkverpleging is, hoe preventie in te zetten, taken en verantwoordelijkheden. Uiteraard is financiering nodig. Preventieve interventies, ook bij cliënten die nog niet in zorg zijn om toekomstige cliënten te voorkomen, zouden in de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging een duidelijke zo niet prominente plek moeten hebben.

Als laatste is de wens aangegeven de toepassing van Positieve Gezondheid in de wijkverpleging te onderbouwen.

#### *5. Vroegsignalering*

*Vroegsignalering is van groot belang om (onnodige) zorg en kosten te voorkomen. Een proactieve aanpak ontbreekt.*

#### *Waar het over gaat*

Vroegtijdig reageren op signalen van de cliënt en uit diens omgeving ligt aan de basis van individuele preventie ongeacht de zorg die verleend wordt. Die kan palliatief zijn, chronisch of curatief. Signalen gaan onder andere over: bedreigde functies, de mantelzorg, escalaties in de gezondheidssituatie, zelfstandig kunnen wonen. De oogverening vraagt aandacht voor het herkennen en signaleren van problemen met het zien en de consequenties daarvan op deelname aan de samenleving. Eenzaamheid en depressie liggen op de loer. Risico's op tijd signaleren en inschatten is een belangrijke vaardigheid die niet altijd beheerst wordt of ondersteund kan worden met instrumenten die van toepassing zijn op de thuissituatie. Een niet pluis gevoel kan niet altijd onderbouwd worden met een objectieve risicoanalyse en goed gecommuniceerd wor-

den aan andere professionals zoals de huisarts. Dit ervaren respondenten als een gemis. Gebrekkig klinisch redeneren speelt ook een rol in het niet op tijd signaleren van risico's en problemen (zie hiervoor).

Er is over het algemeen een reactieve instelling in de wijkverpleging. Dit betekent dat nog onvoldoende op vroegsignalering gericht wordt. Men geeft aan niet goed te weten hoe eerder achter de voordeur te kunnen komen als er nog geen zorgvraag is. Ook andere actoren in de wijk schakelen de wijkverpleegkundige niet vroegtijdig in bij gezondheidsrisico's om (zware) zorgvragen te voorkomen. Acteren buiten de curatieve zorg is onbekend, vraagt participatie in wijknetwerken en andere competenties. Zie ook onder wijkgericht werken.

### *Wat nodig is*

Vroegsignalering hangt samen met klinisch redeneren, preventie en wijkgericht werken. Wat daar aan wensen voor verandering en verbetering genoemd zijn, zal ook hier positief werken. Wat expliciet nodig is vinden respondenten, zijn valide instrumenten om signalen vroegtijdig op te pikken, risico's te analyseren en te communiceren. En een omslag in denken en handelen van reactief naar proactief.

## **Organisatie van zorg**

### **6. Samenwerking**

*Samenwerking is een veel besproken en belangrijk gevonden onderwerp. Er worden nogal wat knelpunten ervaren.*

### *Waar het over gaat*

Samenwerking speelt zich af op verschillende niveaus maar vooral de samenwerking in de wijk, in het bijzonder met de huisartsenzorg en het sociale domein, is genoemd. Samenwerking wordt heel belangrijk gevonden maar gebeurt niet vanzelfsprekend en verloopt ook zeker niet moeiteloos.

Samenwerking wordt zo belangrijk gevonden omdat mensen langer thuis wonen en complexere zorgvragen hebben. Voor de meeste cliënten is daarom integrale zorg nodig en zijn meerdere disciplines en sectoren betrokken. De samenwerkingspartners in de wijkverpleging zijn zeer divers. Om enkelen te noemen: huisarts, apotheek, GGZ, sociaal wijkteam, gemeente, vrijwilligers, ziekenhuis, verpleeghuis. Doel is met elkaar afgestemde en complete zorg te bieden aan de cliënt en mantelzorger(s) te ontlasten. Ook de samenwerking in het eigen team verpleging en verzorging (zie optimale teamsamenstelling) moet daaraan bijdragen. De onderlinge afhankelijkheid is groot.

Samenwerking gaat niet vanzelf, is zelfs problematisch. Waar wringt de schoen? Het speelveld is sterk in verandering; de poppetjes en hun taken veranderen voortdurend. Elkaar kennen en blijven kennen is echter cruciaal, zeggen de data, en vraagt om continue aandacht en inzet, en daarmee tijd. Deze wordt in veel zorgorganisaties als niet-productief bestempeld en dat knelt. De wijkverpleging zelf is net zo in verandering en

lijkt in een identiteitscrisis te verkeren (zie ook onder leiderschap). Welke taken, rollen en professionaliteit horen bij de wijkverpleging en welke niet? Dit in combinatie met een vaak afwachtende en bescheiden houding maakt het voor de beroepsgroep moeilijk zich te laten kennen: uit te dragen wat je doet en waar je goed in bent. De houding van de 'tegenpartij' speelt uiteraard ook een rol: kennen ze de wijkverpleging in al haar (nieuwe) facetten en zien ze de waarde? Er zijn in dit kader vragen over hoe de andere professional(s) op een lijn te krijgen en wie het beste een coördinerende rol in de samenwerking kan spelen. Als de cliënt dat zelf niet of met moeite kan doen.

Naast elkaar kennen en afstemmen wringt de schoen ook op het vlak van communicatie. Het perspectief en de taal in verschillende takken van zorg en daarbuiten is niet dezelfde en praktisch gezien ontbreekt het aan digitale systemen die eenvoudig belangrijke informatie kan delen en overdragen. Dit speelt een grote rol in overdrachten naar en van het ziekenhuis en verpleeghuis en in rapportages, maar ook in de samenwerking met de huisarts en wijkverpleging (men weet niet van elkaar welk beleid is ingezet omdat men niet in elkaars dossier kan. In dit kader zijn waarden als direct contact, tijdigheid en transparantie genoemd. In de communicatie met de gemeente zijn de grenzen en grijze gebieden in de wet- en regelgeving een belemmerende factor.

### *Wat nodig is*

Om samenwerking beter in de vingers te krijgen vinden respondenten het nodig meer, andere communicatievaardigheden te ontwikkelen; waarmee ze zich beter kunnen profileren in de wijk en het spel van beïnvloeding kunnen spelen. Helpt goed leiderschap hierbij? Fysieke nabijheid met andere disciplines bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum kan helpen in het beter kennen en gebruiken van elkaars deskundigheid. Er is behoefte aan kennis over welke rol wijkverpleegkundigen en verzorgenden in de samenwerking voor integrale zorg zouden moeten spelen en wat daarvan de effecten zijn (op de kwaliteit van zorg en patiëntuitkomsten). De verspreiding van goede voorbeelden kan hier aan bijdragen.

Verbetering van communicatiesystemen zodat dossiers gedeeld kunnen worden en afstemming tussen disciplines gemakkelijk plaats kan vinden is ook als zeer wenselijk naar voren gebracht.

Last but not least ziet men als voorwaarde dat de tijd en ruimte die voor samenwerking nodig is niet als improductief wordt gezien door de zorgorganisatie.

### *7. Technologie*

*De inzet van technologie in de zorg biedt een groot scala aan mogelijkheden, maar veel kennis blijft onbenut.*

### *Waar het over gaat*

Bij de inzet van technologie gaat het over twee zaken. Een, technologie zoals domotica, ehealth en andere hulpmiddelen om de zelfredzaamheid en het zelfstandig (kunnen blijven) wonen van de cliënt te bevorderen. Twee, technologie die de professional

helpt: Arbo-technisch gezien, in verpleeg technisch handelen en in de communicatie en rapportage.

Er is veel technologie voorhanden maar respondenten ervaren nogal wat knelpunten in het gebruik ervan waardoor cliënten weinig lijken te profiteren van wat mogelijk is. In het bijzonder cliënten die zelf minder digi-vaardig zijn door handicap of chronische aandoening zoals slechtzienden. De toepassing lijkt ver achter te blijven omdat de informatie onoverzichtelijk, onbekend of verspreid te vinden is. Er is bovendien nauwelijks onderscheid (en evidence) in wat, in welke cliëntsituatie bruikbaar is en wat de financieringsmogelijkheden zijn, uit welke wetgeving. Veel moet zelf uitgezocht worden. Het beeld ontstaat dat zorgorganisaties hier geen leidende rol in spelen, bijvoorbeeld dat een persoon filtert wat mogelijk is en adviseert, maar dat iedere verpleegkundige zelf op zoek moet gaan. Respondenten zeggen dat het zich verdiepen in technologie in combinatie met alle actuele eisen en veranderingen te veel is en daardoor vaak afvalt. Naast gebrek aan kennis is er ook weerstand en angst om met nieuwe technologie en hulpmiddelen te werken. Ook bij het gebruik van hulpmiddelen die het eigen functioneren moeten vergemakkelijken. De zorgorganisatie is bovendien leidend in de keuzes die gemaakt worden bijvoorbeeld in welk digitaal rapportagesysteem (classificatiesysteem) gebruikt wordt.

#### *Wat nodig is*

Bij dit kennisonderwerp is een grote behoefte aan overzicht en bundeling van alle kennis en mogelijkheden inclusief die van financiering. Een kennisportaal en verspreiding van best practices zouden hieraan kunnen bijdragen. Ook wordt gevraagd om de medewerking van de zorgorganisatie; om overleg en afstemming bij keuzes van hulpmiddelen en ICT-systemen.

#### *8. Teams: optimale samenstelling, zelfsturing*

*De samenstelling van het team, de mix aan functies en kwaliteiten, dient afgeleid te zijn van wat de (toekomstige) cliënt nodig heeft.*

#### *Waar het over gaat*

In de data over teams verpleging en verzorging in de wijk zien we dat zelfsturing een belangrijk issue is en sterk samenhangt met de samenstelling van het team. Het team is een middel om kwaliteit van zorg te geven, afgestemd op kenmerken van de zorgvraag. Dit staat voorop.

De samenstelling van het team, de verschillende functies, deskundigheden en opleidingsniveaus, wordt in het functioneren van de *huidige* teams als knelpunt ervaren. Omdat de zorgvraag verandert, complexer is en nieuwe kennis vraagt zoals over psychische ziekte, vraagt om de inzet van technologie en preventief en proactief werken. De kwaliteit van zorg komt in het gedrang, melden respondenten. Er wordt gezocht naar een optimale combinatie van generalisten en specialisten of 'aandachtvelders'

(voor bijvoorbeeld stomazorg). Bovendien is er een gebrek aan hbo opgeleide wijkverpleegkundigen.

In de zelfsturing van de teams heeft de wijkverpleegkundige (per team gering in aantal) een centrale positie, een hoofdrol gekregen. Van haar wordt verwacht dat ze het team coacht, motiveert, meeneemt in alle ontwikkelingen en (eind)verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg. Dit ligt dicht tegen leidinggeven aan maar is het niet (zie ook bij leiderschap). Verantwoordelijkheden zijn vaak vanuit de organisatie onduidelijk, beslissingen blijven achterwege. Wijkverpleegkundigen geven aan te weinig kennis en handvatten te hebben om goed bij te dragen aan de zelfsturing van het team, hun eigen rol daarin en aan de groei in deskundigheid van lager opgeleide collega's.

Een bijkomend knelpunt is de groeiende digitalisering van werkzaamheden. Dit betekent namelijk dat het intercollegiale contact afneemt. En hierdoor de gelegenheid om te sparren, af te stemmen en casusbespreking en intervisie te houden die de zorg ten goede komen.

### *Wat nodig is*

Wat nodig is ligt op verschillende vlakken. Eerst praktisch. Er is behoefte aan handvatten in adequate zelfsturing en aan communicatieve vaardigheden. Wijkverpleegkundigen vragen om coaching bij hun rol in het team. Ook wenst men duidelijkheid van de organisatie)in de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende teamleden. De organisatie die zou ook ruimte moeten bieden aan intervisie, visievorming en afstemming, hier ontbreekt het vaak aan. Het tweede vlak is behoefte aan nieuwe kennis: onder andere over de het optimaal inrichten en de effecten van zelfsturing en teamsamenstelling op de kwaliteit en uitkomsten van zorg.

## **Beroepsontwikkeling**

### *9. Verpleegkundig leiderschap*

*Leiderschap is pure noodzaak - geen modeverschijnsel!*

### *Waar het over gaat*

Uit de data en in gesprek met de respondenten over leiderschap ligt de nadruk op leiderschap in het team en weinig op klinisch leiderschap in cliëntsituaties. Er is regelmatig rolverwarring, verpleegkundig leiderschap versus functioneel leidinggeven. Men is het er over eens dat het twee verschillende dingen zijn. In hoeverre rolverwarring optreedt is afhankelijk van hoe de organisatie de rol van de wijkverpleegkundige in het team vormgeeft en wat ze concreet van haar vraagt. Niet zelden vraagt de zorgorganisatie functioneel leiderschap. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden geven aan zelf weinig regie te nemen, en onvoldoende invulling aan verpleegkundig leiderschap te geven. In een geschiedenis van decennia van 'gezegd krijgen' was leiderschap lang niet nodig, noch gewenst. Nu zoekt men vastbesloten naar de eigen identiteit en autonomie en wil men groeien in verpleegkundig leiderschap.

Hoe ziet verpleegkundig leiderschap er dan volgens respondenten uit? Een rijtje kenmerken: jezelf als verpleegkundige, verzorgende profileren (in- en extern, weten wat je wilt en kunt); het beroep op de kaart zetten; opkomen voor jezelf en je professionaliteit, opeisen van de eigen rol(len) naast die van zorgverlener; overtuigen van cliënt, collega, management; het nemen van de eigen regie in zorgsituaties en daarbuiten. Er zijn ambities en een groot verlangen serieus te worden genomen.

#### *Wat nodig is*

Wat verpleegkundig leiderschap is, is gezien de rolverwarring en ondanks de interesse in het onderwerp, nog onvoldoende duidelijk. Bij dit kennisonderwerp is vervolgens behoefte aangegeven aan training en vaardigheden zoals profileren, invloed aanwenden, lobbyen. Want hoe doe je dat nu, verpleegkundig leider zijn?

Tussen de regels door spreekt men ook over de behoefte aan kennis over de effecten van verpleegkundig leiderschap: op het functioneren van teams en op de zorgverlening en uitkomsten van zorg.

#### *10. Lerende professional - vakbekwaamheid*

*Vakbekwaamheid staat onder druk door eenzijdige scholing en overbelasting.*

#### *Waar het over gaat*

Het actueel houden van kennis is belangrijk en noodzakelijk voor goede zorg. Professionele ontwikkeling en vakbekwaamheid staan hoog in het vaandel. Er is een wens evidence based te werk te gaan.

Wijkverpleegkundigen en verzorgenden zijn echter nog vaak onbewust onbekwaam, geven ze zelf aan, bijvoorbeeld in het verpleegtechnisch handelen of bij inzet van effectieve interventies.

Het is een hele klus om continu te blijven leren, in een context die daar onvoldoende op is ingericht. Het (verplichte) scholingsaanbod van de werkgever is vooral zorg- (sommatische zorg) en handelingsgericht. Dit is volstrekt onvoldoende gezien de nieuwe kennis en competenties die gevraagd worden. Bijvoorbeeld op het gebied van indiceren, psychische zorg, preventie, vroegsignalering, samenwerking, en wijkgericht werken om de meest in het oog springende onderwerpen te noemen. In een tijd van hoge werkdruk in de zorg voor cliënten, door nauwelijks bij te benen veranderingen en personeelsgebrek, wordt de eigen professionele ontwikkeling noodgedwongen regelmatig over het hoofd gezien. Dit geldt ook voor een structurele manier van uitwisseling van deskundigheid en kennis en intercollegiale toetsing in de teams en daarbuiten. Die zou ten goede komen aan de kwaliteit van zorg. Maar wordt door zorgorganisaties onvoldoende gestimuleerd en gefaciliteerd.

#### *Wat nodig is*

Respondenten vinden ruimte en tijd, op structurele basis, voor de eigen professionele ontwikkeling en voor uitwisseling met collega's (en anderen) nodig. De zorgorganisatie



dient dit te faciliteren. Ze willen bovendien graag een uitgebreider scholingsaanbod en bijhorend budget. Er is gesprek gaande of niet iedereen geschoold zou moeten worden in een eigen specifieke deskundigheid, een eigen aandachtsgebied. Dit raakt aan het kennisonderwerp optimale teamsamenstelling en generalist versus specialist zoals dat bij casemanagers dementie plaatsvond.

De opleiding van verpleegkundigen voor de wijk heeft volgens respondenten nog een kwaliteitsslag nodig.

### *11. Kennis ontwikkeling en -gebruik*

*In de wijk vindt te weinig verpleegkundig onderzoek plaats en beschikbare kennis is niet gemakkelijk te vinden. Er is nog weinig sprake van evidence based praktijk.*

#### *Waar het over gaat*

In de ontwikkeling en het gebruik van kennis ligt de focus niet zo zeer op verpleegkundig onderzoek om nieuwe kennis beschikbaar te maken voor de praktijk. Professionals in de wijkverpleging zijn hier weinig mee vertrouwd en de vraag naar kennisontwikkeling maakt weinig los, behalve dat ze constateren dat het te weinig plaatsvindt. De omgeving is daar ook niet op ingesteld en ingericht. Het gaat vooral over de beschikbaarheid, vindbaarheid en kwaliteit van kennis (en van de vele aangeboden innovaties en interventies). Respondenten geven aan dat er voor de wijkverpleging een gebrek aan gevalideerde meetinstrumenten is en ze tegelijkertijd weinig weet hebben van bestaande meetinstrumenten en hoe deze te gebruiken. Hetzelfde geldt voor standaarden en richtlijnen. Er is weinig evidence en de toegang is slecht zodat nog op basis van oude kennis gewerkt wordt. Men wil graag up to date blijven maar ervaart beperkingen, zoals aangegeven. Tegelijkertijd merkt men op dat toepassing van kennis -evidence based praktijk- 'niet in het bloed zit'.

#### *Wat nodig is*

Net als bij de inzet van technologie (en innovatie) wordt hier de wens uitgesproken kennis te kunnen zoeken op een centrale plek: in een kennisportaal, kennisbank of dergelijke. Het zou mooi zijn als daar ook een 'kwaliteitsmerk' bij aangegeven kan worden zodat een goede keuze maken gemakkelijk(er) wordt.

#### **Wijkgericht werken**

*Hoewel de open vraag naar wijkgericht werken niet uitbundig beantwoord is, constateren respondenten vooral dat wijkgericht werken onvoldoende van de grond komt en weinig uitgewerkt is.*

#### *Waar het over gaat*

Bij wijkgericht werken gaat het over mensen die (nog) geen zorgvraag hebben maar wel gezondheidsrisico's. Het gaat om vroegtijdig optreden bij bepaalde doelgroepen



zoals chronisch zieken, kwetsbare ouderen, mensen met beginnende dementie, mensen met een ongezonde leefstijl bijvoorbeeld met een lage sociaal economische status of uit andere culturen. De activiteiten die genoemd zijn betreffen: netwerken in de wijk, samenwerken gericht op preventie; zichtbaarheid in de wijk bevorderen; in kaart brengen van de gezondheidssituatie, voorzieningen en samenwerkingspartners in de wijk; en projectmatig werken. De partners in wijkgericht werken zijn heel divers. Het gaat om professionals, vrijwilligers(organisaties) en informele zorg.

Er zijn veel vragen over het 'hoe doen'. De activiteiten en partners uit verschillende sectoren die hierboven genoemd worden zijn veelal 'vreemd' in de wijkverpleging. Respondenten geven aan dat ze niet weten hoe deze uit te voeren; hoe doelgroepen vroeg in beeld te krijgen of hoe partners te benaderen en te betrekken. Wijkgericht werken vraagt een andere kijk op de wijk en een andere werkwijze in een verschillend krachtenveld. Dit brengt al snel de vraag naar boven of er tools beschikbaar zijn of kunnen komen.

De invulling van de functie wijkverpleging (en ook zorgorganisaties zelf) is nu gedeels zorg- en cliënt gerelateerd. In wijkgericht werken is dat anders laat voorgaande zien. Dit geeft een enorme spanning met het denken en werken (en verdienen) in termen van productie. De krapte in de arbeidsmarkt vergroot de spanning.

#### *Wat nodig is*

Wat nodig is om wijkgericht werken meer body te geven is op de eerste plaats een andere mindset. Het kwaliteitskader wijkverpleging zegt dat wijkgericht werken bij de functie hoort en preventief werken core business zou moeten zijn. Men vraagt zich af wat dan de ingrediënten, succesfactoren en de effecten zijn van wijkgericht werken. Tegelijkertijd zijn er andere randvoorwaarden nodig. Duidelijkheid over de taak en rol van wijkverpleegkundigen en verzorgenden in wijkgericht werken; deskundigheidsbevordering; andere tools; en andere organisatie van de zorg zodat er ruimte en tijd is voor wijkgericht werken. Maar vooral een heldere bekostiging!

### **5.3 Synthese van bevindingen: de behoefte aan kennis is veelomvattend**

Er is grote behoefte aan deskundigheidsbevordering op voor de wijkverpleging nieuwe thema's, nieuwe doelgroepen en andere zorgvragen. Behoefte aan de ontwikkeling van nieuwe kennis door verpleegkundig onderzoek en andere kennisprojecten is er ook wel degelijk; op vier te onderscheiden thema's.

Deze paragraaf geeft een synthese van de bevindingen. Eerst in termen van knelpunten in de wijkverpleging en daarna in termen van de kennisbehoefte in de wijkverpleging en bediscussieert ze.

### Ervaren knelpunten in het kort

Onderstaande geeft kort en kritisch aan dat er grote knelpunten zitten in het systeem waarop de wijkverpleging functioneert, in de professional en in de zorgorganisatie. Dit gaat in het kader van deze kennisagenda, met alle respect, voorbij aan de positieve initiatieven en veranderingen die ook plaatsvinden.

De wijkverpleging in Nederland is ingericht en functioneert op basis van somatische gezondheidsproblemen en curatieve zorg. Een verouderd productiemodel is (in de meeste zorgorganisaties) nog altijd leidend voor het indiceren (incl. organiseren van zorg) en handelen. Dit werkt niet meer! Het is geen adequaat antwoord meer op huidige en zeker niet op toekomstige uitdagingen en zorgvragen. Dit uit zich het duidelijkst in de ervaren knelpunten bij beroepsinhoud in: de toename van complexiteit, comorbiditeit en meervoudige problemen; de groei in zorgvragen van GGZ cliënten; en de zorg voor (meer) kwetsbare ouderen op zeer hoge leeftijd thuis. Bij de organisatie van zorg zijn dit knelpunten met betrekking tot: de bredere samenwerking voor zorg aan cliënten en in de wijk, met name met huisartsenzorg en sociaal wijkteam; en de gerichtheid op vroegtijdig acteren en preventief werken. Hetzelfde geldt voor evidence based werken dat te weinig tot ontwikkeling kan komen. De zorgorganisatie bepaalt vooral de inhoud van het werk en de (ruimte) breedte van de functie. In plaats van de beroepsgroep zelf.

We zien dat taken, activiteiten, verantwoordelijkheden, en vakbekwaamheid veranderen. In feite dienen ze uit, wordt er toegevoegd aan het oude. Een en ander stelt meer en andere eisen aan de individuele wijkverpleegkundige en verzorgende en aan het team als geheel. Terwijl, heel tegenstrijdig, in de teamsamenstelling niet veel verandert en er minder structurele ruimte is voor samen leren op de werkvloer, en met andere professionals in de wijk. Er is geen lerende omgeving, wel verplichte bijscholingen hoofdzakelijk gericht op curatief handelen.

De gevolgen van een haperend systeem zijn talrijk en serieus. Terwijl de politieke en maatschappelijke waardering voor de wijkverpleging juist nu groot is zijn de verwachtingen over de wijkverpleging tegelijk hoog gespannen; het moet nu waargemaakt worden.

De bevindingen geven reden te denken dat de wijkverpleging in een identiteitscrisis verkeert. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden lopen tegen grenzen en onduidelijkheden van het vak aan, ze ervaren niet zelden een gevoel van onvermogen gekenmerkt door gebrekkige kennis, ad hoc reageren en achter de feiten aan lopen. Ze voelen zich regelmatig bewust- en zijn soms onbewust onbekwaam. Hiermee samenhangend en met de schaarste in tijd en personeel blijft veel kennis op de plank liggen; vindt maar geringe toepassing plaats. Omdat de werkomgeving niet ingesteld is op leren en evidence based werken vindt uiteindelijk kritische reflectie ook onvoldoende plaats.

Tot slot ervaren wijkverpleegkundigen en verzorgenden onvoldoende steun van hun zorgorganisatie in de facilitering van het nieuwe werken.

## Professionalisering is gewenst

Op basis van de hier besproken resultaten kunnen we stellen dat de wijkverpleging verder wenst te professionaliseren en het beroep wil ontwikkelen. De kennisbehoefte duidt op de eerste plaats op *deskundigheidsbevordering en toepassing van al beschikbare kennis* in de praktijk van de wijkverpleging. In de deskundigheidsbevordering gaat het om (her)scholing van 1) kennis en 2) competenties en vaardigheden. Wat de kennisbehoefte betreft richt die zich op: psychiatrische ziektebeelden; de interactie tussen problemen van verschillende aard die zorg complex maakt; verpleegkundig leiderschap; en wijkgericht werken. Om aan deze kennisbehoefte te voldoen is een veel breder scholingsaanbod vanuit de organisatie en landelijk nodig. Met bijhorend budget. Men wil echter het liefst competentier en vaardiger worden. Dit richt zich vooral op: psychische zorg (omgang met GGZ cliënten en gesprekstechnieken); indiceren; communicatie in het team en in de samenwerking in de wijk; zelfsturing; verpleegkundig leiderschap; en wijkgericht werken. Het gaat steeds om de 'hoe kan ik...vraag'. Uitermate belangrijk is de vraag naar tijd en ruimte om op structurele wijze en continu met elkaar te leren. De focus ligt op klinisch redeneren en indiceren; vakbekwaamheid; en het functioneren als team.

Samen leren kan in verschillende vormen gebeuren; het bekendst zijn intervisie en casuïstiekbespreking. In teamverband maar ook in de wijk met andere disciplines. Het gaat hier om leren van ervaringen en kennis toepassen: om evidence based practice! Wat maakt dat wijkverpleegkundigen en verzorgenden werkelijk lerende professionals worden? Een quick fix in de vorm van korte bijscholingen is niet de beste oplossing. Er is ondersteuning nodig bij het leren van de eigen ervaring en het leren vragenstellen (kritisch denken). De leerprocessen zouden goed moeten worden ingericht en vooral niet vrijblijvend zijn. Er is weinig kennis over deze leerprocessen.

## Ontwikkeling nieuwe kennis op vier thema's

De opgehaalde kennisbehoefte is zeker ook gericht op de ontwikkeling van nieuwe kennis, op onderzoek voor de praktijk van de wijkverpleging. *De ontwikkeling van nieuwe kennis is te verdelen in vier grotere items: 1) ontwikkeling/ inzet van (nieuwe) instrumenten, 2) afbakening van taken en rollen, 3) bundeling van beschikbare kennis, en 4) onderzoek naar effecten en uitkomsten.*

1. De vraag naar het gebruik van instrumenten, specifiek voor de thuissituatie is gericht op vroegtijdige signalering, analyse en communicatie van gezondheidsrisico's; op signalen van escalatie in complexe zorgsituaties; en op screening van de psychische gezondheid c.q. -klachten van mensen. Verder is behoefte aan een 'standaard indicatiestelling' om het indiceren te ondersteunen en onderbouwen en aan tools om te kunnen starten met wijkgericht werken.
2. Op een aantal vlakken van de wijkverpleging is een grote vraag naar verduidelijking en/of afbakening in het handelen van wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Dit geldt voor: preventie en wijkgericht werken; de zorg aan GGZ cliënten; de expertise(ontwikkeling) en verantwoordelijkheden van leden van het team verpleging en

verzorging; de rol en verantwoordelijkheid in integrale zorg bij complexiteit en daarmee in de samenwerking.

3. Veel kennis, over ziektebeelden, innovaties en gebruik van technologie, is beschikbaar maar blijft grotendeels ongebruikt. Er is ondersteuning nodig om die kennis wel aan de man te brengen. Onderzocht zou kunnen worden hoe dat het beste kan gebeuren, wat bevorderende factoren zijn en of een kennisportaal voor de wijkverpleging een geschikt hulpmiddel is.
4. In de bevindingen komt regelmatig naar voren dat weinig bekend is over effecten, van bijvoorbeeld verpleegkundig leiderschap op het functioneren van het team en op de kwaliteit van zorg, of van de effecten van zelfsturing en teamsamenstelling op de uitkomsten van zorg. Laat staan dat we weten wat de effecten zijn van preventieve zorg en vroegsignalering zoals die in de wijkverpleging beoefend worden. Er is verder behoefte aan kennisprojecten die praktijkvoorbeelden van samenwerking in de wijk, preventie en de inzet van nieuwe technologie toetsen, succesfactoren identificeren en goede voorbeelden beschrijven en verspreiden.

### De zorgorganisatie aan zet

Je zou kunnen zeggen dat er een fundamentele verandering nodig is van het systeem waar de wijkverpleging op gebouwd is. De huidige structuren passen niet meer bij de huidige zorgvraag en complexiteit. Als de fundamenten niet verlegd worden, blijven wijzigingen in het gebouw lapwerk. In de rand voorwaardelijke sfeer is vanuit de zorgorganisatie vooral ruimte, tijd en geld nodig om samen op de werkvloer te kunnen leren; om te bouwen aan samenwerking en preventie; en een begin te maken met wijkgericht werken. Nieuwe dan wel aangepaste communicatiesystemen moeten een impuls geven aan samenwerking (intra- en extramuraal), overdrachten en de continuïteit van zorg. Tot slot is gesprek over grenzen aan de zorg van wijkverpleging op organisatie- en regionaal niveau noodzakelijk. Dit moet niet alleen door de professionals zelf gevoerd worden maar ook op management en bestuurlijk niveau.

### Patiëntproblemen

Patiëntproblemen, in ieder geval op fysiek en functioneel vlak, worden minder gekozen in de gegeven set problemen. Dit komt omdat 1) wijkverpleegkundigen en verzorgenden hier al het best in geschoold zijn en steeds worden; 2) kennis gemakkelijk te vinden is, digitaal of bij 'specialisten' en 3) steeds meer verpleegkundige instrumenten beschikbaar zijn.

Er zijn door respondenten zelf, in hun Top 3 van kennisonderwerpen, wel patiëntproblemen naar voren gebracht, ongeveer dertig stuks. Deze zijn veel specifiek van aard dan in de gegeven set patiëntproblemen. Om enkele voorbeelden te noemen: anorexia, ondervoeding, nazorg bij amputatie, progressieve spierziekten, micro embolie in de handen. Palliatieve zorg, wondzorg en longzorg werden meermaals genoemd. Ook pa-

tiëntverenigingen vragen aandacht voor aandoening specifieke kennis over bijvoorbeeld vormen van parkinsonisme (o.a. MSA, PSP, CBD) en dementie. Dit laat opnieuw zien dat de zorgvraag verandert en meer specialistische kennis en handelen vragen.

### Wijkgericht werken

Dat de vraag naar wijkgericht werken door slechts iets meer dan een derde is beantwoord ligt voor een deel aan de overlap met het kennisonderwerp preventie. Er kan ook verwarring zijn met de titel wijkteams (verpleging en verzorging) die wijkgericht werken. De belangrijkste oorzaak ligt waarschijnlijk bij het feit dat wijkgericht werken niet casusgericht is. Het wijkt af van de corebusiness in de wijkverpleging. Het is door de onbekendheid en onervarenheid eng en ingewikkeld. Er zijn bovendien weinig tools, handreikingen of scholing bekend die kunnen helpen om aan de slag te gaan. Als wijkverpleegkundigen (en zorgorganisaties) moeten kiezen in tijden van drukte en personeelsgebrek dan krijgt wijkgericht werken geen prioriteit.

### 5.4 De kennisvragen geformuleerd

Aan nieuwe kennis is wel degelijk behoefte, maar die is door professionals moeilijker (exact) te verwoorden en in kennisvragen om te zetten. Je weet namelijk lang niet altijd wat je mist aan kennis voor de zorg(vraag) van morgen en de taal en vaardigheid om kennisvragen te formuleren is niet eigen aan de beroepspraktijk. ALLE vragen die door respondenten naar voren zijn gebracht zijn daarom een voor een bekeken en waar nodig geherformuleerd naar meer concrete kennisvragen die geschikt zijn voor prioritering (zie hoofdstuk 6). In de bestudering en formulering van de vragen van respondenten zijn dubbele vragen verwijderd en zijn vragen soms samengevoegd tot één kennisvraag. Het voert te ver om hier alle kennisvragen te vermelden. Hieronder staat een kleine verzameling meest in het oog springende kennisvragen uit ongeveer 150 kennisvragen, die te lezen zijn in bijlage 8.

### Beroepsinhoud

1. Mantelzorg. Onderzoek naar:  
Wat zijn effectieve interventies om mantelzorgers te ondersteunen om te voorkomen dat deze zelf patiënt wordt? Welk type ondersteuning wordt door mantelzorgers van mensen met dementie het meest gewaardeerd? Welk instrument is in de zorg thuis geschikt om tijdig signalen van overbelasting van de mantelzorg te herkennen? Wat zijn effectieve interventies bij overbelasting van de mantelzorg.
2. Met welke interventies kunnen de kwaliteit en uniformiteit van indiceren voor zorg thuis verbeteren.
3. Wat zijn effectieve interventies om de zelfredzaamheid en het zelfmanagement te bevorderen bij cliënten met (vergevoerde) dementie?
4. Onderzoek naar uitkomsten van zorg thuis. Welke nurse sensitieve uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg zijn realistisch, meetbaar en betrouwbaar? Met

welk instrument zorguitkomsten meten: welke uitkomsten worden in de gebruikelijke systemen (zoals de verplichte risicolijsten) gerapporteerd en zijn bruikbaar, welke ontbreken en zouden toegevoegd moeten worden?

5. Preventie. Onderzoek naar wat preventie en wijkgericht werken in de wijkverpleging inhoudt. Wat het is (en wat niet), afbakening, toepassing. Wat zijn de effecten van preventie en wijkgericht werken: voor cliënten, (risico)groepen in de wijk, duurzaamheid van de zorg, de wijk? Wat is de maatschappelijke- en financiële waarde van wijkverpleegkundige interventies in het voorkomen van opname in ziekenhuis of verpleeghuis? Of van andere preventieve acties. Welke bekostiging van preventieve acties is passend?
6. Welke interventies zijn bruikbaar in de omgang met cliënten (en hun naasten) die palliatieve zorg ontvangen en hun sterven beleven vanuit een andere cultuur of religie dan in Nederland gebruikelijk?
7. Psychiatrische patiënten en cliënten met een combinatie van somatische en psychische aandoeningen zijn een nieuwe doelgroep in de wijkverpleging. Wat is voor de wijkverpleging een professionele en effectieve benadering van deze doelgroep? Waar bevinden zich de grijze gebieden in de afbakening van wijkverpleging met het werk van de GGZ? Wat zijn oplossingsrichtingen om die grijze gebieden te verkleinen?

### Organisatie van zorg

1. Op welke manier kan de informatie en kennis over zorgtechnologie thuis overzichtelijk bij elkaar gebracht worden en gebundeld? Kennis over soorten zorgtechnologie, geschiktheid voor bepaalde doelgroepen, vergoedingen, leveranciers, de evidence base, ICT, goede voorbeelden
2. Wat zijn de succesfactoren van effectieve samenwerking met de cliënt en zijn zorgsysteem voor goed afgestemde zorg en hoe is dit te meten?
3. Wat is een optimale en minimale samenstelling van het team verpleging en verzorging in de wijk in termen van fte's, functies, deskundigheidsniveaus, specialisaties in relatie tot: 1) kenmerken van de populatie in betreffende wijk, 2) de zorgvraag of caseload nu en voorspeld voor de toekomst, 3) de mate van zelfsturing van het team en 4) andere kenmerken zoals de krapte op de arbeidsmarkt, de aanwezigheid van andere thuiszorgorganisaties in de wijk.  
Met welke regel(s) bepaal je vervolgens op eenvoudige wijze welke teamsamenstelling in de praktijk (in een gegeven situatie) wenselijk is.

### Beroepsonwikkeling

1. Wat is het effect van verpleegkundig leiderschap op de kwaliteit van zorg thuis en zorguitkomsten zoals kwaliteit van leven (op het niveau van de cliënt)?



2. Wat zijn effectieve interventies /strategieën om op de werkvloer, op gestructureerde niet vrijblijvende wijze, continu te leren? Welke vormen passen bij een lerende omgeving voor de wijkverpleging?
3. In welke vorm -platform, netwerk, social media- kan kennis van belang voor de wijkverpleging het best (gedoseerd) verspreid en gedeeld worden? Landelijk, regionaal, in de zorgorganisatie en in en tussen teams verpleging en verzorging in de wijk. Hoe kunnen wijkverpleegkundigen en verzorgenden vervolgens deelnemen in deze kanalen?

### Wijkgericht werken

1. Een landelijke beroepsrichtlijn ontwikkelen. Met welke effectieve interventies en met welke financiering zou wijkgerichte preventie (los van individuele zorgvragen) uitgevoerd moeten worden?

## 6. Tweede resultaat. De kennisagenda voor de wijkverpleging

De kennisagenda voor de wijkverpleging is tot stand gekomen op basis van de door de beroepsgroep en patiëntenverenigingen aangegeven behoefte aan (nieuwe) kennis in de wijkverpleging. En door verdere prioritering van de kennisvragen samen met een groep belanghebbenden.

De kennisagenda bevat tien hoofdvragen die door middel van prioritering zijn geselecteerd: vier over beroepsinhoud, drie over organisatie van zorg, twee over beroepsontwikkeling en een over wijkgericht werken. Voor beroepsinhoud zijn nog eens zes kennisvragen aangewezen.

Dit hoofdstuk geeft in de eerste paragraaf inzicht in het proces van prioritering van de kennisvragen. De tweede paragraaf presenteert de tien belangrijkste kennisvragen en aanvullende vragen.

### 6.1 Proces van prioritering kennisvragen

Het startpunt van prioritering is de lijst met alle kennisvragen zoals die is opgehaald in het werkveld van de wijkverpleging. Zie hoofdstuk 5 voor de totstandkoming en bijlage 8 voor de complete lijst.

#### *Aanpak prioriteringsbijeenkomst*

De prioriteringsbijeenkomst op 28 augustus 2018 was de finale stap in de pilot kennisagenda wijkverpleging. Om een gevarieerd perspectief en voldoende inbreng vanuit verschillende belanghebbenden te waarborgen is breed uitgenodigd: wijkverpleegkundigen en verzorgenden, beroepsvereniging V&VN, de Patiënten Federatie Nederland, het onderwijs (mbo en hbo), het Wetenschappelijk Verpleegkundig College, ActiZ,



BTN, NHG, het Wijkverpleegkundig Genootschap, Vilans, het ministerie van VWS en last but not least de adviesgroep.

De prioritering van 150 kennisvragen uit de praktijk naar pakweg 10-15 is in vier stappen gedaan.

### *Stap 1. Voorbereiding vooraf*

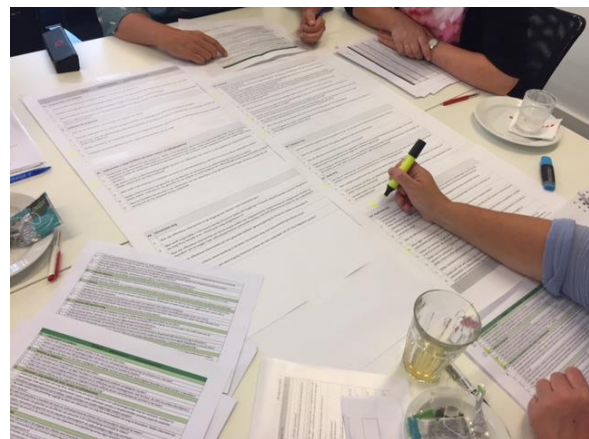
De deelnemers waren ingedeeld in vier groepen van elk vijf personen en een lid van de projectgroep. Elke groep kreeg, al vooraf, een deel van de 150 kennisvragen toebedeeld. Twee groepen kregen ieder de helft van de kennisvragen over beroepsinhoud omdat onder deze pijler de meeste vragen waren opgehaald. De derde groep kreeg de vragen over organisatie van zorg en de vierde de vragen over beroepsontwikkeling en wijkgericht werken. Ter voorbereiding is de deelnemers verzocht hun deel van de vragen te bekijken en een eigen voorkeur van drie tot vijf kennisvragen te bepalen en zich hierbij te laten leiden door het belang van de kennisvraag voor de cliënt, voor de professional en of de kennisvraag nieuwe kennis betreft.

*In de verschillende stappen van prioritering van de kennisvragen wijkverpleging is de deelnemers gevraagd hun keuzes te laten bepalen door de volgende criteria.*

- *Relevantie: impact op cliënt, prevalentie, kosten*
- *Urgentie, groei van het (onderliggend) probleem*
- *Slaagkans van het onderzoek - onderzoekbaarheid*
- *Impact op vakgebied en/of professional, maatschappelijke impact*
- *Het betreft nieuwe kennis (zo ver als te overzien is)*

### *Stap 2. Eerste prioritering*

De vier groepen hebben op de bijeenkomst voor hun deel van de kennisvragen, op basis van ieders voorkeur en in onderling overleg een top 10 van prioritaire kennisvragen samengesteld. Zo ontstond voor iedere pijler een lijst met kennisvragen. Een lijst met 20 kennisvragen over *beroepsinhoud*, een lijst met 10 kennisvragen over *organisatie van zorg* en een lijst met 10 vragen over *beroepsontwikkeling* (in totaal N=40). Inclusief wijkgericht werken dat ook bij het vak hoort maar nog ontwikkeld moet worden.



### *Stap 3. Tweede prioritering*

De drie lijsten (per pijler 1 lijst) met de 40 gekozen kennisvragen zijn in de ruimte opgehangen. De deelnemers konden zo kennis nemen van *alle* in de eerste ronde geprioriteerde kennisvragen. Elke deelnemer kreeg vervolgens 12 stickers uitgereikt. Zes

groene stickers om toe te kennen aan de belangrijkste kennisvragen over beroepsinhoud, drie rode stickers voor de vragen over organisatie van zorg en drie gele voor de vragen over beroepsontwikkeling.



#### Stap 4. Scores

Na afloop van de bijeenkomst zijn de scores van de 40 kennisvragen geteld. De hoogst scorende -de meest onderscheidende- kennisvragen vormen samen de kennisagenda wijkverpleging. Ze staan vermeld in de volgende paragraaf.

## 6.2 De eerste kennisagenda wijkverpleging

De prioriteringsbijeenkomst leverde zestien kennisvragen op die zich qua finale keuze het duidelijkst onderscheiden van de andere per pijler geprioriteerde vragen. Deze zestien kennisvragen vormen de kennisagenda wijkverpleging. De zestien kennisvragen staan hieronder opgesomd, per pijler in volgorde van hoogst toegekende prioriteit.

### Beroepsinhoud

1. **Preventie.** Onderzoek naar wat preventie en wijkgericht werken in de wijkverpleging inhoudt. Wat het is (en wat niet), afbakening, toepassing. Wat zijn de effecten van preventie en wijkgericht werken: voor cliënten, (risico)groepen in de wijk, duurzaamheid van de zorg, de wijk? Wat is de maatschappelijke- en financiële waarde van wijkverpleegkundige interventies in het voorkomen van opname in ziekenhuis of verpleeghuis? Of van andere preventieve acties. Welke bekostiging van preventieve acties is passend?
2. **Indiceren.** A. Wat is een valide en betrouwbaar instrument voor indicatiestelling en tegelijkertijd voor de start van het verpleegproces. Het instrument moet informatie bevatten over wat een goede indicatie maakt voor bepaalde doelgroepen en typen zorgvragen en ingaan op eisen vanuit wet en regelgeving en financiële kaders.  
B. Met welke interventies kunnen de kwaliteit en uniformiteit van indiceren voor zorg thuis verbeteren.
3. Onderzoek naar **uitkomsten van zorg thuis.** Welke nurse sensitieve uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg zijn realistisch, meetbaar en betrouwbaar? Met welk instrument zorguitkomsten meten: welke uitkomsten worden in de gebruikelijke systemen (zoals de verplichte risicolijsten) gerapporteerd en zijn bruikbaar, welke ontbreken en zouden toegevoegd moeten worden?

4. **Complexiteit.** Onderzoek naar de kenmerken en hun samenhang van complexe zorgsituaties in de wijkverpleging en naar welke kennis nodig is voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden om adequaat te handelen in de persoonlijke zorg aan de cliënt en zijn zorgsysteem en in relatie tot andere disciplines die ook een aandeel hebben in de (integrale) zorg.
5. **Mantelzorg.** Onderzoek naar: Wat zijn effectieve interventies om mantelzorgers te ondersteunen om te voorkomen dat deze zelf patiënt wordt? Welk instrument is in de zorg thuis geschikt om tijdig signalen van overbelasting van de mantelzorg te herkennen? Wat zijn effectieve interventies bij overbelasting van de mantelzorg.
6. **Vroegsignalering.** Wat zijn effectieve instrumenten/interventies om (kwetsbare) mensen, zonder concrete zorgvraag, met hun gezondheidsrisico's eerder in beeld te hebben dan nu het geval is? Welke rol speelt het netwerk in de wijk bij deze vroege opsporing?
7. **Zelfmanagement.** A. Wat zijn effectieve interventies en best practices om zelfmanagement toe te passen in de zorg thuis?  
B. Wat zijn toepasbare effectieve gedragsveranderingsinterventies gericht op behoud van het dagelijks functioneren en preventie van achteruitgang?
8. Hoe kan advance care planning bij **chronisch zieken** als vast onderdeel van de zorg thuis toegepast worden?
9. Hoe ziet een professioneel samenwerkingsband met verschillende expertises eruit tijdens een fase van **acute zorg**? Waaruit bestaat in deze fase een correcte informatiestroom en hoe is die georganiseerd?
10. **Psychische zorg.** Waar liggen verantwoordelijkheden van verschillende betrokken disciplines in de zorg aan GGZ cliënten en waar liggen voor de wijkverpleging grenzen aan de zorg aan GGZ cliënten?

### *Organisatie van zorg*

11. **Technologie in de zorg.** A. Wat is de toepasbaarheid van (bepaalde vormen van) zorgtechnologie bij verschillende doelgroepen: mensen met lage gezondheidsvaardigheden, mensen met een kleine beurs, kwetsbare ouderen,.... ? Welke waarde geven deze doelgroepen aan het gebruik van zorgtechnologie? B. Hoe kan technologie in de zorg thuis en ICT, snel en effectief in de wijkverpleging geïmplementeerd worden?
12. **Samenwerking.** Wat zijn de succesfactoren van effectieve en efficiënte samenwerking met (veel) verschillende disciplines in de wijk voor samenhangende, integrale zorg? Welke rol en verantwoordelijkheden zijn daarin weggelegd voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden? En welke voor andere disciplines? Welke expertise hebben wijkverpleegkundigen en verzorgenden hierbij nodig?
13. **Teamsamenstelling.** Door welke interventies kunnen middelbaar- en lager opgeleiden groeien in deskundigheid om het hoofd te bieden aan de veranderende taken en eisen in de wijkverpleging? Wat kunnen wijkverpleegkundige bijdragen

aan de deskundigheidsbevordering van verzorgenden? Welke interventies en of hulpmiddelen zijn daarin bruikbaar?

### Beroepsontwikkeling

14. **Leren.** Wat zijn effectieve interventies /strategieën om op de werkvloer, op gestructureerde niet vrijblijvende wijze, continu te leren? Welke vormen passen bij een lerende omgeving voor de wijkverpleging?
15. **Kennisontwikkeling.** Hoe kan kennis uit afgerond (**verpleegkundig**) onderzoek gebundeld en overzichtelijk centraal beschikbaar komen voor de wijkverpleging?
16. Wat is de inhoud en de reikwijdte van **wijkgericht** werken in de Nederlandse context? Welke rol, taken en verantwoordelijkheden horen in dit kader bij de wijkverpleging?  
Met welke effectieve interventies en met welke financiering zou wijkgerichte preventie (los van individuele zorgvragen) uitgevoerd moeten worden?

Hoewel deze laatste kennisvraag over wijkgericht werken op tien staat kreeg deze de een na hoogste score van alle kennisvragen.



## 7. Evaluatie methodiek ontwikkeling kennisagenda en aanbevelingen

Dit hoofdstuk blikt terug op de stappen die gevolgd zijn om te komen tot het raamwerk verpleging en verzorging en deel kennisagenda voor de wijkverpleging. Het doel van deze terugblik is tweeledig. In de *eerste* plaats inzicht bieden in welke mate de kennisagenda voldoet aan de criteria van ZonMw checklist Bruikbaarheid voor kennisagenda's [61]. Deze criteria zijn *eigenaarschap, onderbouwing, concreetheid en inbedding*. In de *tweede* plaats het beschrijven aanbevelingen voor andere verpleegkundige disciplines bij het ontwikkelen van een eigen kennisagenda.

### 7.1 Evaluatiemethode

Deze evaluatie is geschreven op basis van discussie en feedback van de leden van de advies- en klankbordgroep tijdens en na afloop van de bijeenkomsten en op basis van evaluatieve gesprekken van de projectgroep. Daarnaast is een klein vragenlijstonderzoek (tabel A) na afloop van het project uitgevoerd onder de leden van de adviesgroep (n=11) en klankbord- (n=12) De leden van de advies- en klankbordgroep kregen naast de digitale vragenlijst de concept eindproducten van het project opgestuurd zodat zij tot een goed oordeel konden komen van de resultaten. De respons op de vragenlijst bleef helaas beperkt, ook na een reminder. Totaal zijn vijf van de xx vragenlijsten teruggestuurd, alle vijf door leden van de adviesgroep.

Tabel A. Evaluatievragen

1. Wat vond u goed aan de gekozen aanpak?
2. Wat vond u minder goed aan de gekozen aanpak?
3. Was de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden voldoende betrokken (binnen de mogelijkheden van het project)?
4. Heeft u als deelnemer aan de klankbord/adviesgroep voldoende input kunnen leveren?
5. Is deze input ook voldoende verwerkt?
6. Hoe beoordeelt u het draagvlak voor de kennisagenda bij de stakeholders?
7. Wat wilt u nog kwijt ten aanzien van de aanpak?

### 7.2 Bevindingen aan de hand van de vragenlijst – enkele uitspraken

- 1) "Brede betrokkenheid van vele stakeholders en experts." "Gegeven de opdracht was de systematiek logisch." Breed gedragen" "De input was laagdrempelig waardoor het echt van het werkveld is. De onderzoekers hebben ieder advies van de adviesgroep merkbaar verwerkt. De adviesgroep was een goede verscheidenheid aan professionals en vulde elkaar daarmee goed aan. De sfeer was prettig en constructief. " Deskundige onderzoekers".



- 2) "Er komen wel GEVOELDE kennisbehoeftes en hiaten naar voren, maar we weten niet zeker (over veel onderwerpen) of daar ook echt geen kennis over bestaat." De gekozen aanpak leidde soms tot een uitkomst op verschillende detail en abstractieniveau waardoor de overlap niet altijd goed zichtbaar was. Bij het prioriteren is mogelijk daardoor niet iedere vraag aansprekend geweest."
- 3) "Ja, verpleegkundigen wel, verzorgenden waren minder goed vertegenwoordigd."
- 4) "Ja" "De input vanuit het mbo en/of hbo onderwijs was nodig en werd merkbaar gewaardeerd."
- 5) Ja
- 6) "Ik verwacht dat dit nog wel aandacht vraagt alhoewel er een grote betrokkenheid ervaren zal worden door het werkveld is het een geweldige compromis geworden tussen de wereld van onderzoek en de wereld van de dagelijkse praktijk." " Belangrijk is dat er nu een agenda ligt die enig draagvlak kent. (onderzoekspraktijk kan pas het echte draagvlak creëren)."

### 7.3 Reflectie aan de hand van de criteria van ZonMw

#### *Eigenaarschap*

Bij de ontwikkeling van de kennisagenda wijkverpleging zijn veel stakeholders (nauw) betrokken geweest. In de eerste plaats de beroepsgroep zelf, de beroepsvereniging V&VN en het Wetenschappelijk College Verpleegkunde. Zij waren samen met de Patiënten Federatie Nederland en het onderwijs, mbo en hbo, lid van de adviesgroep. Daarnaast is samengewerkt met de ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland, de NZa, onderwijs (MBO raad en LOOV), de NHG, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap (NWG), kennisinstellingen NIVEL en Vilans, en VWS (Bijlage 2). Doordat deze stakeholders participeerden in de klankbordgroep en deelnamen aan de prioriteringssessie is draagvlak gecreëerd voor deze agenda. De input van de betrokken stakeholders was goed en constructief.

De beroepsvereniging V&VN is na de oplevering de formele eigenaar van de kennisagenda. De beroepsvereniging als organisatie is bij de samenstelling zeer actief betrokken geweest, nam deel aan de adviesgroep, en voelt zich ook duidelijk verantwoordelijk voor het verder implementeren van de kennisagenda. Hoogleraren en lectoren zijn betrokken geweest bij de inventarisatie van reeds ontwikkelde kennis en de ontwikkeling van de agenda. Dit vergroot de kans dat zij zich mede-eigenaar voelen. Tijdens de looptijd van het project werd de installatie van het Wetenschappelijk College Verpleegkunde een feit. Deze mijlpaal in de professionalisering van de verpleegkundige en zorgkundige beroepsgroepen biedt een solide garantie voor eigenaarschap. Vanuit het WCV waren vier hoogleraren nauw betrokken bij de totstandkoming van de kennisagenda. De zorgprofessionals zelf zijn als meest belangrijke stakeholder tijdens het project op verschillende wijzen betrokken geweest. Allereerst bij de dataverzameling, de focusgroepen maar ook door middel van deelname aan de adviesgroep en

klankbordgroep en prioriteringssessie. Door de relatief korte tijd (negen maanden) moest er onder hoge druk gewerkt worden. Het voordeel daarvan is dat er na negen maanden ook werkelijk een kennisagenda ligt. Dit is positief. Bij een langere projectperiode had wellicht meer tijd besteed kunnen worden aan het betrekken van de doelgroep verzorgenden. Het bleek lastig deze groep actief betrokken te houden. De verzorgende uit de adviesgroep is na twee bijeenkomsten vanwege werkdruk gestopt. Het is niet gelukt om een vervanger in de adviesgroep te laten plaatsnemen. Zorgprofessionals hebben een drukke agenda en kunnen of willen niet meteen tijd vrij maken voor een onderwerp dat voor velen "ver van het bed" staat. Het betrekken van zorgprofessionals blijft daarom een continue punt van aandacht bij de verdere ontwikkeling en implementatie van deze en andere kennisagenda's voor de verpleging en verzorging.

### *Onderbouwing*

De zeggingskracht van een agenda neemt toe met de mate van onderbouwing ervan op basis van wetenschappelijke (evidence-based), zorginhoudelijke en /of praktijkrelevantie (experience-based) inzichten. In de kennisagenda wijkverpleging zijn 150 kennisvragen opgehaald. Uiteindelijk zijn zestien vragen gezamenlijk geprioriteerd. De prioriteringscriteria staan omschreven in hoofdstuk 5. Bij het ophalen van kennisvragen en lacunes is een schatkist aan informatie opgehaald bij de beroepsgroep. Vraagstukken die er toe doen en urgent zijn. De generieke thema's waarop de beroepsgroep gevraagd is komen voort uit de context analyse die is uitgevoerd. De context analyse ging na welke uitdagingen V&V en de wijkverpleging te wachten staat. Deze generieke thema's waren herkenbaar en werden in gedeeld in drie pijlers: beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling. Na de prioriteringssessie werd helder wat de belangrijkste vraagstukken zijn per pijler.

De ervaring in de focusgroepen leert dat zorgprofessionals niet makkelijk kennisvragen formuleren. Dit fenomeen is ook beschreven bij het opstellen van de kennisagenda voor de huisartsenzorg. De projectgroep denkt dat dit fenomeen (meer algemeen) te maken heeft met het feit dat een mens nu eenmaal *niet weet wat hij niet weet*. Maar anderzijds ook door de omstandigheden waaronder zorgprofessionals in de wijk de laatste decennia werken met een sterke nadruk op efficiency en taakverdeling en weinig aandacht voor leren en kritische reflectie op het eigen handelen. Tegelijkertijd konden zorgprofessionals wel haarscherp aangeven met welke (praktische) problemen zij worstelen in het werk. De vertaling van deze praktijkproblemen in onderwerpen voor een kennisagenda is volgens de projectgroep goed gelukt maar zal ook bij het verder operationaliseren van deze kennisagenda en het opstellen van volgende kennisagenda's een belangrijk punt van aandacht blijven. Uit de evaluatie met de vragenlijst kwam na afloop naar voren dat de opgehaalde kennisvragen nog een stap verder ontfaald moeten worden; wat zijn echte kennisvragen en wat zijn meer implementatievraagstukken? Het raamwerk V&V is gedegen ontwikkeld en biedt volgens de beroepsgroep en het wetenschappelijk college verpleegkunde voldoende houvast voor andere zorgdisciplines om aan een eigen kennisagenda te werken.



### Concreetheid

De geprioriteerde kennisvragen zijn voor de professionals in de wijkverpleging herkenbaar en richten zich op voldoende afgebakende en onderzoekbare onderwerpen. Een van de adviesgroep leden gaf aan: "dit is wel waar het om gaat". De zestien kennisvragen die zijn geprioriteerd zijn nog niet allen voldoende SMART geformuleerd en worden ook gezien als verschillend van orde en grootte. De generieke thema's zijn concreet, de vraagstukken daaronder kunnen ingedeeld worden in drie type kennis vragen:

1. Nieuwe kennis: vragen waar nog geen evidence over is.
2. Ongebruikte kennis: vragen waar kennis over beschikbaar is, geordend en ontsloten is voor de praktijk, maar onvoldoende geïmplementeerd of gebruikt.
3. Verborgene kennis: kennis die wel aanwezig is, maar versnipperd of tegenstrijdig is, en nog niet geordend en ontsloten voor de praktijk.

De projectgroep denkt dat bij de prioritering van de onderwerpen allereerst de verbeterpotentie van (elementen) van de zorg een belangrijke rol moet spelen. *First things first*. In de kennisagenda zelf is duidelijk aangegeven wat de grootste problemen zijn voor zorgprofessionals in de wijk en waar prioriteiten gelegd moeten worden.

### Inbedding

De kennisagenda wijkverpleging is goed ingebed in lopende ontwikkelingen binnen de beroepsgroep. De sector verpleging en verzorging staat volop in de (politieke) aandacht en binnen de beroepsorganisatie V&VN zijn structuren ontwikkeld die de inbedding van de kennisagenda garanderen. Te denken valt aan het programmabureau kwaliteitsstandaarden V&VN en het eerder genoemde wetenschappelijk college verpleegkunde. Ook de hernieuwde aandacht voor leren en reflecteren op de werkplek biedt goede hoop voor de inbedding van de kennisagenda wijkverpleging. Tegelijkertijd is *evidence-based* werken voor een groot deel van de beroepsgroep geen bekend terrein. De hernieuwde aandacht voor de rol van de hbo opgeleide wijkverpleegkundige als *change-agent* biedt ook hier een mooi toekomstperspectief voor inbedding.

## 7.4 Aanbevelingen voor ontwikkelaars van kennisagenda's in de verpleging en verzorging

### Projectgroep

Zorg voor een (zeer) kleine projectgroep met een ervaren *full-time* projectleider zowel op het gebied van het projectleiderschap als op de inhoud van het onderwerp. Een kleine projectgroep maakt je wendbaar en houdt de lijnen kort.

### Tijdsplanning

Komen tot een relevante en betekenisvolle kennisagenda is te doen in negen maanden. Een voorwaarde lijkt echter wel dat de projectgroep iedere week bij elkaar komt voor tenminste anderhalf uur zodat de informatiestromen kort blijven en er makkelijk en snel kan worden bijgestuurd.

### *Validiteit*

Zorgprofessionals zelf kunnen niet op voorhand concreet formuleren aan welke kennis zij behoefte hebben. Wel weten ze haarfijn tegen welke problemen ze aanlopen. De translatie van problemen naar onderzoekbare vragen is een punt van aandacht in iedere kennisagenda. Dit betekent dat je naar (kwalitatieve) onderzoeksmethoden moet zoeken die het betrekken van de vraagstukken waar zorgprofessionals mee worstelen voldoende naar boven kunnen halen.

### *Advisering*

Laat je bijstaan door een breed samengestelde adviesgroep/klankbordgroep waarin professionals nadrukkelijk zijn vertegenwoordigd. In dit project was de druk op de leden van de adviesgroep/klankbordgroep, vanwege de krappe tijdsplanning in relatie tot de complexiteit van de opdracht (ontwikkelen van een algemeen raamwerk én een kennisagenda) soms erg groot. Vooraf de verwachtingen duidelijk expliciteren en operationaliseren kan helpen.

### *Format voor de aanpak*

De schematische weergave van de aanpak voor de ontwikkeling van de kennisagenda (figuur 2 in dit rapport) lijkt goed bruikbaar voor iedere te ontwikkelen kennisagenda in verpleging en verzorging. Met uitzondering van het onderdeel ontwikkeling van het algemene raamwerk dat als basis V&V breed ontwikkeld is en dient als startpunt voor de te ontwikkelen kennisagenda's.

# Bijlagen

## Bijlage 1. Begrippen – definities

**Wijkverpleging:** verpleging en, of verzorging aan thuiswonende patiënten/cliënten en hun zorgsysteem en daarnaast de wijkgerichte (preventieve) zorg.

**Klinisch redeneren:** Het continue proces van gegevens verzamelen en analyse gericht op vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot gezondheid en ziekte. Bron: Lambregts e.a., 2012. Leren van de Toekomst

**Evidence based practice (EBP):** het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het beste bewijsmateriaal (evidence) dat op dat moment beschikbaar is. EBP helpt verpleegkundigen wetenschappelijk verantwoorde beslissingen te nemen. EVIDENCE BASED PRAKTIJK bestaat uit vijf stappen.

**Vroegsignalering:** Tijdig de voortekenen of vroege symptomen van problemen herkennen. Onderdeel van klinisch redeneren. Naar Lambregts e.a., 2012. Leren van de Toekomst.

**Gezamenlijke besluitvorming:** Een continu proces waarin zorgverlener en patiënt (vaak met diens naaste familie) gezamenlijk beslissingen nemen in alle fasen van de zorg. Bron: RVZ.

**Kwaliteit van leven:** Bevat subjectieve en objectieve aspecten. De subjectieve aspecten betreffen de ervaring van een persoon over zijn of haar lichamelijke, psychische en sociale functioneren. Objectieve aspecten zijn bijvoorbeeld beperkingen als gevolg van ziekte

Bron: [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info)

**Zelfmanagement:** Zelfmanagement is het vermogen van mensen om hun aandoening zo goed mogelijk te kunnen inpassen in hun leven. Ze kunnen bijvoorbeeld omgaan met de symptomen en met de behandeling. Maar ook met de leefstijlveranderingen die nodig zijn.

Bron: [www.venvn.nl/Themas/Zelfmanagement](http://www.venvn.nl/Themas/Zelfmanagement)

**Sociaal netwerk:** Een verzamelnaam voor een netwerk van betekenisvolle figuren (familie, vrienden en kennissen) dat functioneert als ondersteuningsbron voor het eigen

welzijn en welbehagen en dat van de personen in het netwerk. Bron: [www.encyclo.nl/lokaal/10652](http://www.encyclo.nl/lokaal/10652)

**Samenredzaamheid:** Het vermogen om je in je leven zelf te redden met hulp van mensen in jouw netwerk. Bron. Vilans

**Complexiteit** (van een zorgsituatie): Een zorgsituatie waarin kenmerken van verschillende aard, waaronder persoonlijke kenmerken van de patiënt/cliënt, klinische kenmerken, zorgkenmerken, sociale kenmerken en kenmerken van het zorgsysteem elkaar wederzijds beïnvloeden (Naar Guarinoni et al. 2015).

**Team(samenstelling):** Een team is een klein aantal personen met aanvullende vaardigheden die zich verbonden hebben aan een gemeenschappelijk doel, daaraan gekoppelde uitkomsten en een aanpak waarvoor zij elkaar wederzijds verantwoordelijk stellen. Bron: Vermeulen e.a. 2017. Verpleegkundig Leiderschap.

**Leiderschap:** Verpleegkundig leiderschap omvat bewustzijn m.b.t. het effect van de eigen professionele rol te midden van andere rollen, het stellen van reflectieve en onderzoekende vragen, het gebruik van evidence based practice en het verschil kunnen maken als rolmodel voor uitkomsten van patiënten, collega's, zorgorganisaties en maatschappij. Bron: Vermeulen e.a. 2017. Verpleegkundig Leiderschap.

## Bijlage 2. Betrokken actoren: adviesgroep, klankbordgroep, genodigden prioritering

NAAM	ORGANISATIE - FUNCTIE
<b>PROJECTGROEP</b>	
N. Bleijenberg	HU - UMC Utrecht
M. Hoeijmakers	HU
M. Schuurmans	HU - UMC Utrecht
L. van Straalen	HU
<b>ADVIESGROEP</b>	
P. Arts - de Wit	ZZG Zorggroep, wijkverpleegkundige
S. Bouma	Icare, wijkverpleegkundige
A. Francke	Nivel, Wetenschappelijk College Verpleegkunde
S. Zwakhalen	Universiteit Maastricht, Wetenschappelijk College Verpleegkunde
A. Nijboer	V&VN
C. Zijderveld	Patiëntenfederatie Nederland
M. Warnaar	Albeda College Rotterdam, docent mbo
E. de Wolff-ter Beek	Albeda College Rotterdam, docent mbo
H. Rosendal	Hogeschool Rotterdam, docent / lector wijkzorg
<b>KLANKBORDGROEP</b>	
C. Smeets	Careyn, wijkverpleegkundige
J. Veldhuizen	Beweging 3.0, wijkverpleegkundige
C. van Munster	Beweging 3.0, verzorgende
M. Jansen-Schuilting	ZZG Zorggroep, wijkverpleegkundige, Wijkverpleegkundig Ge-
W. Vink	ActiZ
S. Veen	BTN
A. Tamminga	Zorgverzekeraars Nederland
C. Pittens/M.Herps	Vilans
J. Lambregts	Bureau Lambregts, onafhankelijk adviseur
L. Verweij	Ministerie van VWS / dir Curatieve Zorg
M. Egbers	Ministerie van VWS / dir MEVA
H. Aerts	Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde
T. Snel	MBO Raad
<b>Extra genodigden priorite-</b>	
B.M. Buurman	UMC Amsterdam / HvA, Wetenschappelijk College Verpleegkunde
S. Daalhuizen-Goossens	Careyn, wijkverpleegkundige
D. Hof	AxionContinu, wijkverpleegkundige
I. Wolbers	HU docent, Wijkverpleegkundige, promovendus
J. Stam	Nederlandse Zorgautoriteit
J. Wittenberg	Nederlands Huisartsen Genootschap
<b>Overig</b>	
D. Harten	Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ)

## Bijlage 3. Beroepstitels en functienamen in de wijkverpleging

Beroepstitel/functienaam	EQF	Beroepsopleiding	BIG	Bijzonderheden
Verpleegkundig specialist	7 of (soms) 8	Minimaal een hbo-master opleiding (verplicht), soms ook PhD erbij.	Artikel 14	<p>Er zijn (nu nog) vijf specialismen (intensieve, chronische, acute, preventieve zorg en GGZ). In de toekomst zijn er twee specialismen, AGZ en GGZ. VS-en hanteren vaak zelf toevoegingen bij hun titel zoals VS oncologie of VS 1<sup>e</sup> lijn. De VS 1<sup>e</sup> lijn is in opmars, nu meestal nog in de huisartsenpraktijk werkzaam.</p> <p>VS-GGZ werken soms vanuit huisartsenpraktijken maar vaker van uit GGZ instellingen bijvoorbeeld in een multidisciplinair F-ACT team (FACT staat voor <i>flexible assertive community treatment</i>: A = <i>assertive</i>; de zorg wordt actief, <i>outreaching</i> aangeboden ('bemoeizorg'), hulpverleners trekken er op uit; C = <i>community</i>; thuis, op straat, in de wijk; T = <i>treatment</i>; behandeling, begeleiding, ondersteuning bij herstel.</p>
Wijkverpleegkundige	6	Bachelor (HBOV)  In-service met wijkaantekening (is gelijkgesteld aan bachelor niveau)	Artikel 36	<p>De titel wijkverpleegkundige is voorbehouden aan bachelor opgeleide verpleegkundigen of aan in-service verpleegkundigen met een wijkaantekening</p> <p>V&amp;VN heeft de specifieke deskundigheid van de wijkverpleegkundige beschreven in een zgn. expertisegebied.</p> <p>Indicatiestelling is voorbehouden aan wijkverpleegkundigen, niet wettelijk maar wel volgens beroepsnormen opgesteld door V&amp;VN.</p> <p>De beroepstitel wijkverpleegkundige is (in principe) geen beschermde titel.</p>
Transferverpleegkundige	4, 5 of 6	Bachelor: HBOV  MBO: BOL (met stages) of BBL (werkend leren)  In-service opleiding	Artikel 36	<p>Transferverpleegkundige is meer een naam voor de functie dan een officiële beroepstitel. Je kunt, in principe, te maken hebben met een master, hbo of mbo of in service opgeleide verpleegkundige.</p> <p>Transferverpleegkundigen zijn de brug tussen opname en thuis.</p> <p>Niet ieder ziekenhuis heeft transferverpleegkundigen in dienst. In de praktijk gaan veel mensen naar huis zonder tussenkomst van de transferverpleegkundige.</p>
Verpleegkundige  Toekomst: Bachelor niveau: Regieverpleegkundige  MBO niveau: Basis verpleegkundige	4, 5 of 6	Bachelor: HBOV  MBO: BOL (met stages) of BBL (werkend leren)  In-service opleiding	Artikel 36	<p>Zowel mbo als hbo opgeleide verpleegkundigen mogen de beroepstitel verpleegkundige voeren.</p> <p>Over de nieuwe beroepstitels is veel discussie.</p> <p>Er komt een apart register voor mbo en hbo verpleegkundigen.</p>

Beroepstitel/functienaam	EQF	Beroepsopleiding	BIG	Bijzonderheden
Verpleegkundige in de wijk	4, 5 of 6	MBO: BOL of BBL  In service opleiding zonder wijkaantekening	Artikel 36	MBO of in service opgeleide verpleegkundigen zonder wijkaantekening worden verpleegkundigen in de wijk genoemd. Je kunt dus geen regieverpleegkundige in de wijk zijn, wel basisverpleegkundige in de wijk.
Gespecialiseerde verpleegkundige (diabetes/long/hart&v vaat (etc.))	4, 5 of 6	MBO: BOL of BBL  Bachelor (HBOV) met erkende eenjarige duale specialistische opleiding (meestal aangeboden door een HBO)	Artikel 36	Bij verpleegkundigen met een specialisatie weet je niet op voorhand of je met een bachelor of MBO verpleegkundige te maken hebt. Opleidingen laten beide niveaus tot de specialistische opleiding toe (vaak met assessment voor de MBO verpleegkundige).  Steeds meer 1 <sup>e</sup> lijns organisaties stellen gespecialiseerde verpleegkundigen aan voor doelgroepzorg en consultfuncties.  V&VN heeft voor de bijna alle specialisaties de zgn. expertisegebieden ontwikkeld.
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)	4, 5 of 6	MBO: BOL of BBL  Bachelor (HBOV) met erkende eenjarige duale specialistische opleiding (meestal aangeboden door een HBO)	Artikel 36	Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen werken (soms) vanuit een huisartsenpraktijk maar meestal vanuit een GGZ instelling in de wijk en vaak maken zijn deel uit van een zgn. multidisciplinair F-ACT-team.  Ook bij een SPV weet je niet of je met een mbo of hbo opgeleide verpleegkundige van doen hebt.
Praktijkverpleegkundige of POH	4, 5 of 6	MBO: BOL of BBL  Bachelor (HBOV) met erkende eenjarige duale specialistische opleiding (meestal aangeboden door een HBO)	Artikel 36	Soms werken praktijkverpleegkundigen in de wijk maar dan altijd vanuit een huisartsenpraktijk. Vaak voor bepaalde doelgroepen. Maar meestal werken praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk en bieden (geprotocolleerde) zorg aan chronisch zieken zonder wijkactiviteiten.  Als een gezondheidsprofessional zich praktijkondersteuner (POH) noemt weet je niet of je te maken hebt met een verpleegkundige. Ook weet je op voorhand niet het opleidingsniveau.
Wijkzakenverzorgende	4	MBO 3	-	
Verzorgende (IG)	4	MBO 3	-	Soms wordt de verzorgende IG ook VIG genoemd. Verzorgenden combineren persoonsgerichte zorg met zorg voor het huishouden.
Helpende	4?	MBO 2	-	Helpenden bieden vooral huishoudelijke zorg en ondersteuning soms gecombineerd met eenvoudige persoonsgerichte zorg.
Huisverpleegkundige/ thuisverpleegkundige	?	?	?	De titel "huisverpleegkundige" of "thuisverpleegkundige" wordt gebruikt door sommige thuiszorgorganisaties (b.v. Florence, Laurens) als interne functietitel. Het is op voorhand niet duidelijk wat het opleidingsniveau is van de huis- of thuisverpleegkundige. Het is wel aannemelijk dat deze functietitel niet door niet-verpleegkundigen wordt gebruikt.



Beroepstitel/functienaam	EQF	Beroepsopleiding	BIG	Bijzonderheden
Wijkverpleeghulp	4,5,6,7	Minimaal interne mbo academie	Artikel 36 voor gediplomeerde verpleegkundigen	EMILE thuiszorg geeft zorg vanuit een team waarin studenten participeren (hbo of wo). Alle werknemers hebben een minimale bekwaamheid doordat zij de interne mbo academie hebben doorlopen. EMILE biedt integrale persoonlijke zorg (huishoudelijk, verzorgend, verpleegkundig door een persoon). Team wordt gecoacht door een ervaren professional.

## Bijlage 4. Vragenlijst aan hoogleraren en lectoren verpleegkunde

Beste hoogleraar, lector,

*Graag nodigen we u uit mee te werken aan de ontwikkeling van een kennisagenda voor de verpleging en verzorging in Nederland voor de komende 5 á 10 jaar. Daarom sturen we u een paar vragen toe in de hoop dat u die wilt beantwoorden en **binnen twee weken** aan ons **retour** stuurt. Met grote dank!*

U weet als geen ander dat het werkveld van verpleging en verzorging nogal in beweging is de laatste jaren en dat er ook een opgave ligt om adequaat te kunnen antwoorden op toekomstige zorg- en organisatievragen. Hiervoor is kennis nodig en toepassing daarvan in de praktijk.

ZonMw heeft Marieke Schuurmans en Nienke Bleijenberg gevraagd een algemeen raamwerk voor een kennisagenda voor het brede werkveld van verpleging en verzorging te ontwikkelen, met een verdieping op de wijkverpleging. Een projectteam, waarvan ik de coördinerend en uitvoerend onderzoeker ben, is in december 2017 gestart. Voor een samenvatting van de vraagstellingen en aanpak van het project verwijs ik u naar de meegestuurde bijlage.

Een belangrijk onderdeel van het project is een stand van zaken te maken van de actuele kennis in verpleging en verzorging. Het gaat om afgeronde en lopende onderzoeksprojecten en promoties / en lopende kennisprojecten. Daarover vind u hieronder vier vragen. Tot slot vragen we u naar thema's in de verpleging en verzorging die naar uw idee in de toekomst van belang zijn om kennis op te ontwikkelen.

De resultaten van dit project zullen bijdragen aan de programmering van V&V breed onderzoek van ZonMw en anderen.

Met dank en hartelijke groeten,

Dr. Marjan Hoeijmakers

[marjan.hoeijmakers@hu.nl](mailto:marjan.hoeijmakers@hu.nl)

T. 0681292344

Dr. Nienke Bleijenberg

Drs. Lia van Straalen

<b>Naam</b>	Voer de naam in
<b>Titel van uw leerstoel</b>	Voer de titel in
<b>U bekleedt deze leerstoel sinds</b>	Klik of tik om een datum in te voeren.
<b>Met welk werkgebied in de verpleging en verzorging valt dit (ongeveer) samen</b>	<input type="checkbox"/> AGZ <input type="checkbox"/> GGZ <input type="checkbox"/> VGZ <input type="checkbox"/> MGZ <input type="checkbox"/> Acute Zorg <input type="checkbox"/> Langdurige zorg (ouderenzorg)
<b>Werkzaam bij</b>	Voer het antwoord in
<b>Datum</b>	Klik of tik om een datum in te voeren.

**Wilt u zo vriendelijk zijn onderstaande vragen te beantwoorden. Het zijn vooral open vragen. Voor de antwoorden kunt u gebruik maken van de tabellen.**

*Onder onderzoek verstaan we in deze context onderzoek betreffende onderwerpen die relevant zijn voor zorgverlening door verpleegkundigen en verzorgenden, al dan niet in samenwerking met andere zorgverleners. Het kan gaan om onderzoek naar beroepsinhoud, organisatie van (verpleegkundige)zorg of beroepsontwikkeling (waaronder leren).<sup>12</sup>*

---

<sup>12</sup> Wat we verstaan onder

Beroepsinhoud: alles wat met directe zorgverlening te maken heeft.

Organisatie van zorg: alles wat nodig is om zorg te verlenen.

Beroepsontwikkeling: alles wat nodig is om het beroep verder te brengen.

---

1. Geef aan welke (hoofd)onderzoekslijnen onder uw leerstoel-lectoraat vallen

- a. Voer het antwoord in
- b. Voer het antwoord in
- c. Voer het antwoord in

---

2. Geef het aantal promoties en hun titels aan (waar u vanuit deze leerstoel, dit lectoraat bij betrokken was): per jaar, in de periode 2008-2017.

JAAR	AANTAL	TITEL(S)
2008	aantal	Voer hier de titel in
2009	aantal	Voer hier de titel in
2010	aantal	Voer hier de titel in
2011	aantal	Voer hier de titel in
2012	aantal	Voer hier de titel in
2013	aantal	Voer hier de titel in
2014	aantal	Voer hier de titel in
2015	aantal	Voer hier de titel in
2016	aantal	Voer hier de titel in
2017	aantal	Voer hier de titel in

---

**3. Geef het aantal andere afgesloten onderzoeksprojecten en hun titels aan: per jaar, in de periode 2008-2017**

JAAR	AANTAL	TITEL(S)
2008	aantal	Voer hier de titel in
2009	aantal	Voer hier de titel in
2010	aantal	Voer hier de titel in
2011	aantal	Voer hier de titel in
2012	aantal	Voer hier de titel in
2013	aantal	Voer hier de titel in
2014	aantal	Voer hier de titel in
2015	aantal	Voer hier de titel in
2016	aantal	Voer hier de titel in
2017	aantal	Voer hier de titel in

---

**4. Geef aan welke (promotie)onderzoeken voor verpleging en verzorging op dit moment lopen binnen uw leerstoel-lectoraat.**

- a. Voer het antwoord in
- b. Voer het antwoord in
- c. Voer het antwoord in
- d. Voer het antwoord in
- e. Voer het antwoord in

---

## 5. THEMA'S VOOR DE TOEKOMST

Welke thema's voor verpleging en verzorging zijn in de komende tien jaar belangrijk om kennis op te ontwikkelen. Gezien vanuit het principe dat de kennis bijdraagt aan kwaliteitszorg, en de gezondheid en het welzijn van de patiënt, cliënt bevordert.

Orden de voor u belangrijkste onderzoeksthema's verpleging en verzorging naar: beroepsinhoud, organisatie van zorg en beroepsontwikkeling. Het kan gaan om nieuwe kennis of om toepassing van kennis in de praktijk.

ONDERZOEKTHEMA'S VOOR DE TOEKOMST		
Beroepsinhoud	Organisatie van zorg	Beroepsontwikkeling
Thema	Thema	Thema
Thema	Thema	Thema
Thema	Thema	Thema
Thema	Thema	Thema
Thema	Thema	Thema

## Bijlage 5. Lijst met zoektermen onderzoektitels 2008-nu

ZOEKTERMEN	
Nederlands	Engels
Kwaliteit - Richtlijnen	quality care
Zelfmanagement / zelforganisatie	self-management
zelfredzaamheid / eigen regie	empowerment
ziekenhuis / hospitalisatie	hospital care / long term care
Zingeving	existential questions in life / spiritual care
besluiten / beslissing	(shared) decision making
complexiteit, multimorbiditeit, multi problematiek	complexity / complex care
Dementie	dementia
Evidence based / EBP	evidence based practice
Functioneren - disfunctioneren - functieverlies	(dis)functioning / functional decline / daily functioning
Gezondheid (en gedrag) / positieve gezondheid	(positive) health (and behaviour)
Overdracht / rapportage / documentatie / zorgplan	Reporting / care plan / registration
Palliatieve zorg / pijn	palliative care / pain
preventie(ve interventies) / vroegsignalering	prevention / preventive / early detection
Psychiatrie (versch ziektebeelden) / Geestelijke Gezondheidszorg / psychisch	(community) mental health / psychiatry
Resultaten / uitkomsten	results / outcomes - process (nurse sensitive outcomes?)
stoornis (onder psychiatrie gezet)	disorder
Welzijn / kwaliteit van leven	wellbeing / quality of life
Diagnostiek - Doelbepaling - Indiceren - Interventie	Diagnoses /intervention / objectives
(verpleegkundig) Leiderschap	Leadership / nursing leadership / clinical leadership
imago van het vak	Attitudes towards...
kennisontwikkeling / kennis deling	Evidence base / knowledge dissemination
onderwijs / leren	education
Implementatie	implementation and dissemination
Wijkverpleegkundige / thuiszorg / wijk / thuiswoning / wijkverpleging / extramuralisering	home care nurse /community care nurse /district nursing
vakbekwaam / competenties	competencies / capability / knowledge / know-how
Casemanagement / coördinatie van zorg	Casemanagement care coordination
Generalistisch-specialistisch	Generalists versus specialists
Mantelzorg / familie zorg / naasten / participatie	family / informal caregivers / participation
samenwerking (inter, multi, intersectoraal)	collaboration / interprofessional
sociaal netwerk / informele zorg	social network / informal care
transmurale zorg	Transitional care
Technologie / eHealth / app / robotica	technology / ehealth / mhealth / robotica



## Bijlage 6. Vragenlijst wijkverpleging

Een kennisagenda voor de wijkverpleging - Welke vragen naar nieuwe kennis heb jij?

Goede zorg is gebaseerd op ervaring en kennis. Die kennis moet up to date zijn en de cliënt en de wijk moeten er beter van worden. Er is veel in verandering in de wijkverpleging. Daar weet jij alles van. De kennis die je nodig hebt verandert mee. Daarom maken we een kennisagenda voor de wijkverpleging en zijn we benieuwd naar welke kennis jij nodig hebt!

Heb je in de uitnodiging het animatiefilmpje nog niet gezien klik dan hier. Het legt uit wat een kennisagenda voor de wijkverpleging is en wat we aan je vragen. Heb je het filmpje al gezien ga dan direct door naar de vragen hieronder.

Met de kennisagenda wordt een landelijk onderzoeksprogramma wijkverpleging ingericht zodat nieuwe kennis naar de praktijk komt. De kennisagenda zal begin september klaar zijn en op verschillende plekken en media bekend gemaakt worden.

### ALGEMENE VRAGEN

Werk je in de wijkverpleging?

- Ja
- Nee

Is je antwoord ja vink dan het hokje aan.

Is je antwoord nee dan is deze vragenlijst niet voor jou bedoeld. We vragen je de vragenlijst te verlaten

Welke functie vervul je in de wijkverpleging?

Vink de juiste functie aan. Er is maar één antwoord mogelijk.

- Wijkverpleegkundige (hbo opgeleid)
- Verpleegkundige in de wijk (mbo opgeleid)
- Gespecialiseerd verpleegkundige
- Verpleegkundig specialist
- Wijkziekenverzorgende
- Verzorgende (IG)
- Anders, namelijk .....

Mogen we je nog een keer benaderen voor aanvullende vragen? Bijvoorbeeld in een groeps gesprek met collega's van andere organisaties in het land. Kruis het hokje van je keuze aan.

- Ja
- Nee

Heb je met ja geantwoord laat hier dan je mailadres achter.  
Was je antwoord nee ga dan verder.

---

### **Jouw behoefte aan kennis**

Denk even na over hoe je werk afgelopen dagen verliep. Waar ging het niet lekker?  
We vragen je nu in twee stappen naar jouw behoefte aan nieuwe kennis bij de knelpunten die je ervaart. De eerste stap is een open vraag. De tweede stap is een lijst met onderwerpen die je kunt aankruisen.

---

Stap 1. Geef je TOP DRIE van onderwerpen waar volgens jou kennis over nodig is in de wijkverpleging.

Bijvoorbeeld dementie -indicatiestelling – samenwerking in de wijk – leiderschap.  
Gebruik voor elk onderwerp één tekstvak en geef er een toelichting bij.

---

Stap 2. Hieronder volgen drie vragen met de kennisonderwerpen die al in het voortraject voor de verpleging en verzorging breed zijn aangedragen. Vink aan tegen welke onderwerpen **jij** aanloopt. Je kunt meerdere onderwerpen kiezen.

Als je een onderwerp hebt aangevinkt verschijnt er een tekstvak onder de lijst met onderwerpen. Geef hier een toelichting: waar of wanneer wringt de schoen precies. Of formuleer er je vraag naar kennis bij het onderwerp.

---

Vink hier de onderwerpen aan die te maken hebben met **de directe zorg** aan cliënten.  
Geef een toelichting of een (kennis)vraag.

Je kunt meerdere onderwerpen kiezen.

Een korte uitleg bij de meeste onderwerpen vind je onder de i.

- Dagelijks functioneren (fysiek, sociaal, psychisch, cognitief)
- Aansluiten bij de persoonlijke behoefte van de cliënt en bij zijn sociaal netwerk
- Vroegsignalering
- Klinisch redeneren
- Gezamenlijke besluitvorming
- Complexiteit van de zorg
- Zelfmanagement
- Zorg op basis van evidence: toepassing van kennis
- Reflectie op het verpleegproces
- Uitkomsten van zorg; kwaliteit van leven, zelf- en samenredzaamheid
- Chronische zorg
- Preventie
- Palliatieve zorg
- Acute zorg
- Psychische zorg

Vink hier de onderwerpen aan die te maken hebben met **de organisatie van de zorg** (dit is alles wat nodig is om de directe zorg te kunnen geven).

Geef een toelichting of een (kennis)vraag.

Je kunt meerdere onderwerpen kiezen.

Een korte uitleg bij de meeste onderwerpen vind je onder de i.

- Inzet van technologie
- Samenwerking (met cliënt, collega's, andere disciplines en buiten de zorg)
- Optimale teamsamenstelling
- Overdrachten
- Eenduidige communicatie in overdrachten en rapportage
- Continuïteit

Vink hier de onderwerpen aan die te maken hebben met **de beroepsontwikkeling** (dit is alles wat nodig is voor vakbekwaamheid en om het vak verder te brengen).

Geef een toelichting of een (kennis)vraag.

Je kunt meerdere onderwerpen kiezen.

Een korte uitleg bij de meeste onderwerpen vind je onder de i.

- (verpleegkundig) leiderschap
- Identiteit
- De (continu) lerende professional, vakbekwaamheid
- Kennisontwikkeling, verpleegkundig onderzoek
- Innovatie
- Verspreiding en gebruik van kennis

---

Tot slot!

Tot slot stellen we je nog drie vragen.

Ze geven je de gelegenheid om aan te vullen wat je nog niet hebt kunnen zeggen

---

Zijn er nog specifieke patiëntproblemen waar je vragen over hebt?

Kies de belangrijkste problemen. Je kunt maximaal vijf antwoorden aanvinken.

## LICHAMELIJK

- Bedreigde of verstoorde functies
- Koorts
- Smetten
- Jeuk
- Wonden
- Pijn
- Vermoeidheid
- Verlies van eetlust
- Misselijkheid, braken
- Gewichtsverlies
- Gewichtstoename
- Uitdroging, verstoorde vochtbalans
- Uitscheidingsproblemen
- Anders, namelijk .....

## PSYCHISCH

- Bewustzijnsstoornissen
- Stemmingsstoornissen
- Stoornissen in geheugen
- Stoornissen in denken en waarnemen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Stoornissen in gedrag
- Angst, paniek
- Stress
- Verslaving
- Verlies
- Rouw
- Onzekerheid
- Ineffectieve coping
- Zingevingsproblemen
- Anders, namelijk .....

## FUNCTIONEEL

- Tekort zelfmanagement
- Tekort zelfredzaamheid ADL, IADL, HDL
- Zintuigelijke beperkingen
- Verstoorde mobiliteit
- Vallen
- Slaap/waakritme
- Anders, namelijk .....

## SOCIAAL

- Seksualiteitsproblemen
- Participatieproblemen
- Sociale incompetentie
- Eenzaamheid
- Gebrek aan sociaal netwerk
- Tekort aan mantelzorg
- Overbelaste mantelzorg
- Anders, namelijk .....

Heb je nog vragen over wijkgericht werken?

Denk bijvoorbeeld aan vroege preventie van diabetes, gezondheidsrisico's, volksgezondheid

Geef de belangrijkste doelgroepen aan waar volgens jou meer kennis over nodig is om goede zorg in de wijk te kunnen (blijven) geven.

Je kunt meer doelgroepen kiezen en vul aan, als je wilt bij de laatste optie.

- Ouderen (zeer oud)
- Mensen met multimorbiditeit (meerdere chronische ziekten tegelijkertijd)
- Mensen met een combinatie van problemen: lichamelijk, psychisch, sociaal
- Mensen met weinig gezondheidsvaardigheden
- Mensen met een lage sociaal economische status

- Zorgmijders
- Mensen met psychiatrische problemen
- Mensen met een andere culturele achtergrond
- Anders, namelijk .....

Hartelijk dank voor deze belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van een kennis-agenda wijkverpleging. Namens het projectteam:

Nienke Bleijenberg  
Marjan Hoeijmakers  
Lia van Straalen

## Bijlage 7. Codes open vragen vragenlijst wijkverpleging

CODE	
	<b>BEROEPSINHOUD</b>
BI 1	cliënt/mantelzorg/soc syst
BI2	psychiatrie / zorgmijding / psychische zorg
BI3	meervoudige problemen
BI4	dementie
BI5	indiceren / klinisch redeneren
BI6	ziektebeelden (combi van)
BI7	zelfmanagement / zelfredzaamheid / eigen regie
BI8	(pos) gezondheid / preventie
BI9	Overig
	<b>ORGANISATIE VAN ZORG</b>
OvZ1	samenwerking: in de wijk, multi disciplinair, overdrachten
OvZ2	inzet van technologie
OvZ3	teams: zelfsturing, taakafbakening
OvZ4	grijze gebieden ts wmo-zvw wlz
OvZ5	wet en regelgeving
OvZ6	Overig
OvZ7	wijkgericht werken
	<b>BEROEPSONTWIKKELING</b>
BO1	leiderschap
BO2	Kennis
BO3	Overig

## Bijlage 8. Kennisvragen wijkverpleging voor prioritering met scores

SCORE	BEROEPSINHOUDE	
	<b>I</b>	<b>Dagelijks functioneren</b>
	1	Welke screeningsinstrumenten zijn geschikt voor de verpleegkundige anamnese?
0	2	Met welke interventies kunnen wijkverpleegkundigen en verzorgenden de zelfredzaamheid van cliënten stimuleren?
	3	Hoe kunnen wijkverpleegkundigen en verzorgenden tijdig functieverlies herkennen en effectieve interventies inzetten gericht op het behoud van het dagelijks functioneren?
	<b>II</b>	<b>Aansluiten bij cliënt, mantelzorg</b>
2	1	Welke hulpmiddelen zijn bruikbaar bij het maken van afspraken met de cliënt: die aansluiten bij zijn eigen (zorg)behoefte en mogelijkheden en die van de mantelzorg (en anderen in zijn zorgsysteem); die de grenzen van de wijkverpleging meewegen; verschillende perspectieven en belangen bij elkaar brengen; en die rekening houden met de taal- en gezondheidsvaardigheid van de cliënt.
	2	Wat zijn effectieve interventies om de communicatie en de behandelrelatie bij cliënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen te optimaliseren?
7	3	Mantelzorg. Onderzoek naar: Wat zijn effectieve interventies om mantelzorgers te ondersteunen om te voorkomen dat deze zelf patiënt wordt? Welk instrument is in de zorg thuis geschikt om tijdig signalen van overbelasting van de mantelzorg te herkennen? Wat zijn effectieve interventies bij overbelasting van de mantelzorg.
	4	Zorgmijders: onderzoek naar het probleem in relatie tot zorg thuis; hoe krijg je zorgmijders in beeld; met welke interventie bevorder je de zelfzorg, therapietrouw en kwaliteit van leven met een zo goed als mogelijk resultaat.
	5	Met welke interventies, hulpmiddelen stimuleer of bouw je een ondersteunend zorgsysteem bij cliënten die geïsoleerd leven of daar zelf niet toe in staat zijn?



	6	Hoe kan het nieuwe denken over gezondheid waarbij gaat het om het functioneren van mensen, de eigen regie en het vermogen zich aan te passen aan de uitdagingen van het leven toegepast worden in de praktijk van de wijkverpleging?
	<b>III</b>	<b>Vroegsignalering</b>
7	1	Wat zijn effectieve instrumenten/interventies om (kwetsbare) mensen, zonder concrete zorgvraag, met hun gezondheidsrisico's eerder in beeld te hebben dan nu het geval is? Welke rol speelt het netwerk in de wijk bij deze vroege opsporing?
	2	Met welk instrument kan in de zorg thuis een effectieve inschatting gemaakt worden van het moment dat mensen niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen (grensbepaling)?
	3	Welk instrument kan ingezet worden bij een niet pluis gevoel over een bepaalde cliëntsituatie Wanneer een instrument positief scoort maar het niet pluis gevoel blijft, hoe dit dan bewaken en verder analyseren?
	4	Wat is een effectieve en veilige (in kader van Wet op Persoonsgegevens) manier om de informatie uit vroegsignalering (vanuit verschillende bronnen) over een casus te bundelen en met de daartoe aangewezen professionals te delen?
	5	Met welk hulpmiddel kan op een effectieve manier de signalen van mogelijke verslechtering aan een arts gecommuniceerd worden?
	6	Wat zijn signalen van mogelijk acute ontsporingen in een gegeven cliëntsituatie? Wat zijn effectieve instrumenten, methoden om zo vroeg als mogelijk acute problemen te herkennen?
	7	Welke methodieken zijn bruikbaar om gezondheidsproblemen te voorkomen? Is NANDA er een van?
	<b>IV</b>	<b>Klinisch redeneren</b>
5	1	Wat is een effectieve manier om klinisch redeneren en kritisch denken als continu proces bij wijkverpleegkundigen te stimuleren en in het dagelijks werk te integreren?
	2	Op welke wijze kan informatie van complexe zorgsituaties gebundeld worden om te oefenen met klinisch redeneren en advance care planning?
	<b>V</b>	<b>Indiceren</b>

14	1	Wat is een valide en betrouwbaar instrument voor indicatiestelling en tegelijkertijd voor de start van het verpleegproces. Het instrument moet informatie bevatten over wat een goede indicatie maakt voor bepaalde doelgroepen en typen zorgvragen en ingaan op eisen vanuit wet en regelgeving en financiële kaders.
	2	Met welke interventies kunnen de kwaliteit en uniformiteit van indiceren voor zorg thuis verbeteren.
	3	Is de instelling van een onafhankelijk indicatiebureau voor pgb-indicaties een werkbaar alternatief voor het stellen van pgb-indicaties door wijkverpleegkundigen werkzaam bij een zorgorganisatie die zorg in natura levert?
	<b>VI</b>	<b>Gezamenlijke besluitvorming</b>
	1	Hoe kan shared decision making toegepast worden bij taalbarrières of laaggeletterdheid van de cliënt?
	2	Wat zijn effectieve interventies om te wijzen op eigen verantwoordelijkheid in de omgang met mantelzorgers die irreële eisen aan de wijkverpleging stellen? Waarbij het voor de hand liggende gesprek niet effectief is.
	3	Welke interventies inzetten wanneer een besluit niet unaniem wordt genomen?
	4	Wat zijn effectieve interventies om gezamenlijke besluitvorming te stimuleren zodat de inhoud van het zorgplan begrijpelijk is voor de cliënt?
	5	Wat is de rol van gezamenlijke besluitvorming, met de cliënt en met andere betrokken disciplines, in advanced care planning?
	<b>VII</b>	<b>Complexiteit</b>
8	1.	Complexiteit. Onderzoek naar de kenmerken en hun samenhang van complexe zorgsituaties in de wijkverpleging en naar welke kennis nodig is voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden om adequaat te handelen in de persoonlijke zorg aan de cliënt en zijn zorgsysteem en in relatie tot andere disciplines die ook een aandeel hebben in de (integrale) zorg.
	2	Met welke effectieve, eenvoudig toepasbare methode kan er in de wijkverpleging een inschatting gemaakt worden van de risico's op escalatie van complexe zorgsituaties thuis? En met welke interventies deze escalaties te voorkomen?
	3	Hoe kan in indicatiestelling recht gedaan worden aan de complexiteit van een casus en tegelijkertijd de criteria (grenzen) voor veilig en verantwoord thuis wonen meegewogen worden?

	4	Hoe kan complexe -technisch hoogwaardige- zorg ook persoonsgericht blijven?
	5	Met welke interventies kunnen ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en sterven ondanks dat door de zorgval minder uren wijkverpleging ingezet mogen worden en wat als familie er niet is of niets kan betekenen?
2	6	Wat zijn criteria voor veilige zorg thuis? Welke interventies, toepasbaar in het team verpleging en verzorging, bevorderen veilige zorg thuis?
	<b>VIII</b>	<b>Zelfmanagement</b>
7	1 en 3	Wat zijn effectieve interventies en best practices om zelfmanagement toe te passen in de zorg thuis?
	2	Wat zijn effectieve interventies om zelfmanagement bij chronisch zieken, mensen met multi morbiditeit te stimuleren?
	3	Wat zijn toepasbare effectieve gedragsveranderingsinterventies gericht op behoud van het dagelijks functioneren en preventie van achteruitgang?
	4	Wat zijn effectieve interventies om passieve mensen te stimuleren tot zelfredzaamheid en zelfmanagement en het bevorderen van de eigen gezondheid?
	5	Wat zijn effectieve interventies om eigen regie te bevorderen in het bijzonder in situaties waar de cliënt en/of mantelzorger daar moeilijk toe in staat zijn, bijvoorbeeld door overbelasting.
	<b>IX A</b>	<b>Dementie</b>
	1	Welk type ondersteuning wordt door mantelzorgers van mensen met dementie het meest gewaardeerd?
3	2	Welke interventies zijn bruikbaar om kwetsbare ouderen en mensen met dementie in de gezamenlijke besluitvorming te betrekken?
	3	Wat zijn effectieve interventies om de zelfredzaamheid en het zelfmanagement te bevorderen bij cliënten met (vergevoerde) dementie?
	4	Wat is een effectieve manier om achterdocht te onderscheiden van dementie, psychiatrie, delier?
	<b>IX</b>	<b>Zorg op basis van evidence</b>
	1	Hoe kan EBP consequenter toegepast worden in de zorg aan de cliënt thuis.
	2	Hebben verzorgende IG en/of verpleegkundigen de kennis om zelf passende ebp interventies te schrijven a.d.v. het doel?

	3	Wat is nodig om kennis over EBP gemakkelijk te vinden, toe te passen en actueel te houden?
3	4	Wat is nodig om alle leden van het team verpleging en verzorging met hun verschillende deskundigheid bij evidence based werken te betrekken?
	X	<b>Reflectie op zorgproces</b>
	1	Wat zijn de elementen van evaluatie van zorg bij een cliënt?
	2	Hoe kan evaluatie van en reflectie op eigen handelen en verpleegproces praktisch vormgegeven worden?
4	3	Wat is een voor de wijkverpleging effectieve methode om te reflecteren op het verpleegproces: met het team, de cliënt en andere betrokkenen?
	4	Welke interventie of hulpmiddel bevordert en integreert kritische reflectie als een vanzelfsprekende activiteit in het team?
	5	Verbeterd kritische reflectie op het zorgproces de kwaliteit van de zorg?
	XI	<b>Uitkomsten v zorg, kwaliteit van leven, samen- en zelfredzaamheid</b>
9	1	Onderzoek naar uitkomsten van zorg thuis. Welke nurse sensitieve uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg zijn realistisch, meetbaar en betrouwbaar? Met welk instrument zorguitkomsten meten: welke uitkomsten worden in de gebruikelijke systemen (zoals de verplichte risicolijsten) gerapporteerd en zijn bruikbaar, welke ontbreken en zouden toegevoegd moeten worden?
	2	Op welke manier is benchmarking mogelijk op basis van uitkomsten van zorg om zo de kwaliteit van zorg te bevorderen. Welke uitkomsten zijn hierin leidend?
	3	Met welk instrument(en) is kwaliteit van leven en zelfredzaamheid bij cliënten thuis eenvoudig en objectief te meten?
	4	Welke uitkomstmaten zijn geschikt om de effecten van preventie in de wijkverpleging inzichtelijk te maken? Welke maten, indicatoren zijn geschikt om de waarde en doelmatigheid van wijkverpleegkundige zorg inzichtelijk te maken?
	5	Hoe te handelen bij verschil in de uitkomsten van een objectieve risicosignalering versus eigen klinische oordeel (at risk versus not at risk objectief versus subjectief)
	XII	<b>Chronische zorg</b>

	1	Wat zijn effectieve interventies in de omgang met cliënten met chronische pijn?
	2	Met welk hulpmiddel / instrument kan bij chronisch zieken die langdurig in zorg zijn, bepaald worden wanneer de grens in de zorg thuis bereikt is en intramurale zorg aangewezen is?
2	3	Wat zijn effectieve interventies om bij chronisch zieken een lang bestaande zorgverlening met vastgeroeste rituelen en afspraken om te buigen naar zelfredzaamheid en preventief werken met betrokkenheid van cliënt en zijn zorgsysteem?
	4	Wat zijn effectieve interventies om een gezonde leefstijl / gezond gedrag bij chronisch zieken te bevorderen
	5	Hoe ziet effectieve samenwerking in de keten chronische zorg met bijvoorbeeld specialisten eruit?
7	6	Hoe kan advanced care planning bij chronisch zieken als vast onderdeel van de zorg toegepast worden?
	<b>XIII</b>	<b>Preventie</b>
18	1	Preventie. Onderzoek naar wat preventie en wijkgericht werken in de wijkverpleging inhoudt. Wat het is (en wat niet), afbakening, toepassing. Wat zijn de effecten van preventie en wijkgericht werken: voor cliënten, (risico)groepen in de wijk, duurzaamheid van de zorg, de wijk? Wat is de maatschappelijke- en financiële waarde van wijkverpleegkundige interventies in het voorkomen van opname in ziekenhuis of verpleeghuis? Of van andere preventieve acties. Welke bekostiging van preventieve acties is passend?
	2	Met welke interventies kan de wijkverpleging mensen (zonder directe zorgvraag) met gezondheidsrisico's vroegtijdig bereiken, al dan niet in afstemming met de huisarts? Met welke interventies gezondheidsrisico's beperken, verslechtering in de gezondheid beperken, een gezonde leefstijl bevorderen en tegelijkertijd recht doen aan de autonomie van de cliënt (indien die niet gemotiveerd is)?
	3	Wat zijn effectieve interventie in individuele preventie? Hoe kan hierover gerapporteerd en geregistreerd worden?
	4	Wat zijn effectieve interventies die wijkverpleegkundigen kunnen inzetten t.a.v. preventie op wijkniveau?
0	5	Wat zijn de preventieve taken van de wijkverpleegkundige en wat moet in de wijkverpleging gebeuren om preventie tot core business van het handelen te maken?

	6	Hoe kan preventie en een pro actieve werkhouding in het dagelijks werk van de wijkverpleging integreren? Ook in tijden van krapte op de arbeidsmarkt (waardoor geïndiceerde zorg steeds voorrang krijgt)?
	7	Wat is de betekenis van preventieve ouderenzorg in de wijkverpleging, wat kan het inhouden en hoe kan het een plek verwerven in de wijkverpleging al dan niet in samenwerking met de GGD/gemeente?
	8	Wat is de waarde van de toepassing van het concept positieve gezondheid in de wijkverpleging?
3	9	Wat is bruikbaar om zorg en ondersteuning in de eerstelijnszorg zodanig te organiseren en te coördineren dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen
	<b>XIV</b>	<b>Palliatieve zorg</b>
	1	Hoe kan continuïteit geboden worden bij palliatieve zorg - wat zijn effectieve en beschikbare interventies en richtlijnen?
	2	Hoe kan het zorgpad sterven in de praktijk toegepast en geïmplementeerd worden?
	3	Wat zijn effectieve interventies in de nazorg aan nabestaanden?
	4	Welke interventies zijn bruikbaar in de omgang met cliënten (en hun naasten) die palliatieve zorg ontvangen en hun sterven beleven vanuit een andere cultuur of religie dan in Nederland gebruikelijk?
	5	Wat is nodig om alle betrokkenen in en casus palliatieve zorg op eenduidige en complementaire wijze te laten bijdragen aan de kwaliteit van zorg? Welke verantwoordelijkheden liggen bij de wijkverpleging?
	<b>XV</b>	<b>Acute zorg</b>
7	1	Hoe ziet een professioneel samenwerkingsband met verschillende expertises eruit tijdens een fase van acute zorg. Waaruit bestaat in deze fase een correcte informatiestroom en hoe is die georganiseerd?
	2	Wat is nodig om goede acute zorg -samen met andere disciplines- te organiseren?
	3	Wat is de waarde, het effect van wijkverpleging ter voorkoming van acute opname (of heropnames) in het ziekenhuis of andere intramurale voorziening?
	4	Op welke manier is in een acute zorgsituatie de juiste informatie op de juiste plek beschikbaar, bijvoorbeeld tijdens avond, en weekenddiensten?
	<b>XVI</b>	<b>Psychische zorg</b>

	1	Psychiatrische patiënten en cliënten met een combinatie van somatische en psychische aandoeningen zijn een nieuwe doelgroep in de wijkverpleging. Wat is voor de wijkverpleging een professionele en effectieve benadering van deze doelgroep? Waar bevinden zich de grijze gebieden in de afbakening van wijkverpleging met het werk van de GGZ? Wat zijn oplossingsrichtingen om die grijze gebieden te verkleinen?
	2	Wat is in de wijkverpleging effectieve zorg aan cliënten met psychische aandoeningen (al dan niet in combinatie met somatische zorg)?
	3	Wat zijn effectieve instrumenten om cliënten met een psychische aandoening eerder in beeld te hebben?
7	4	Waar liggen verantwoordelijkheden van verschillende betrokken disciplines in de zorg aan GGZ cliënten en waar ligt voor de wijkverpleging grenzen aan de zorg aan GGZ cliënten?
	5	Welke instrumenten zijn geschikt zijn in het beschrijven en communiceren van psychische klachten (vergelijkbaar met SBAR) in de thuissituatie. (Bij afwezigheid ontwikkeling van een dergelijk instrument.)
	6	Welke instrumenten of hulpmiddelen zijn bruikbaar om thuis veilige zorg te bieden aan verwarde cliënten en escalatie en opname te voorkomen? Welke criteria kunnen gehanteerd worden om te bepalen wanneer veilig thuis wonen niet meer mogelijk is?
	7	Welke standaard of protocol is bruikbaar als de cliënt aangeeft suicide te willen plegen?
	8	Onderzoek naar wat nodig is aan deskundigheidsbevordering 'Zorg aan GGZ cliënten' thuis, in de wijk: kennis van ziektebeelden in onderscheiding met dementie, cognitieve problemen en verstandelijke beperkingen; vaardigheden en competenties (communicatie, begeleiding, omgaan met grensoverschrijdend gedrag zoals agressie en zorgmijndend gedrag)



SCORE		ORGANISATIE VAN ZORG
	<b>I</b>	<b>Inzet van technologie</b>
	1	Op welke manier kan de informatie en kennis over zorgtechnologie thuis overzichtelijk bij elkaar gebracht worden en gebundeld? Kennis over soorten zorgtechnologie, geschiktheid voor bepaalde doelgroepen, vergoedingen, leveranciers, de evidence base, ICT, goede voorbeelden
	2	Wat zijn de effecten van het gebruik van zorgtechnologie voor: de cliënt, de professional, de maatschappij en kosten van wijkverpleging.
9	3	Wat is de toepasbaarheid van (bepaalde vormen van) zorgtechnologie bij verschillende doelgroepen: mensen met lage gezondheidsvaardigheden, mensen met een kleine beurs, kwetsbare ouderen,.... Welke waarde geven deze doelgroepen aan het gebruik van zorgtechnologie.
8	4	Hoe kan technologie in de zorg thuis en ICT snel en effectief in de wijkverpleging geïmplementeerd worden?
	5	Wat zijn de effecten van technologie in de zorg thuis op 1/ de zelfredzaamheid van cliënten, 2/ de gezondheid van cliënten, 3/ thuis (kunnen blijven) wonen of wel uitstel van opname in een intramurale voorziening
	6	Welke technologie is het meest effectief in het monitoren van kwetsbare ouderen en ouderen met multi morbiditeit, en hoe kan deze technologie bijdragen aan het verminderen van acute problemen zoals vallen of acute opname op de spoedeisende hulp?
	7	Hoe kunnen digitale systemen (van verschillende disciplines) die cliëntinformatie bevatten aansluitend op elkaar gemaakt worden? En op welke manier kan de cliënt eigenaar zijn, blijven van zijn eigen dossier?
	<b>II</b>	<b>Samenwerking</b>
	1	Wat zijn de succesfactoren van effectieve samenwerking met de cliënt en zijn zorgsysteem voor goed afgestemde zorg en hoe is dit te meten?
8	2	Wat zijn de succesfactoren van effectieve en efficiënte samenwerking met (veel) verschillende disciplines in de wijk voor samenhangende, integrale zorg? Welke rol en verantwoordelijkheden zijn daarin weggelegd voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden? En welke voor andere disciplines? Welke expertise hebben wijkverpleegkundigen en verzorgenden hier bij nodig?

5	3	Wat zijn de voor wijkverpleegkundigen beïnvloedbare elementen in de samenwerking met andere disciplines en sectoren -in het bijzonder in de samenwerking met de huisartsenzorg, het sociale domein en informele zorg- in de zorg voor individuele cliënten en in bevordering van gezondheid in de wijk.
	4	Hoe kunnen good practises van samenwerking in de wijk gebundeld en verspreid worden.
	5	Wat is nodig om samenwerking in de wijk goed te organiseren?
	6	Wat zorgt ervoor dat mensen met een complexe zorgvraag of woonsituatie niet tussen wal en schip vallen maar zorg op de juiste tijd, plaats en van goede kwaliteit krijgen?
	7	Wat betekent goede interdisciplinaire afstemming bij advanced care planning in de zorg thuis, en met welke interventies kan dit bereikt worden?
6	8	Wat bepaalt de ontwikkeling en uitvoering van integrale zorg en ondersteuning voor cliënten: afstemming tussen sociaal domein en wijkverpleging; Wmo en ZvW
	<b>III</b>	<b>Optimale teamsamenstelling (en functioneren team)</b>
	1a	Wat is een optimale en minimale samenstelling van het team verpleging en verzorging in de wijk in termen van fte's, functies, deskundigheidsniveaus, specialisaties in relatie tot 1) kenmerken van de populatie in betreffende wijk, 2) de zorgvraag of caseload nu en voorspeld voor de toekomst, 3) de mate van zelfsturing van het team en 4) andere kenmerken zoals de krapte op de arbeidsmarkt, de aanwezigheid van andere thuiszorgorganisaties in de wijk.
	1b	Met welke regel(s) bepaal je vervolgens op eenvoudige wijze welke teamsamenstelling in de praktijk (in een gegeven situatie) wenselijk is.
	2	Wat bepaalt dat en hoe alle (CanMEDS) rollen tot hun recht komen -bij individuele zorgverleners, bij het team- ?
	3	Wat is het effect van verschillende mixen van functies en deskundigheidsniveaus in teams verpleging en verzorging in de wijk op de kwaliteit van zorg die cliënten ontvangen en op uitkomsten van zorg?
	4	Welke waarde heeft de inzet van helpenden, niveau 2, in de wijkverpleging. Of is de inzet van deze functie niet meer nodig?
	5a	Wat zijn de best passende positie, rol en verantwoordelijkheden van de wijkverpleegkundige, liggen die in het team verpleging en verzorging of daarbuiten?

	5b	Wat geldt in dit kader specifiek voor de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de zorg voor cliënten? Welke structuur en werkwijze zijn nodig om inhoudelijk eindverantwoordelijk te zijn zonder zelf de (hele) uitvoering te hoeven doen.?
	6	Wat kunnen wijkverpleegkundigen doen om het functioneren van het team positief te beïnvloeden? Welke interventies en of hulpmiddelen zijn bruikbaar?
	7	Wat zijn de effecten van zelfsturende teams op de kwaliteit van zorg en zorguitkomsten bij cliënten? En wat zijn de effecten op de professionele ontwikkeling en arbeidstevredenheid van wijkverpleegkundigen en verzorgenden?
6	8	Door welke interventies kunnen middelbaar en lager opgeleiden groeien in deskundigheid om het hoofd te bieden aan de veranderende taken en eisen in de wijkverpleging? Wat kunnen wijkverpleegkundige bijdragen aan de deskundigheidsbevordering van verzorgenden? Welke interventies en of hulpmiddelen zijn daarin bruikbaar?
	9	Wat is de betekenis, de waarde van: een gezamenlijke visie(vorming) op bijvoorbeeld de toepassing van zelfmanagement en zelfredzaamheid; delen van kennis bijvoorbeeld over preventie; en samen leren op de werkvloer, voor het functioneren van het team verpleging en verzorging
	10	Wat zijn effectieve interventies om de continuïteit (van zorg bij de cliënt/in het team) te waarborgen bij de huidige personeelstekorten?
	<b>IV</b>	<b>Overdrachten</b>
	1	Wat zijn de kenmerken van een goede overdracht van cliëntinformatie van wijkverpleegkundige of verzorgende naar: een ander team, huisarts, ziekenhuis, verpleeghuis, en sociaal domein, en vice versa,?
	2	Welke tools, onder andere ICT, kunnen een goede, snelle en eenvoudige overdracht van cliëntinformatie bevorderen? En hoe kunnen systemen die informatie over cliënten bevatten op elkaar afgestemd worden, te lezen zijn door meerdere disciplines?
	3	Wat is de invloed, het effect van een correcte en tijdige (informatie)overdracht op: de continuïteit van zorg (intra-muraal of thuis); een spoedig herstel thuis; het voorkomen van heropnames.
	<b>V</b>	<b>Eenduidige communicatie</b>

	1	Hoe kan in het team verpleging en verzorging één taal (met een mond) gesproken worden, met de cliënt en zijn zorgsysteem? En wat is de invloed van rapportage schriftelijk dan wel digitaal?
	2	Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren binnen het team verpleging en verzorging ten bate van de continuïteit van zorg en 'teamzaken' zonder (grote) administratieve lasten?
4	3	Wat is effectieve communicatie in de zorgketen (bv met huisarts, apotheek, ziekenhuis). Hoe organiseer en bevorder je deze communicatie?
	4	Wat is het ideale zorgplan in de zorg thuis: welke elementen bevat het minimaal; wie beheert het; hoe sluit het goed aan bij andere rapportage of classificatiesystemen?
	<b>VI</b>	<b>Continuïteit</b>
4	1	Wat zijn effectieve interventies om continuïteit van zorg bij een cliënt te waarborgen door een klein aantal wijkverpleegkundigen, verzorgenden in tijden van personeelskrapte?
5	2	Wat zijn effectieve stimuleringsmiddelen om wijkverpleegkundigen en verzorgenden voor het vak te behouden en hoe kunnen meer afgestudeerde studenten de wijkverpleging instromen? Hoe maken we werken in de wijk aantrekkelijk?
	3	
	4	Hoe kunnen wijkverpleegkundigen meer doelmatig werken, ook wanneer er weinig ruimte wordt ervaren om dit te doen vanuit de zorgverzekeraar en hoe ga je hierover met elkaar in gesprek?
	<b>VII</b>	<b>Wet- en regelgeving</b>
7	1	Welke interventies zijn bruikbaar bij het verkleinen van de grijze gebieden in en tussen verschillende wetten (ZvW, Wlz, Wmo) bij het indiceren en organiseren, uitvoeren van zorg?
	2	Wat zijn bevorderende factoren in de afstemming tussen financieringsstromen uit verschillende wet- en regelgeving ten bate van continuïteit van zorg? Hoe kan deze afstemming structureel gemaakt worden?

SCORE		BEROEPSONTWIKKELING
	<b>I</b>	<b>Leiderschap</b>
	1	Wat maakt goed verpleegkundig leiderschap in de wijkverpleging? Wat zijn verschillende typen leiderschap, wat de kenmerken, wat bevorderende factoren?
	2	Wat is het effect van verpleegkundig leiderschap op het functioneren en de zelfsturing van het team verpleging en verzorging in de wijk?
3	3 en 6	Wat is het effect van verpleegkundig leiderschap op de kwaliteit van zorg thuis en zorguitkomsten zoals kwaliteit van leven (op het niveau van de cliënt)?
	4	Wat is het effect van verpleegkundig leiderschap op arbeidstevredenheid?
	5	Laten de leden van zelfsturende teams meer verpleegkundig leiderschap zien dan in niet zelfsturende teams?
4	6	Wat is de relatie tussen verpleegkundig leiderschap en samenwerking. Zorgt verpleegkundig leiderschap voor betere samenwerking met andere disciplines?
	<b>II</b>	<b>Identiteit</b>
	1	Wat is de waarde van wijkverpleegkundige zorg: voor cliënten, maatschappelijk en financieel? Deze meetbaar maken en communiceren (staat ook al elders)
2	2	Wat is nodig om het werk in de wijkverpleging onder (aanstaande) studenten en al gediplomeerden (elders werkzaam of herintredend) positief voor het voetlicht te brengen?
	3	Met welke interventies kan de autonomie van de wijkverpleegkundige (verder) onderbouwd worden ? Wetenschappelijk en organisatorisch.
	<b>III</b>	<b>Lerende professional, vakbekwaamheid</b>
11	1	Wat zijn effectieve interventies /strategieën om op de werkvloer, op gestructureerde niet vrijblijvende wijze, continu te leren? Welke vormen passen bij een lerende omgeving voor de wijkverpleging?

		Hoe kan met de uitkomsten van onderzoek naar continue leren en een lerende omgeving draagvlak en ruimte bij zorgorganisaties e.a. gecreëerd worden en budget georganiseerd worden?
	2	Welk percentage per 1 fte wijkverpleegkundige / verzorgende in de wijk zou beschikbaar moeten zijn om te kunnen leren?
	3	Wat zijn de effecten van continue leren op de werkvloer op de kwaliteit van zorg?
5	4	Welke zelftesten zijn geschikt om de actuele kennis en vaardigheden van wijkverpleegkundigen en verzorgenden te toetsen? Hoe kunnen de testen toegepast worden? Indien deze ontbreken een zelftest ontwikkelen.
	5	Kan er aan de hand van het expertisegebied van de wijkverpleegkundige, opleidingsprofiel verpleegkunde 2020 en de kwalificatiedossiers mbo verpleegkundige en verzorgende, een breed (bij)scholingsaanbod met bijhorend budget ontwikkeld worden voor de wijkverpleging?
	<b>IV</b>	<b>Kennisontwikkeling, verpleegkundig onderzoek</b>
9	1	Hoe kan kennis uit afgerond (verpleegkundig) onderzoek gebundeld en overzichtelijk centraal beschikbaar komen voor de wijkverpleging?
	2	Hoe kan kennis over verpleegkundige zorg uit de klinische setting toepasbaar gemaakt worden voor de zorg thuis?
	3	Onderzoek naar wijkverpleegkundige zorg voor kwetsbare ouderen: omgaan met de geriatrische reuzen in de zorg thuis; lang thuis wonen;...
	<b>V</b>	<b>Innovatie</b>
	1	Innovatie, een overzichtsstudie naar: beschikbare innovaties in de zorg thuis; hun bruikbaarheid (voor bepaalde doelgroepen); hun wetenschappelijke onderbouwing; de vindplaatsen van innovaties.
5	2	Hoe kunnen zorginnovaties in de wijkverpleging het beste getest en geïmplementeerd worden?
	3	Wat is de waarde van een gespecialiseerde 'innovatie verpleegkundige' als mogelijk nieuwe functie in de thuiszorgorganisatie?
	<b>VI</b>	<b>Verspreiding en gebruik van kennis</b>

	1a	In welke vorm -platform, netwerk, social media- kan kennis van belang voor de wijkverpleging het best (gedo-seerd) verspreid en gedeeld worden? Landelijk, regionaal, in de zorgorganisatie en in en tussen teams verpleging en verzorging in de wijk. Hoe kunnen wijkverpleegkundigen en verzorgenden vervolgens deelnemen in deze kanalen?
	1b	
	2	Hoe kan kennis (individueel, in het team, in de organisatie) actueel gehouden worden?
4	3	Wat zijn slimme en effectieve interventies om richtlijnen voor de wijkverpleging te verspreiden en te implementeren, zodat het gebruik ervan toeneemt?
	<b>VII</b>	<b>WIJKGERICHT WERKEN</b>
	1	Wat zijn de effecten van wijkgericht werken in termen van kosten en opbrengsten (letterlijk en figuurlijk / ob-jectief en subjectief)?
	2	Welke tools zijn beschikbaar voor wijkgericht werken en kunnen meer tools ontwikkeld worden?
14	3	Een landelijke beroepsrichtlijn ontwikkelen. Met welke effectieve interventies en met welke financiering zou wijkgerichte preventie (los van individuele zorgvragen) uitgevoerd moeten worden?
4	4	Waarom, hoe en met welke rol en verantwoordelijkheden voor de wijkverpleegkundige, kunnen preventiepro-jecten in de wijk gestart worden?
	5	Wat bevordert de zichtbaarheid van de wijkverpleegkundige in de wijk?



## Referenties

1. Weggeman, M. (2004) *Kennismanagement in de praktijk*. Schiedam: Scriptum.
2. Munten, G. (2016). EBP gebruiken in de dagelijkse praktijk. Maak het waar! In G. Munten, J. Verhoef & C. Kuiper (red). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming* (pp. 223-243). Amsterdam: Boom.
3. Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2017). Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.
4. Brockmöller, A., Sanders, G., & Weggeman, M. (2011). *In goed gezelschap: de sleutel tot succesvolle meester-gezel relaties in de praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum
5. Muller-Staub, M., Needham. I., Odenbreit, M., Lavin.MA & Van Achterberg, T. (2007). Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, Vol 18, (1);5-7.
6. Bleijenberg, N., ten Dam, H., Drubbel, I., Numans, M., de Wit, N., & Schuurmans, M. (2016). Is het proactieve zorgprogramma voor kwetsbare ouderen uitgevoerd zoals gepland? *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 14(4), 17-20.
7. Walburg, J. (2006). The learning organisation in the health care sector. In J. Walburg, H. Bevan, J. Wilderspin & K. Lemmens (eds.), *Performance Management in Health Care* (pp. 9-37). London/New York:Routledge.
8. Brekelmans, G.A. (2015). Professionalisering en ethische en juridische aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening. In J.A.M. Kerstens (*Theoretisch kader voor de verpleegkundige beroepsuitoefening* (pp. 185-192) Houten:Bohn Stafleu Van Loghum Springer Media.
9. Stoeldraijer L, van Duin C, Huisman C, Bevolkingsprognose 2017-2060: 18,4 miljoen inwoners in 2060. CBS december 2017.
10. De zorgagenda voor een gezonde samenleving. 2017. Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving
11. RIVM VTV 2018 Trendscenario Levensverwachting <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
12. Bijl R, Boelhouwer J, Wennekers A. (2017) SCP, de Sociale staat van Nederland. H7 Gezondheid en zorg.
13. Van Campen C, Iedema J, Vroese van Groenou M, Deeg D. (2017) Langer Zelfstandig. Sociaal Cultureel Planbureau.
14. RIVM VTV 2018 Trendscenario Gezondheid, <https://www.vtv2018.nl/gezondheid>

15. RIVM VTV 2018 Trendscenario Aandoeningen, <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>
16. Flinterman, L. E., Nielen, M. M. J., Kroneman, M., & Verheij, R. A. (2017). NIVEL Zorgregistraties eerste lijn: Contacten met de huisartsenpraktijk [internet]. Utrecht: NIVEL, 2017.
17. Flinterman, L., Korevaar, J., & Bakker, D. D. (2016). Monitor: zorggebruik in de huisartspraktijk. Impact van beleidsmaatregelen op het zorggebruik van oudere patiënten. <https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/ZK-kennisbank-NIVEL-monitor-zorggebruik-in-de-huisartsenpraktijk-4669.pdf>
18. CBS, 2017 Kwaliteit van leven in Nederland ISBN 978-90-357-2357-3 . <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2017/50/kwaliteit-van-leven-in-nederland>
19. RIVM VTV 2018 Trendscenario zorguitgaven 2018. <https://www.vtv2018.nl/zorg-uitgaven>
20. brief TK juni2017 VWS <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/06/08/kamerbrief-over-hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-2018>
21. Hoofdlijnen akkoord wijkverpleging juni 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/06/hoofdlijnenakkoord-wijkverpleging-ondertekend>
22. RIVM Trendscenario Verschillen, <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>
23. Taskforce VWS 2018 rapport De Juiste zorg op de Juiste plek. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
24. VWS brief TK, 2013 Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst. [https://www.eerstekamer.nl/overig/20130425/hervorming\\_van\\_de\\_langdurige/meta](https://www.eerstekamer.nl/overig/20130425/hervorming_van_de_langdurige/meta)
25. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. (2010) Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
26. Heft in eigen hand: zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen. (2017) Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
27. Kaljouw, van Vliet (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.
28. Kervezee. (2016) Anders kijken, anders leren, anders doen; Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk.
29. Bloemendaal I, Essen G, van, Kramer S, Windt W, van der. Kiwa Nederland & CAOP. (2015) Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen. 2015 - 2019.
30. Arbeidsmarktagenda 2023: aan het werk voor ouderen. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/07/12/arbeidsmarktagenda-2023>

31. van Iersel 2017, van Iersel, M., Latour, C. H., De Vos, R., Kirschner, P. A., & op Reimer, W. J. S. (2018). Perceptions of community care and placement preferences in first-year nursing students: A multicentre, cross-sectional study. *Nurse education today*, 60, 92-97.
32. Bleijenberg, N, Jansen MGM, Schuurmans MJ. (2012). Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people-A longitudinal cohort study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(2), 1.
33. VWS brief TK, bestuurlijk akkoord wijkverpleging Bouwen aan kwaliteit juni 2017 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2017/06/28/bestuurlijk-akkoord-wijkverpleging-2018-`bouwen-aan-kwaliteit>
34. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343, d4163.
35. VWS brief TK Preventie. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/20/kamerbrief-over-voortgang-nationaal-preventieakkoord-en-algemeen-overleg-17-mei-2018>
36. Schuurmans MJ, Lambregts J, Grotendorst A. (2012) Bachelor Nursing 2020. Opleidingsprofiel verpleegkundige.
37. van Houwelingen, C. T. M. (2018). Telehealth Competence in Nursing: Enhancing Skills and Practice in Providing Care Remotely.
38. Nederlandse Zorgautoriteit. Plan van aanpak. Doorontwikkeling bekostigingsmodel wijkverpleging. 2016 - 2019. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/wijkverpleging/bekostiging-wijkverpleging>
39. Bont M, de, Haaren E, van, Rosendal H, Wigboldus M. V&VN. Expertisegebied wijkverpleegkundige. 2012.
40. Kwaliteitskader Wijkverpleging – stuurgroep kwaliteitskader wijkverpleging, 2018. <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/overige-onderwerpen/kwaliteitskader-wijkverpleging>
41. Vektis Wijkverpleging, publicatiedatum 8 juli 2018, <https://www.zorgprismapublicatie.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>
42. Centraal Bureau voor de Statistiek. (CBS). Prognose bevolking kerncijfers 2014-2060. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?vw=t&dm=slnl&pa=82683ned>.
43. Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW). Branche rapportage VVT feb, 2017.
44. Florence Nightingale Instituut, website, <https://www.fni.nl/verplegen-in-de-wijk>
45. Van der Boom H. Home nursing in Europe: patterns of professionals and Institutionalisation of home Care and Family Care to Elderly People in Denmark, France, the Netherlands and Germany. Thesis 2008.
46. BMC, 2012 Wijkverpleegkundige is goed voor klant en portemonnee. [https://www.zonmw.nl/uploads/tx\\_vipublicaties/Factsheet\\_BMC\\_02.pdf](https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Factsheet_BMC_02.pdf)

47. A.P. Nieboer, F. Lötters, J.M. Cramm, 2013. De wijkverpleegkundige als Zichtbare schakel in de wijk in Rotterdam, [https://www.zonmw.nl/uploads/tx\\_vipublicaties/De\\_wijkverpleegkundige\\_als\\_Zichtbare\\_schakel\\_in\\_de\\_wijk\\_in\\_Rotterdam\\_1mrt13\\_01.pdf](https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/De_wijkverpleegkundige_als_Zichtbare_schakel_in_de_wijk_in_Rotterdam_1mrt13_01.pdf)
48. Verkleij KAM, Francke AL. 2017. Landelijke monitor en evaluatie van leernetwerken wijkverpleging, rapportage over de periode eind 2015 tot medio 2017, Utrecht, NIVEL, [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/landelijke\\_monitor\\_evaluatie\\_leernetwerken\\_wijkverpleging.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/landelijke_monitor_evaluatie_leernetwerken_wijkverpleging.pdf)
49. Beaudet, N., Richard, L., Gendron, S. & Boisvert, N. (2011). Advancing Population-Based- Health-Promotion and Prevention Practice in Community-Health Nursing. Key conditions for Change. Advances in Nursing Science.
50. Wolbers, I., Lalleman, P.L.C., Bleijenberg, N. (2018). Evaluatie van het ambassadeurstraject voor de wijkverpleegkundige: NIEUWE LEIDERS IN DE WIJK?!
51. V&VN (2014). Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, [https://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=TOP1d8dPT\\_E%3d&portalid=1](https://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=TOP1d8dPT_E%3d&portalid=1)
52. Hoeijmakers, M, 2014. Samenwerking wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam. Handreikingen voor lokale invulling, [https://www.zonmw.nl/uploads/tx\\_vipublicaties/014\\_038\\_ZS\\_RAPPORT\\_2014\\_DEF\\_WEB\\_.pdf](https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/014_038_ZS_RAPPORT_2014_DEF_WEB_.pdf)
53. VWS (2018). Brief Onderhandelaarsakkoord wijkverpleging, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/24/onderhandelaarsakkoord-wijkverpleging-2019-t-m-2022>
54. VWS brief TK, bestuurlijk akkoord wijkverpleging Bouwen aan kwaliteit juni 2017, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2017/06/28/bestuurlijk-akkoord-wijkverpleging-2018-`bouwen-aan-kwaliteit>
55. Ontwikkelagenda Wijkverpleging 2017-2019 (2017) VWS, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2017/06/28/ontwikkelagenda-wijkverpleging-2017-2019>
56. Iersel M van, Zandvliet J. Aandacht voor de wijk in de opleidingen hbo-verpleegkunde: inventarisatie van interventies. Den Haag: ZonMw; 2018
57. Verkaik, R., Francke, A., Wagner, C., van Oostveen, C. J., & Vermeulen, H. (2016). Projectrapportage: Witte vlekken analyse van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland.
58. Kieft, 2015. Kernset patiëntproblemen versie 1 V&VN. Samenvatting onderzoek. De meest voorkomende patiëntproblemen en de ervaring mate van invloed op het voorkomen of verminderen van patiëntproblemen, [https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Nationale%20Kernset/Documenten/20160119\\_Het%20verpleegkundig%20en%20verzorgend%20domein.pdf](https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Nationale%20Kernset/Documenten/20160119_Het%20verpleegkundig%20en%20verzorgend%20domein.pdf)
59. Geense, W., Koppelaar, E., Rosendal, H., van den Sande, R., & de Bont, M. (2013). Wijkverpleegkundige richtlijnen.

60. Excellente Zorg V&VN, website, <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Excellente%20Zorg/Leiderschap/Kenmerken%20van%20een%20excel-lente%20werkomgeving.pdf?ver=2017-09-07-134307-507>
61. Methodiek ZonMw checklist kennisagenda's, [https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/afbeeldingen/Participatie/ZonMw\\_checklist\\_kennisagenda3.pdf](https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/afbeeldingen/Participatie/ZonMw_checklist_kennisagenda3.pdf)