Kennisagenda Preventie en Zorg Thuis

door verpleegkundigen en verzorgenden

oktober 2014

Drie Academische Werkplaatsen Thuiszorg bundelen kennis en ervaring

Jenine Bijker
Marina Theeuwen
Monique Mensen
Anja van der Meulen
Ruth de Jongh
Jacomine de Lange
Arie Dijkstra
Carolien Smits
Margriet de Boer
Tommy Visscher

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

Inleiding 6

Waarom deze kennisagenda? 7

Totstandkoming en inhoud van deze kennisagenda 7

Leeswijzer 8

Definities 9

Thema A: Regie bij de cliënt 11

Doelen van cliënt staan centraal 13

Aandacht voor gezond gedrag 14

Verbeteren zelfredzaamheid 14

Technologie ter ondersteuning van de eigen regie 14

Samenwerken met de mantelzorger en persoonlijke netwerk 15

Ethische vraagstukken/professionele verantwoordelijkheid 15

Thema B: Integraal werken aan zorg en preventie 17

Hoe kunnen de curatieve en de preventieve rol met elkaar worden verbonden? 18

Versterken van kennis over preventie van psychische problemen en overmatig alcoholgebruik 19

Leefstijl bevorderen van zorgverleners zelf 19

Behoefte aan kennis en vaardigheden over preventie 20

Zichtbaar maken van resultaten van interventies 20

Thema C: Wijkgericht werken aan preventie en zorg 22

Preventie en zorg: individueel en populatiegericht 23

Samenwerking in de wijk 24

Verbinden van formele en informele zorg in de wijk 25

Ervaringen met wijkgericht werken 25

Thema D: Rollen van verpleegkundigen en verzorgenden 27

Generalisten versus specialisten 28

Hoe de zorg te verbeteren? 28

Omslag in nieuwe manier van zorg verlenen 29

Spanningsveld tussen competentieprofielen en persoonlijke talenten 29

Discussie 32

Conclusie 34

Kennisagenda: actueel en levendig 36

Kennisagenda preventie en zorg thuis: een gedeelde ambitie 38

Kennisvragen: uitklappagina 51

Samenvatting

Binnen drie Academische Werkplaatsen Thuiszorg van ZonMw is de afgelopen jaren veel kennis en ervaring opgedaan over de rol van de thuiszorg bij preventie binnen ketenzorg van chronische ziekten. Middels de Academische Werkplaats Thuiszorg (AWT) werkwijze, dat wil zeggen uitwisseling tussen beleid, onderzoek, onderwijs en praktijk (BOOP), zijn vele verpleegkundigen, verzorgenden en welzijnsprofessionals geprofessionaliseerd. Door het doen van onderzoek en het uitwisselen van expertise zijn ook nieuwe vragen ontstaan.

Doelen

Doel van de kennisagenda die voor u ligt is om, in opdracht van ZonMw, inzicht te geven in:

- kennis die is opgedaan op het terrein van preventie en zorg thuis;
- de mate waarin die kennis breed wordt toegepast, of juist nog te weinig wordt toegepast;
- kennis die nodig is om de thuiszorg nog verder te professionaliseren op het terrein van preventie in de zorg.

En daarnaast:

- inzicht te verschaffen in de AWT-werkwijze;
- het draagvlak te inventariseren voor een doorlopende kennisagenda en manieren bespreken om een kennisagenda langdurig actueel te houden.

Methoden

De drie werkplaatsen hebben tussen december 2013 en maart 2014 de krachten gebundeld en via het netwerk belangrijke partners lokaal en nationaal geïnterviewd en uitgenodigd voor focusgroepen. Interviews en focusgroepen zijn geanalyseerd. Uit de analyses zijn kernthema's geabstraheerd tijdens bijeenkomsten van de drie Academische werkplaatsen. De kernthema's zijn vervolgens voorgelegd aan een landelijk netwerkoverleg.

Door gebruik te maken van de AWT-werkwijze en snel te schakelen met de achterban is deze kennisagenda in vier maanden tijd ontwikkeld.

Resultaten

Vier thema's komen naar voren die bij uitstek van belang zijn om de thuiszorg verder te professionaliseren bij het verbinden van preventie in de zorg:

a Regie bij de cliënt
b Integraal werken aan preventie en zorg
c Wijkgericht werken aan preventie en zorg
d De rollen van verpleegkundigen, verzorgenden

Kennisvragen op deze thema's betreffen veelal deze drie aspecten:

1. Professionaliseren: de noodzaak om competenties te verbeteren bij professionals die al werkzaam zijn binnen de verpleegkunde of de welzijnssector, maar ook bij huidige studenten.
2. De intersectorale samenwerking als essentieel onderdeel van zorg en welzijn nieuwe stijl.
3. De organisatorische en randvoorwaarden die nodig zijn om nieuwe kennis te ontwikkelen en tot uitvoer te laten komen in de praktijk.

De kennisagenda presenteert de vier thema's en drie aspecten aan de hand van:

- kennis die wel aanwezig is, maar nog onvoldoende wordt geïmplementeerd in de praktijk;
- nieuwe kennis die nog moet worden ontwikkeld door praktijkgericht onderzoek.

Conclusies en aanbevelingen

De afgelopen jaren is binnen de drie Academische Werkplaatsen Thuiszorg en bij lokale en nationale partners veel kennis ontwikkeld over de rol van preventie bij de aanpak van chronische ziekten. Slechts een beperkt deel van de bestaande kennis, instrumenten en methodieken heeft de verpleegkundigen en verzorgenden bereikt. In de praktijk blijkt er nog te weinig ruimte of wordt er te weinig ruimte ervaren om deze nieuwe kennis ook daadwerkelijk toe te passen. Men ervaart de veranderingen in zorg en welzijn als zeer groot. Het ontbreekt veelal aan kennis en vaardigheden, maar ook aan geschikte organisatiestructuren om veranderingen grootschalig in te zetten. Binnen projecten die liepen onder de vlag van de Academische Werkplaatsen is wel degelijk veel ervaring opgedaan met ontwikkelde kennis, instrumenten en methodieken op het gebied van preventie en zorg. De afgelopen vier maanden is bovendien samen met de lokale en nationale partners veel inzicht verkregen in de kennis die nodig is om nieuwe kennis en ervaringen breed te implementeren.

Aanbevolen wordt om:

- aandacht te besteden aan de implementatie van deze kennis op een wijze die aansluit bij de belevingswereld van verpleegkundigen en verzorgenden en de ruimte die zij ervaren in hun professionele handelen;
- ruimte te creëren voor implementatie van nieuwe inzichten door verpleegkundigen en verzorgenden.

Kennis over shared decision making (gezamenlijke besluitvorming) en interdisciplinair werken tussen zorg en welzijn moet gaan plaatsvinden bij zowel de huidige professionals als bij de bestaande reguliere opleidingen.

Hoewel het lastig is om prioriteiten aan te geven binnen zo'n breed thema als preventie, zijn de drie AWT's met hun lokale en nationale netwerken tot de volgende onderzoeksprioriteiten gekomen:

- Welke competenties hebben verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg nodig om cliënten te ondersteunen bij het nemen van eigen regie?
- Hoe kan bereikt worden dat competenties benodigd om cliënten te ondersteunen bij het nemen van eigen regie toegepast worden in de praktijk van de thuiszorg?
- Welke effecten heeft het toepassen van deze competenties op de eigen regie van de cliënt ten aanzien van het eigen gezond gedrag?
- Hoe kunnen technologie en e-health ingezet worden bij het ondersteunen van cliënten en mantelzorgers bij het bevorderen van gezond gedrag, zelfmanagement en eigen regie van cliënten in de thuissituatie?
- Wat zijn de effecten van de inzet van e-health en technologie bij het bevorderen van gezond gedrag, zelfmanagement en eigen regie van cliënten en mantelzorgers in de thuissituatie?
- Hoe kunnen bestaande best practices worden ingezet voor het bevorderen van het integraal werken aan zorg en preventie?
- Wat is de meerwaarde van integraal werken aan zorg en preventie voor:
  - verpleegkundigen, verzorgenden en welzijnsprofessionals;
  - organisaties;
  - gezond gedrag van burgers?
- Wat is het effect van integrale samenwerking van zorg- en welzijnsorganisaties op lokaal niveau op gezond gedrag van de cliënt en mantelzorgers?
- Hoe kunnen HBO- en MBO-opleidingen een rol spelen bij het scholen van toekomstige en huidige verpleegkundigen en verzorgenden, zodat ze met hun competenties aansluiten bij de verwachtingen ten aanzien van zorg en preventie thuis?

Voor het voortbestaan van de kennisagenda, ofwel het vasthouden van aandacht voor preventie en zorg thuis, worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Om de sterk veranderende kennis te kunnen monitoren en de sterk veranderende behoefte om kennis te implementeren en nieuwe kennis te generen, is het van belang om de kennisagenda te beschouwen als een doorlopend, voortdurende agenda. Door te investeren in de kennisvragen met de hoogste prioriteit verschuift ook de inhoud van deze kennisagenda.
- Bij het actueel houden van de kennisagenda is het belangrijk om de AWT-werkwijze toe te passen.
- Om te voorkomen dat de eindverantwoordelijkheid voor de kennisagenda op deze manier versnipperd raakt, is het aan te bevelen om de taken en verantwoordelijkheden duidelijk te omschrijven en een jaarlijkse voortgangsmonitor in te stellen.

Inleiding

Voor u ligt de Kennisagenda Preventie en Zorg Thuis door verpleegkundigen en verzorgenden. De oorsprong van deze agenda ligt in het ZonMw-programma PreventieKracht Dicht bij Huis. Het programma PreventieKracht Dicht bij Huis (2010-2012) had als doel het stimuleren van goede lokale preventie en gezondheidsbevordering en de samenwerking hierin van partijen als thuiszorgorganisaties, GGD en ggz- instellingen. Binnen dit programma zijn de afgelopen jaren drie Academische Werkplaatsen Thuiszorg (AWT) actief geweest op het terrein van preventie en zorg thuis. Door de uitwisseling tussen beleid, onderzoek, onderwijs en praktijk (BOOP) is veel kennis en ervaring opgedaan over de rol van de thuiszorg bij preventie binnen ketenzorg van chronische ziekten, op het terrein van onnodig zorggebruik, gezamenlijke besluitvorming en bevordering van sociale participatie van cliënten en mantelzorgers.

Waarom deze kennisagenda?

Uit de evaluatie van het programma PreventieKracht Dicht bij Huis (Van Rooijen, e.a. 2014) blijkt dat er flinke slagen zijn gemaakt. Aanbevelingen in het evaluatierapport van PreventieKracht Dicht bij Huis zijn:

- Nog sterker inzetten op standaardisering van veelgebruikte interventies en deze op effect onderzoeken.

- Voor een daadwerkelijk wijkgericht en doelgroepgericht werken, komen de huidige interventies nog onvoldoende tegemoet aan de complexiteit van het wijkgericht werken.

ZonMw heeft vervolgens de drie AWT's gevraagd om hun krachten en expertise te bundelen en een landelijke Kennisagenda Preventie en Zorg Thuis op te stellen. De AWT's hebben een grote slagkracht waardoor het mogelijk was om in korte tijd (vier maanden) deze kennisagenda op te stellen met input van landelijke experts en verpleegkundigen en verzorgenden. De weerslag hiervan kunt u lezen in de volgende hoofdstukken.

Doel van het gezamenlijke onderzoek van de drie AWT's was tweeledig:

I Ontwikkelen van een kennisagenda waaruit inzichtelijk wordt welke kennis nodig is om het werken aan preventie en zorg thuis te kunnen versterken. Een kennisagenda geeft richting aan de ontwikkeling en toepassing van kennis voor het maken van inhoudelijke keuzes en de inzet van mensen en middelen. Deze kennisagenda benoemt de onderwerpen met kennisvragen die belangrijk zijn voor een betere invulling van preventie en zorg thuis.

II Een voorstel te doen voor een manier om de kennisagenda blijvend door te ontwikkelen op basis van het bestaande draagvlak en mogelijkheden en aangrijpingspunten die er blijken te zijn binnen de praktijk, het beleids, kennis- en onderzoeksveld.

Totstandkoming en inhoud van deze kennisagenda

Deze kennisagenda is tot stand gekomen door het bundelen van de aanwezige kennis en ervaring van de drie AWT's (zie omslag) volgens de hen vertrouwde academische werkplaats-werkwijze: middels gedegen onderzoek zijn kennisvragen gearticuleerd vanuit de praktijk, door gebruikmaking van de lokale en nationale netwerken. We hebben hiervoor gebruikgemaakt van de aanwezige kennis en ervaring van de AWT's, de regionale achterban van de werkplaatsen, verschillende landelijke experts, programma's en instellingen gericht op preventie.

Door middel van semigestructureerde interviews en groepsgesprekken zijn de ervaren successen, leemtes en knelpunten ten aanzien van preventie en zorg van de diverse betrokkenen in beeld gebracht. De uitkomsten van deze gesprekken zijn geanalyseerd en gecategoriseerd in vier hoofdthema's. Deze zijn teruggegeven aan de experts. De reflectie van de experts is verwerkt in de thema's en op basis hiervan zijn kennisvragen geformuleerd.

Bij elke kennisvraag is aangegeven of het een vraag is met betrekking tot professionalisering, intersectorale samenwerking of organisatorische aspecten/ randvoorwaarden.

Bij alle thema's maakten we de verbinding met relevante onderzoeken en beschikbare kennis die we in de quickscan zijn tegengekomen, de kwesties die het betreffende thema typeren en de daaruit voortvloeiende kennisvragen. De kennisagenda is géén kennissynthese van de onderzoeksliteratuur.
Het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden heeft in deze kennisagenda een nadrukkelijke rol gespeeld. Het beroepsprofiel van V&VN 2020 is hierin meegenomen. Het resultaat is bijgaande kennisagenda, waarover een groot aantal mensen met expertise op het gebied van preventie en zorg heeft meegedacht.

Leeswijzer

De kennisagenda begint met een introductie van de belangrijkste begrippen die na analyse van de data als kernthema's naar boven zijn gekomen:

- Thema A: Regie bij de cliënt
- Thema B: Integraal werken aan preventie en zorg
- Thema C: Wijkgericht werken aan preventie en zorg
- Thema D: De rollen van verpleegkundigen en verzorgenden

De belangrijkste uitdaging voor de verpleegkundigen en verzorgenden in preventie en zorg thuis is **regie bij de cliënt** (thema A). Dit vergt inzet van verpleegkundigen op twee terreinen, namelijk **integraal werken aan zorg en preventie** (thema B) en **wijkgericht werken aan zorg en preventie** (thema C). De impact die cliëntgerichte aanpak van preventie en zorg thuis heeft op **de rollen van verpleegkundige en verzorgende** wordt vervolgens beschreven in thema D.

Na de beschrijving van de kennisvragen binnen deze thema's gaan we in op de vraag hoe de verdere ontwikkeling van deze kennisagenda vorm kan krijgen.

Definities

Tijdens het tot stand komen van de kennisagenda werd duidelijk dat belangrijke begrippen zoals ‘preventie’, ‘eigen regie’ en ‘zelfmanagement’ inhoudelijk verschillend worden gebruikt. Gezien de complexiteit van het onderwerp is dit niet vreemd. De begrippen worden hier uitgelegd om duidelijkheid te verschaffen over de betekenis die de schrijvers van deze agenda aan deze begrippen geven.

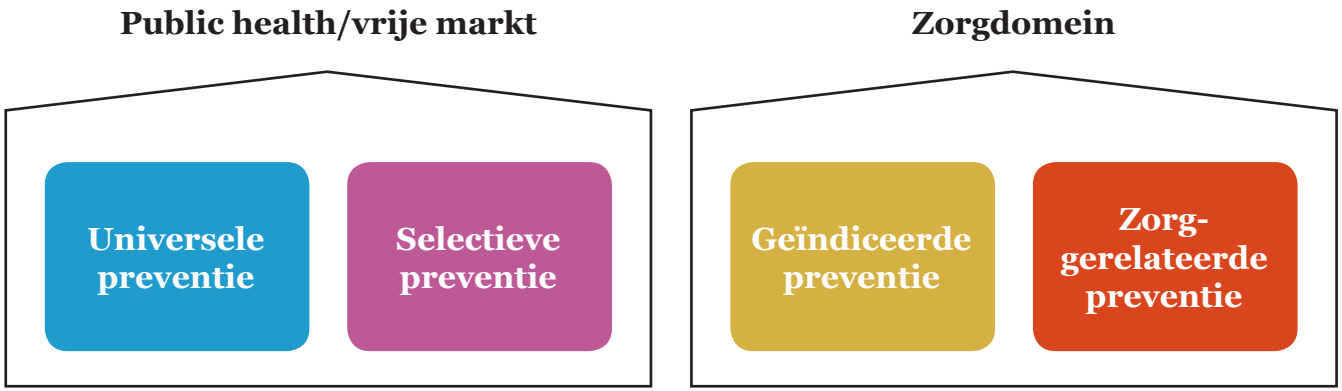
Wat zijn kennisvragen?

Met kennisvragen worden vragen bedoeld die in de wetenschap, praktijk en het beleid leven en waar nog onvoldoende antwoord op gevonden is of waarvan gebleken is dat de antwoorden nog onvoldoende op het netvlies staan bij de zorgverleners.
Wat verstaan we onder gezondheid?
Binnen deze kennisagenda wordt de positieve benadering van gezondheid gebruikt. Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber, 2013). Bij deze benadering staat niet de aandoening (of de afwezigheid daarvan) centraal, maar het aanpassingsvermogen van personen en het vermogen tot zelfmanagement, wanneer men te maken krijgt met problemen en uitdagingen op sociaal, lichamelijk en emotioneel gebied.

Wat verstaan we onder preventie en zorg thuis?

ZonMw beschrijft preventie als ‘het nemen van maatregelen of het uitvoeren van interventies met als doel de gezondheid te bevorderen en ziekten of gezondheidsproblemen te voorkomen dan wel uit te stellen en zodoende gezondheidswinst te bereiken’ (Koopmans e.a., 2012).

Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid wat betreft gezond gedrag. Zelfmanagement, zelfregie of empowerment staat steeds meer centraal. Om dit te bereiken is het belangrijk om gezond gedrag te bevorderen. Medewerkers vanuit de zorg thuis (in de wijk) hebben vaak langdurig vertrouwelijk contact met cliënten, burgers en mantelzorgers. Deze medewerkers hebben preventie vanuit het zorgdomein vaak voldoende op hun netvlies staan.



Vanuit het perspectief van zelfregie en zelfmanagement komt ook het bevorderen van gezond gedrag in de wijk naar voren (public health). Professionals in de zorg thuis zijn in de gelegenheid om in de bestaande contacten bewust aandacht te hebben voor (on) gezonde leefstijl. Zij kunnen interventies, die gericht zijn op gezondheidsbevordering, op maat inzetten. Deze interventies kunnen bijdragen aan het afwenden of uitstellen van een mogelijke zorgvraag en het versterken van de eigen regie van de cliënt.

Binnen deze kennisagenda staan zowel het bevorderen van individueel gezond gedrag in het kader van de zorg gerelateerde preventie (zorgdomein) als het bevorderen van gezond gedrag in de wijk centraal (public health) in de rollen van de verpleegkundige en verzorgende.

Riny van Lier (Actiz):

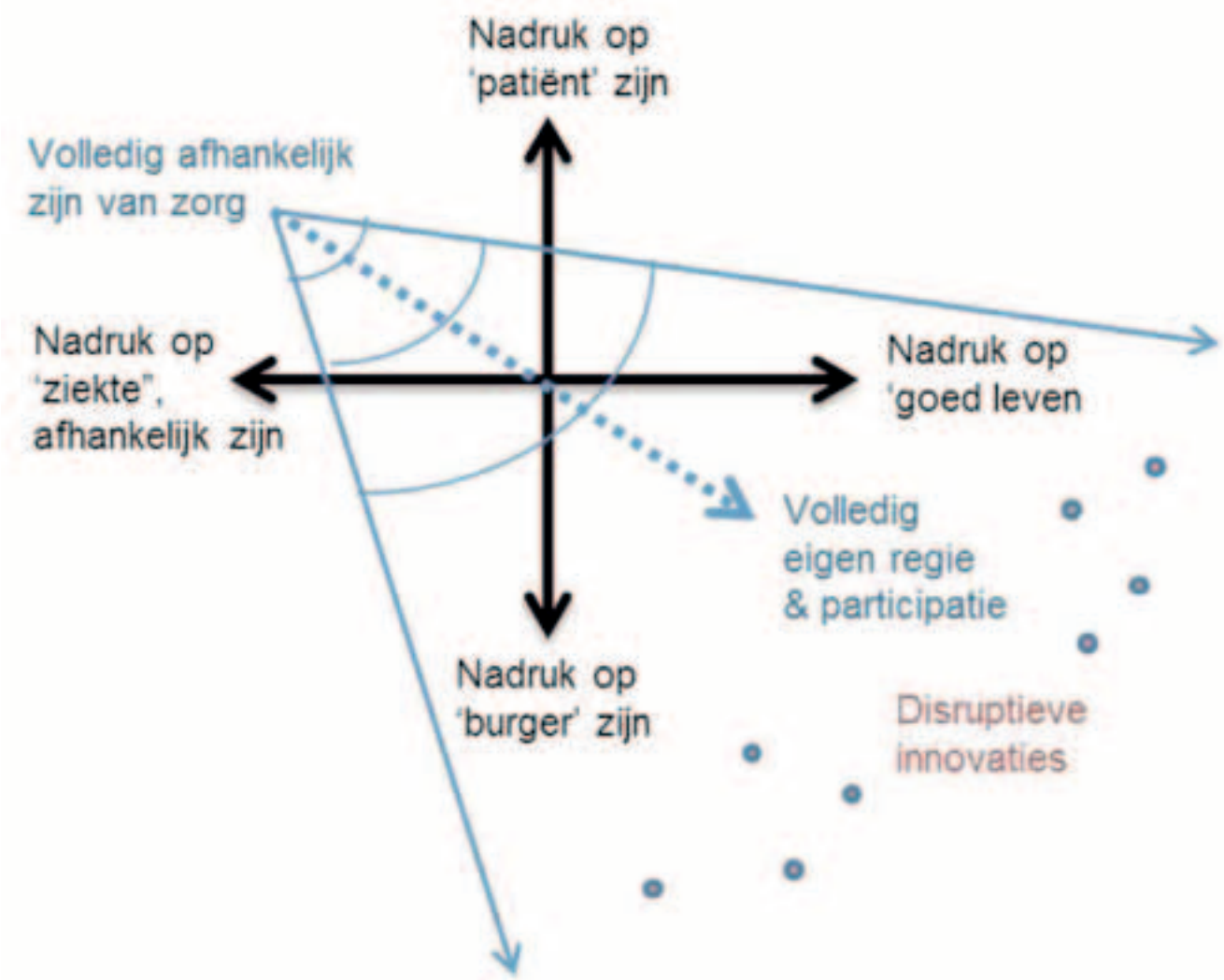
"Het sterke van de AWT's is dat het werkproces gestart wordt vanuit de vragen die leven in de praktijk!"

Marja van Bon (Trimbos Instituut):

"Een doel van de kennisagenda moet niet alleen zijn het genereren van kennis, maar ook de bestaande kennis beter benutten. Organisaties en mensen met elkaar in contact brengen, zodat zij gebruik kunnen maken van elkaars expertise op een onderwerp."

Thema A Regie bij de cliënt

In de huidige zorg (Zorgstandaard CVRM, 2013) en het huidige beleid rondom zorg (NPP, 2014) is, anders dan voorheen, een sterke focus op eigen regie. Eigen regie houdt in dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor gezond gedrag met als doel het bevorderen van participatie van burgers. De zorgverlener kan een rol spelen in zowel het bevorderen van gezond gedrag als het bevorderen van participatie. Er is een wens, noodzaak én mogelijkheid voor meer eigen regie die voor elk individu op maat wordt gemaakt en gedurende de hele levensloop aan de orde is. Op de juiste manier toegepast leidt eigen regie tot meer kwaliteit van leven, betere zorg, betere participatie van burgers, verhoogde arbeidsproductiviteit en kostenreductie.



De figuur hiernaastsymboliseert de beweging die in de zorg telkens gemaakt dient te worden. Burgers streven naar volledig eigen regie en worden door ziekte en andere tegenslag regelmatig 'teruggetrokken' naar afhankelijkheid van zorg en professionele ondersteuning. Het streven is om de beweging naar eigen regie zo veel mogelijk te ondersteunen voor zover de persoon dat wil en kan (stippellijn). Door ziekte en andere tegenslag wordt de burger telkens weer afhankelijker van zorg en ondersteuning, waarna de beweging in de richting van eigen regie en participatie opnieuw dient te worden ingezet (CBO, website).

Regie vanuit het perspectief van de cliënt:
Ieder mens moet in staat gesteld worden zijn eigen leven te leiden, eigen keuzes te maken en mee te doen in de samenleving. Dat iemand afhankelijk is van ondersteuning mag niet betekenen dat een ander invult wat iemand wil. Eigen regie strekt zich uit over alle levensterreinen, maatschappelijke rollen en relaties die iemand aangaat (Pol, 2012).

Regie vanuit het perspectief van competenties van de professional:
Werken aan zelfregie betekent dat je mensen ondersteunt bij het vinden van eigen hulpbronnen en eigen oplossingen. Het gaat erom dat mensen hun leven zelf bepalen en inrichten, ook op de momenten waarop ze begeleiding nodig hebben. De dialoog tussen de cliënt en mantelzorger met de professional staat centraal: het zoeken naar eigen beslissingen. Wat daarvoor nodig is, verschilt per situatie, per cliënt, voorkeur en prioriteit (Jukema & Van der Cingel in Vliet, van & Jukema , 2014).

Doelen van cliënt staan centraal

In de 'oude manier van zorgen voor' bepalen verpleegkundigen en verzorgenden wat goed is voor de cliënt. Goed zorgen voor een cliënt staat daarbij centraal. Er worden oplossingen gezocht voor problemen die de cliënt niet eens altijd ziet of niet belangrijk vindt. Nieuw sinds enkele jaren is het denken vanuit de eigen regie en mogelijkheden van mensen. De relatie tussen zorgverlener en cliënt kenmerkt zich door gelijkwaardigheid en is gericht op het 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'. Dit wordt onder andere ingevuld door ontwikkelingen als persoonsgerichte zorg (Kennisplein Chronische zorg / Vilans, 2012). De Academische Werkplaats Dementie heeft een boekje met casussen uit de praktijk uitgegeven: 'Dementie en regie' (Klingeman et al., 2013) waarin drie vormen van omgaan met eigen regie door mensen met dementie, mantelzorgers en thuiszorgmedewerkers besproken worden.
Niet alle zorgprofessionals hebben deze omslag al gemaakt. In één van de expertmeetings gaf een verzorgende aan: "Collega's en cliënten zitten soms nog in een vaste structuur van zorg verlenen." De AWT Gezondheid Dichtbij heeft een werkmethodiek 'Aandacht voor gezonde leefstijl in de zorg' ontwikkeld die zij samen met Vilans en CBO kan implementeren (Boer et al., 2013). Ondersteunende methodieken zoals het boekje en de werkmethodiek dragen bij aan het stimuleren van werken volgens het nieuwe denken. Er ligt een uitdaging voor zorgverleners om ook bij een afnemende eigen regiefunctie niet in de valkuil te stappen van compenseren wat een cliënt niet meer kan. Verzorgenden geven aan dat het merkbaar is dat cliënten en mantelzorgers mondiger worden, weten wat ze willen en waar ze recht op hebben. Dit kan doorschieten en het voor verzorgenden moeilijk maken om zelfredzaamheid bespreekbaar te maken. Shared decision making (gezamenlijke besluitvorming) is daarom onderdeel van bovenstaande methodiek. Onduidelijk is nog hoe verpleegkundigen en verzorgenden gedeelde besluitvorming in het dagelijks werk kunnen balanceren met de (on)mondigheid van de cliënt en mantelzorger.

Aandacht voor gezond gedrag

Aandacht voor gezond gedrag bij de preventie en zorg van chronische ziekten is van belang. Gezond gedrag omvat een breed scala van gedragingen en omvat onder meer een gezond voedings- en beweegpatroon. Ook roken en alcoholgebruik maken deel uit van gedrag dat aandacht verdient bij preventie en zorg voor chronische ziekten. Behalve dat verpleegkundigen en verzorgenden kennis overdragen over gezond gedrag, sluiten zij ook aan bij de behoefte van de cliënt en mantelzorger om gezamenlijk te komen tot een aanpak ter bevordering van bijvoorbeeld het gezonde gewicht. Verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook andere professionals in de keten ontberen vaak de juiste competenties (Derksen 2010, Derksen 2012, Brink 2012). Uit de resultaten van PreventieKracht blijkt dat training van intermediairs over het signaleren en bespreken van een ongezonde leefstijl belangrijk is (Poel, Spijkerman, Van Rooijen, 2013). De uitdaging waar de zorg- en welzijnssector voor staat is de ontzorging van cliënten met chronische ziekten en de cliënten met een verhoogd risico daarop. Dit vraagt om andere competenties van de zorgverleners, waarbij aandacht voor de eigen regie een belangrijke plaats inneemt naast de aandacht voor de chronische ziekte.

Verbeteren zelfredzaamheid

Verschillende experts geven aan dat zorgverleners zich nog te weinig focussen op het verbeteren van zelfredzaamheid van cliënten. Er zijn verschillende methodieken beschikbaar, maar deze blijken niet of beperkt bekend bij de verpleegkundigen en verzorgenden in de expertgroepen.

Er wordt te vaak naar één aspect of het gezondheidsprobleem gekeken en, zoals hierboven al beschreven, nog teveel vanuit de doelen van de professional geredeneerd. Tevens staat het versterken van de zelfredzaamheid op gespannen voet met de indicatiestelling en de productienorm waar veel waarde aan gehecht wordt. Er zijn verschillende positieve ervaringen met tools in het stimuleren van risicosignalering en zelfredzaamheidsverbetering, zoals de zelfredzaamheidradar (Locomotion) en het signaleren van gezondheidsrisico's (V&VN / Actiz). Verzorgenden ervaren het instrument 'risicosignalering' als een belangrijk sturend en ondersteunend middel om tijdig risico's te signaleren. Zij zien mogelijkheden om naast signalering van risico's ook gerichter met acties aan de slag te gaan om de risico's te beperken.

Technologie ter ondersteuning van de eigen regie

Ontwikkelingen maken dat er meer eisen gesteld zullen worden aan de zorg en aan de middelen die daarbij ingezet worden (Lambregts en Grotendorst, 2013). In het algemeen zijn beleidsmakers hoopvol over de bijdrage die technologie en e-health kunnen bieden bij het vergroten van zelfmanagement en het vermogen om cliënten en burgers om de eigen regie te behouden. Een aantal verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan dat ze voldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden, terwijl anderen er meer over willen weten. Het onderwerp staat wel in de belangstelling, getuige ook de hoge opkomst op de netwerkmiddag met informatiemarkt over slimme technologie thuis die de AWD in juni 2013 organiseerde.

De verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat ze graag meer willen weten over het toepassen van technologie thuis voor valpreventie, apps voor dwalers en medicatie-inname. Zij verwachten dat er meer mogelijkheden zijn dan nu worden ingezet. Op een van de expertbijeenkomsten vertelde een verzorgende over haar ervaringen met het gebruik van iPads als hulpmiddel bij het innemen van medicatie. De discussie ging verder over het risico dat hierdoor minder vaak professionals binnenkomen, de cliënt zich mogelijk minder veilig gaat voelen en er een signaleringsmoment wegvalt.

Uit onderzoek (Peeters, Wiegers, De Bie & Friele, 2013) blijkt dat er nog veel weerstand onder thuiszorgprofessionals is tegen de inzet van technologie. Deze weerstand komt deels voort uit een beroepsethiek die direct persoonlijk gedrag centraal stelt (Smits, Hettinga, 2010). Technologie zal met name bij zorg-gerelateerde preventie een rol spelen, ter vervanging of ter voorkoming van dure zorg.

Op het terrein van het bevorderen van gezond gedrag ter preventie van chronische ziekten zijn computertools beschikbaar die zijn gericht op tailored (op maat gemaakte) interventies. Deze hebben veelal een klein en kortdurend effect (Broekhuizen, 2012). Tools met een nadruk op kennisoverdracht zijn relatief minder belangrijk. Immers, kennisoverdracht is slechts een klein aspect van gezondheidsbevordering (Kremers 2006, Michie 2011, Hendriks 2013). Ondersteunende tools worden regelmatig niet ingezet, omdat ze niet aansluiten bij de behoeften en wensen van de gebruikersgroep.

Vaak zijn deze slecht betrokken bij de ontwikkeling ervan (Span e.a. 2013). In de toekomst is een toenemende invloed van eindgebruikers op de ontwikkeling en toepassing van technologie onontbeerlijk (Wever, Gijsbers, 2013).

Samenwerken met de mantelzorger en persoonlijke netwerk

In het versterken van de eigen regie van de cliënt, de beweging van het ontzorgen past een goede samenwerking met het informele netwerk van de cliënt en de mantelzorger. Zorgprofessionals benoemen zelf dat ze te maken hebben met hooggespannen verwachtingen van familieleden en mantelzorgers (bijv. kinderen cliënt) die niet altijd op één lijn liggen met de zorgvraag van cliënten zelf (Derksen, Brink 2012). Dit leidt tot spanningen tussen de formele en informele betrokkenen. Professionals werken vaak moeizaam samen met mantelzorgers (Broese van Groenou, 2012). De AWD heeft een lespakket ontwikkeld voor ROC's over 'omgaan met familieleden bij dementie'. Ook cliënten zelf ervaren drempels om mensen in hun omgeving te vragen om steun of hulp. De helft van de ouderen doet geen beroep op mantelzorg, omdat zij denken dat de familie te druk is om te helpen (Nationale DenkTank 2013).

Ethische vraagstukken/professionele verantwoordelijkheid

Verschillende ethische vragen kwamen naar voren in de interviews en de expertmeeting met verzorgenden en verpleegkundigen. Zo speelt voor professionals het ethisch vraagstuk waar de grenzen liggen om zich met de leefwijze van een cliënt te bemoeien. Moeten alle taboe's besproken worden met cliënten en de mantelzorgers? Daarnaast ervaart de verpleegkundige ook een professionele verantwoordelijkheid om mensen te wijzen op risico's van hun eigen keuzes. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben de behoefte in het team het gesprek aan te gaan om gezamenlijk afwegingen te maken welke onderwerpen te bespreken met een cliënt en mantelzorger en op welke wijze, blijkt uit onderzoek van de AWT Oost-Groningen (Walters, 2012). Zij geven aan dat niet iedereen in de organisatie gelijke afwegingen maakt. De AWT Gezondheid Dichtbij heeft vanuit het onderzoek naar de ketenzorg gezond gewicht ervaren dat er sprake is van onbegrip tussen professionals en burgers. Zo zijn kinderen en hun ouders en senioren in de beleving van professionals vaak niet gemotiveerd om iets aan het gewicht te willen doen. Tegelijkertijd werd door kinderen en hun ouders en senioren aangegeven dat zij zich niet serieus genomen voelden door de professionals. Zij voelden zich niet gehoord in hun hulpvraag (Derksen, Brink, 2012). Ook hieruit blijkt dat het daadwerkelijke gesprek over wederzijdse beleving van de situatie van belang is.

Annemarie Klaassen (Van Kleef Instituut):

“De drijfveer van de verpleegkundige is om te kijken wat technologie voor een cliënt kan opleveren en niet zozeer de bezuiniging door het gebruik ervan”.

Verzorgende:

“Sta ik het boterhammetje te smeren voor de cliënt, zegt deze: ‘Ik ga even de kliko aan de weg zetten.’ Dan klopt er iets niet. Dat kan niet.”

Kennisvragen

Professionalisering

- Welke competenties hebben verpleegkundigen en verzorgenden nodig om cliënten te ondersteunen bij het nemen van eigen regie?
- Hoe bereik je dat competenties benodigd om cliënten te ondersteunen bij het nemen van eigen regie toegepast worden in de praktijk?
- Welke effecten heeft het toepassen van deze competenties op de eigen regie van de cliënt ten aanzien van het gezond gedrag van de cliënt?
- Hoe kunnen verpleegkundigen en verzorgenden bestaande tools gebruiken om het professionele en persoonlijke netwerk van de cliënt en mantelzorger te stimuleren?
- Welke effecten heeft het toepassen van tools op de eigen regie van de cliënt ten aanzien van het gezond gedrag van de cliënt?
- Welke effecten heeft het toepassen van tools op de eigen regie van de cliënt ten aanzien van de zorgconsumptie?

Samenwerking

- Hoe kunnen taken in een zorgteam verdeeld worden om als team kwalitatief goede zorg en preventie te bieden afgestemd op de behoeften van de zorgvrager?
- Welke zeggenschap hebben de cliënt en mantelzorger over de taakverdeling binnen een team?

Organisatorische en randvoorwaarden

- Welke organisatorische randvoorwaarden zijn nodig om de eigen regie van de cliënt centraal te kunnen stellen?
- Welke mogelijkheden en belemmeringen zijn er ten aanzien van technologie ter ondersteuning van de eigen regie van de cliënt?
- Hoe kun je technologie inzetten bij het ondersteunen van cliënten en mantelzorgers bij het nemen van eigen regie?
- Hoe kun je e-health inzetten bij het ondersteunen van cliënten bij het nemen van eigen regie?
- Wat zijn de effecten van de inzet van e-health en technologie bij het bevorderen van gezond gedrag, zelfmanagement en eigen regie van cliënten in de thuissituatie?

Thema B Integraal werken aan zorg en preventie

Door de vanzelfsprekende ingang van de verpleegkundigen en verzorgenden bij cliënten thuis en hun mantelzorgers, kunnen zij een belangrijke rol vervullen in het bereiken van mensen met preventie-activiteiten. De micro-omgeving is immers van groot belang als determinant van gedrag (Swinburn 1999, Kumanyika, 2001, Vandenbroeck 2007). Wanneer verpleegkundigen en verzorgenden wordt gevraagd wat ze verstaan onder preventie, dan geven ze aan dat hun handelen het meest gericht is op 'voorkomen dat het erger wordt'. Daarnaast is er ook aandacht voor 'het voorkomen dat er problemen ontstaan' bij de cliënten waar ze thuis komen. Dit kan door de zorg die zij verlenen te combineren met gezondheidsbevordering. De recente maatschappelijke ontwikkelingen op het terrein van zorg en welzijn en veranderingen in de financiering maken dat verpleegkundigen en verzorgenden voor nieuwe uitdagingen staan om daadwerkelijk uitvoering te geven aan de verschillende vormen van preventie met de zorg die zij leveren (Platform Personalized Prevention, 2012).

Hoe kunnen de curatieve en de preventieve rol met elkaar worden verbonden?

Op dit moment ontbreekt er een (financiële) prikkel voor verpleegkundigen en verzorgenden binnen thuiszorgorganisaties om zelfredzaamheid en gezond gedrag te stimuleren. De huidige bekostiging is gekoppeld aan verstrekte indicaties voor te leveren zorg in vooraf vastgestelde uren. Daarmee is zorgafhankelijkheid van klanten lonend en zelfredzaamheid niet. Het versterkt de focus op ziekte en zorg in plaats van op gezondheid en gedrag (Aart e.a. 2013). Dit is één van de genoemde redenen dat de aandacht voor preventie in de zorg geen vanzelfsprekendheid is en extra stimulans behoeft.

De AWT Gezondheid Dichtbij heeft het ontwikkel- en implementatieproject 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn' uitgevoerd. Verpleegkundigen, verzorgenden en welzijnswerkers zijn daarmee daadwerkelijk geprikkeld om preventie en zorg integraal uit te voeren. Hierbij werd gewerkt vanuit de innovatiefilosofie Practice Development en de benadering van Shared Decision Making (Boer de e.a. 2013, Marcus-Varwijk e.a. 2012). Ook in de programma's Zichtbare Schakel en het PreventieKracht Dicht bij Huis werden verpleegkundigen en sociaal werkers geprikkeld om hun zorg- en welzijnstaken te combineren met preventieactiviteiten. Beide programma's hebben laten zien dat de effecten van preventie worden vergroot door interdisciplinaire samenwerking en door in gesprek te gaan met de doelgroep over interventies.

Een aandachtspunt uit de beide programma's is dat professionals in de eerste lijn goed toegerust moeten worden om preventie-activiteiten goed uit te voeren (Van Rooijen, e.a. 2014). Verschillende geïnterviewde experts constateren dat verpleegkundigen nog sterk medisch en lichamelijk georiënteerd zijn en weinig aandacht hebben voor de sociale en welzijnskant. Vanuit de kanteling in de zorg is er een verschuiving van het handelingsgericht denken naar het centraal stellen van de doelen van de cliënt en de mantelzorger. Wellicht biedt het recent gestarte project bij de Beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, dat zich richt op het ontwikkelen van een indicatie-instrument als hulpmiddel bij het vaststellen van de zorg en zorgtoewijzing, nieuwe impulsen voor een integrale aanpak van zorg en preventie (V&VN, 2014).

Hoewel er duidelijk bewijs is dat gezondheidsbevordering effecten op de gezondheid en zorgconsumptie heeft (Tuomiletho 2001, Knowler 2002, Estruch 2013, Seidel 2009) en kosteneffectief is (Cecchini 2010, Pomp 2011), wijzen professionals en zorgverzekeraars nog vaak op een gebrek aan bewijs (Derksen, 2012, Brink 2012).
Een andere factor die van invloed is op de taakuitvoering is de verwachting dat de zorg thuis complexer van aard zal zijn (Peeters e.a. 2013). Wanneer verpleegkundigen en verzorgenden hun zorg en preventieactiviteiten bij complexe zorg binnen dezelfde kaders uitvoeren, waarbij de directe lichamelijke zorg meer aandacht vraagt, blijft er minder tijd over voor gezondheidsbevordering. Gemeenten en zorgverzekeraars spelen hierbij een belangrijke rol, zij het dat deze nog niet uitgekristalliseerd is.

Versterken van kennis over preventie van psychische problemen en overmatig alcoholgebruik

Verpleegkundigen en verzorgenden die deelgenomen hebben aan de regionale expertbijeenkomsten geven aan een kennistekort te ervaren ten aanzien van psychisch welbevinden en psychosociale problemen zoals depressie en eenzaamheid. Vanuit dit kennistekort worden psychische problemen niet of laat gesignaleerd. Er liggen kansen om de kwaliteit van preventie en zorg te verbeteren wanneer verpleegkundigen en verzorgenden tijdig (mogelijke) problemen signaleren en competent zijn om zelf benodigde interventies te kunnen bieden en waar nodig te verwijzen naar gespecialiseerde verpleegkundigen of andere disciplines.

Comijs (2012) stelt in haar onderzoek dat ongeveer twintig procent van de ouderen een psychische aandoening heeft en dat binnen deze groep meer mensen een chronische ziekte hebben dan mensen zonder een psychische aandoening. De onderzoekster geeft verder aan dat er sprake is van onderbehandeling van psychische aandoeningen bij ouderen, omdat zij vaak verzuimen hulp te zoeken en ook niet duidelijk hun klachten kenbaar kunnen maken. Een andere reden voor onderbehandeling is dat hulpverleners veronderstellen dat sommige klachten horen bij het ouder worden en het geduld niet kunnen opbrengen om het gesprek aan te gaan (De lange e.a. 2007). Verpleegkundigen en verzorgenden die betrokken zijn bij de projecten vanuit de AWT Gezondheid Dichtbij gaven bij de ontwikkeling van de werkmethodiek 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl' ook aan dat zij psychische aandoeningen onvoldoende bespreekbaar konden maken. De betrokken welzijnswerker heeft vervolgens een training psychisch welbevinden voor deze thuiszorgmedewerkers gegeven. Deze training was zo succesvol dat de betreffende welzijnsorganisatie daarna ook andere wijkteams van deze thuiszorgorganisatie getraind heeft.

In de gesprekken met verpleegkundigen en verzorgenden viel op dat zij ten aanzien van overmatig alcoholgebruik bij ouderen niet beschikken over actuele kennis. Het is voor hen niet duidelijk wanneer er sprake is van overmatig alcoholgebruik volgens de definities van de Gezondheidsraad. Ook zijn zij niet bekend met de gevolgen van overmatig alcoholgebruik bij ouderen en wat de verschillen zijn met de gevolgen van overmatig alcoholgebruik bij jongere volwassenen.

Wel vertelden de verpleegkundigen en verzorgenden dat zij vaker probleemgebruik signaleren. Dit komt overeen met bevindingen van de Stichting Informatievoorziening Zorg en het Trimbos-instituut (2013). Het is zo gewoon en maatschappelijk geaccepteerd om alcohol te gebruiken dat senioren zelf zich vaak niet bewust zijn van hun eigen consumptie. Dit verhoogt de drempel voor professionals om over alcoholgebruik in gesprek te gaan.

Leefstijl bevorderen van zorgverleners zelf

Zorgprofessionals die zelf een (zichtbare) ongezonde leefstijl hebben, ervaren handelingsverlegenheid ten aanzien van de uitvoering van leefstijlgericht preventie. Dit blijkt uit gesprekken met zorgprofessionals.
Uit onderzoek van de AWT Oost-Groningen blijkt dat ongezonde leefgewoonten van de medewerkers zelf een grote rol speelt bij het overdragen van de gezondheidsboodschap naar de cliënt (Walters, e.a., 2013). Dit fenomeen komt ook naar voren in het onderzoek van AWT Gezondheid Dichtbij naar de leefstijlgerichte methodiek (Boer, e.a.2014). Als mogelijke drempels noemen medewerkers: gebrek aan financiële middelen, gebrek aan tijd en onvoldoende motivatie van de cliënt. Focusgroep-gesprekken met ouderen over ketenzorg in relatie tot gezond gewicht hebben geleerd dat cliënten niet altijd met hun vragen over een gezonde leefstijl bij de professional terecht konden, maar dit wel graag zouden willen.

Behoefte aan kennis en vaardigheden over preventie

Verpleegkundigen en verzorgenden vragen om meer kennis van en/of vaardigheden in de verschillende vormen van preventie. Dit wordt zowel genoemd door de verpleegkundigen, verzorgenden en geïnterviewde experts, als in recent onderzoek (Veer, Francke 2012). Ook andere professionals in de eerste lijn benoemen dit (Brink 2012, Derksen 2012). In het onderzoek van Veer en Francke bestaat de indruk dat ongeveer 60% van de verpleegkundigen en verzorgenden uit de thuiszorg niet beschikt over voldoende kennis en/of vaardigheden. Opvallend is dat zij het adviseren over deelname aan leefstijlcursussen minder vaak als hun taak beschouwen dan de overige preventie-activiteiten waar in het onderzoek naar gevraagd werd.

Verpleegkundigen en verzorgenden gaven aan behoefte te hebben aan het versterken van hun competenties ten aanzien van:

- motiverende gespreksvoering;
- actuele kennis ten aanzien van leefstijlgerichte preventie;
- actuele maatschappelijke ontwikkelingen op het terrein van zorg en welzijn.

Verzorgenden geven aan inhoudelijk meer te willen weten over overmatig alcoholgebruik, voeding, diabetes, depressie, eenzaamheid, decubitus en dementie. Verpleegkundigen benoemen als inhoudelijke thema's: psychische klachten (depressie en eenzaamheid) en leefstijlthema's waaronder preventie van overmatig alcoholgebruik.

Gezondheidszorgopleidingen kunnen een antwoord bieden op de behoefte aan kennis over preventie en de inhoudelijke thema's. Om scholingen op maat te bieden is het van belang te weten wat exact de leemtes zijn in het ervaren gebrek aan kennis en vaardigheden van de beroepsgroepen. Ook is het van belang om nieuw op te leiden verpleegkundigen en verzorgenden nog beter op te leiden op het terrein van preventie. Experts geven aan dat de leerlijn preventie niet altijd zichtbaar is binnen opleidingen en er een doorlopende leerlijn preventie ontbreekt tussen het MBO en HBO. De recent verschenen beroepsprofielen van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en zorgkundigen (Lambregts en Grotendorst, 2013) en het competentieprofiel van Verzorgende IG (Haterd, Liefhebber & Hollander den, 2012), waarin een zwaardere nadruk op preventie en het vergroten zelfredzaamheid gelegd wordt in vergelijking met voorgaande profielen, prikkelen de opleidingen om hun curricula te evalueren. Dit biedt kansen voor preventie.

Zichtbaar maken van resultaten van interventies

Overheid, toezichthouders, zorgverzekeraars en ook cliënten zelf zullen steeds meer aan de zorgprofessionals vragen om zichtbaar te maken wat de inspanningen op het terrein van preventie thuis opleveren. Dit begint met planmatig en systematisch werken waarbij preventieve doelen en acties opgenomen worden in het zorg(leef)plan. Kennis en vaardigheden ten aanzien van evaluatie zijn nodig en moeten praktisch gezien ingezet kunnen worden. Er is behoefte bij de zorgprofessionals aan methodieken om de resultaten van de ingezette preventieve interventies zichtbaar te maken.
Binnen de AWT Gezondheid Dichtbij is een vragenlijst ontwikkeld voor het monitoren van de identificatie en het bespreken van gezond gedrag en gemaakte afspraken met cliënten (Boer de e.a. 2013).

Nicolette Moes (Indigo):

"Ik pleit voor preventie waarbij er gelijkwaardige aandacht is voor zowel de lichamelijke als de psychische kant in relatie tot gezondheidsbevordering. Dit gebeurt nu nog te weinig."

Barbara de Groen (Vilans):

"Ik denk dat een grote groep mensen er zich bewust van is niet gezond te leven. Hoe verleid je die groep? En is die groep wel te verleiden?"

Jenine Bijker (Zorggroep Meander):

“Het is van groot belang voor verpleegkundigen om de resultaten van preventief handelen inzichtelijk te maken. Vaak wordt dan gedacht aan het onderbouwen voor financiers. Dat is zeker belangrijk, maar nog belangrijker als stimulans voor de verpleegkundige en de cliënt. Het is alleen stimulerend om tijd en energie in preventie te steken als je weet wat het oplevert.”

Kennisvragen

Professionalisering

- Welke competenties hebben verpleegkundigen en verzorgenden nodig om integraal te kunnen werken aan zorg en preventie?
- Hoe kunnen best practices worden ingezet voor het bevorderen van het integraal werken aan zorg en preventie?
- Welke effecten worden behaald met de huidige best practices op het integraal werken aan zorg en preventie (gezond gedrag, ervaren gezondheid en zorgconsumptie, kosteneffectiviteit)?
- Wat kan bereikt worden met het koppelen van de gegevens over gezond gedrag op wijkniveau (populatiegegevens) en individueel niveau (cliënten) door de verpleegkundige?

Organisatorische en randvoorwaarden

- Hoe kan het integraal werken aan zorg en preventie lonend zijn voor verpleegkundigen en verzorgenden?
- Wat levert het integraal werken aan zorg en preventie op voor organisaties?
- Wat levert het integraal werken aan zorg en preventie op voor gezond gedrag?
- Hoe kan het bewijs over de effectiviteit van gezondheidsbevordering in zorg en preventie beter ontsloten worden?

Thema C: Wijkgericht werken aan preventie en zorg

Vertrekpunt van wijkgericht werken is het inrichten van een samenhangend geheel van preventie en zorg dichtbij huis dat aansluit bij de behoefte van burgers in de wijk. Echter, in de uitvoering van intersectorale en multidisciplinaire samenwerking loopt men vaak tegen barrières aan. Belangrijke conclusies uit onderzoek (RVZ, 2012) zijn: dienstverlenende organisaties lopen bij intersectorale samenwerking in de wijk tegen verschillende grenzen aan (sectoraal, professioneel, financieel, verantwoordingsmatig en geografisch). Deze grenzen zijn niet in beton gegoten, maar onderhandelbaar. Mensen die in projecten op dit grensgebied werken zoals Zichtbare Schakels (processen om de samenwerking concreet te maken in strategische visies, het opstellen van richtlijnen e.d.) spelen een cruciale rol bij het onderhandelen van grenzen en het verbinden van verschillende partijen.
De evaluatie van het ZonMw-programma PreventieKracht laat zien dat het programma heeft bijgedragen aan de versterking van de regionale samenwerking in de preventiepraktijk (Van Rooijen e.a., 2014). Ook in het Nationaal Programma Ouderenzorg werken organisaties samen in regionale samenwerkingsverbanden om zorg en welzijn anders te organiseren, vanuit de behoefte en wensen van ouderen. Het gaat om zorg over de volle breedte, zoals medische zorg, langdurende zorg, welzijn, mantelzorg en preventie.
Er is aandacht voor kwaliteit én betaalbaarheid.

Preventie en zorg: individueel en populatiegericht

De wijkverpleegkundige wordt vaak gezien als de spil tussen de verschillende professionals en organisaties die betrokken zijn bij de klant. De wijkverpleegkundige is nu vooral gewend op individueel niveau zorg en preventie te verlenen. Vanuit de aanspraak thuisverpleging wordt verwacht dat verpleegkundigen ook op populatieniveau zicht hebben op de (dreigende) (zorg)behoeftes in de wijk. Concrete taken die hierbij genoemd worden:

- signaleren van risico's;
- aan de slag gaan met gegevens uit een wijkanalyse;
- verbindingen leggen in de wijk, waaronder de verbinding met het sociale wijkteam.

Hiermee lijkt de wijkverpleegkundige vanaf 2015 ook daadwerkelijk de rol van schakel in de wijk te kunnen pakken.

Uit onderzoek van de AWT Oost-Groningen blijkt dat de combinatie van een wijkgerichte aanpak en de aandacht van thuiszorgmedewerkers voor leefstijlinterventies een meetbaar positieve invloed heeft op het beweeggedrag van cliënten (Walters, Luten, 2013).

Het populatiegericht werken is de afgelopen periode op de achtergrond geraakt. De huidige wijkverpleegkundigen hebben er niet altijd ervaring in opgedaan. Met het ZonMw-programma Zichtbare Schakels zijn verspreid over Nederland projecten gestart, waarin de wijkverpleegkundige is ingezet als spil in de wijk, duidelijk zichtbaar en makkelijk bereikbaar. De inzet van deze wijkverpleegkundige is gericht op de doelgroep burgers zonder zorgindicatie met (dreigende) (gezondheids)problemen.
Het doel van deze projecten is:

- Betere verbinding tussen preventie en zorg, wonen en welzijn voor de individuele cliënt en mantelzorger
- En betere verbinding tussen preventie en zorg, wonen en welzijn op wijkniveau

Een aantal verpleegkundigen geeft aan het vaak lastig te vinden de rol van zichtbare-schakel-verpleegkundige uit te voeren binnen de rol van reguliere wijkverpleegkundige. In de praktijk zijn het daardoor twee losse functies: de functie van wijkverpleegkundige en de functie van Zichtbare Schakel. Wijkverpleegkundigen hebben én ervaren in deze projecten meer bevoegdheid om zelf de regie te voeren en door te verwijzen naar sectoren buiten de zorg.

Samenwerking in de wijk

Bij wijkgericht werken staat de samenwerking centraal tussen burgers, zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten, sportverenigingen en ondernemers. Achter de 'poort' realiseren betrokken partijen een samenhangend aanbod met als doel: de kwaliteit van leven voor de burger of patiënt verbeteren en de kosten beheersen. Het is de bedoeling dat er concrete afspraken worden gemaakt om de ambitie van een gezonde populatie in de wijk te realiseren.

Op veel plaatsen wordt ervaring opgedaan met sociale wijkteams. De VNG heeft een rapport gepubliceerd over de best practices en ervaringen tot nu toe. In het voorwoord staat: 'De inhoudelijke richting mag dan duidelijk zijn, de manier waarop de teams zich moeten vormen en ontwikkelen is dat allerminst.' [VNG, 2013]. De visie van Movisie is dat er geen blauwdruk bestaat voor het sociale wijkteam, het moet juist passen in de lokale situatie (Movisie website). Met het programma Sociaal Werk in de Wijk (SWW) volgt en begeleidt Movisie inmiddels twee jaar van dichtbij tien sociale wijkteams, verspreid over het land (Sok, 2013). De wijkverpleegkundigen nemen vaak deel aan de sociale wijkteams en moeten met de teamleden een manier van werken ontwikkelen waarin de spilfuncties in de wijk worden verbonden en overlap wordt voorkomen. Een praktische handicap is dat de leden van de wijkteams in dienst zijn van hun moederorganisatie en te maken hebben met productie-eisen en verschil in declarabele werkzaamheden.

Onderzoek naar het functioneren van de Zichtbare Schakel in de wijk in Rotterdam maakt duidelijk dat de inzet van Zichtbare Schakels tot kostenbesparing kan leiden door substitutie van duurdere zorg naar goedkopere, kortdurende zorg zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van leven (Nieboer, A.P., Lotters, F., 2013). Tevens blijkt uit dit onderzoek hoe belangrijk het is om te investeren in samenwerking tussen verschillende professionals die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van kwetsbare burgers. De Zichtbare Schakel kan een cruciale rol vervullen bij de totstandkoming van betere relationele communicatie en onderlinge coördinatie tussen de verschillende professionals. Ook kan de Zichtbare Schakel doelmatige, integrale zorg bieden die beter tegemoet komt aan de behoeften en wensen van kwetsbare burgers (Nieboer, A.P., Lotters, F., 2013).

De AWT Gezondheid Dichtbij heeft in de ketenzorg Gezond Gewicht Kinderen ervaren dat multidisciplinair samenwerken niet vanzelfsprekend is en vanuit een projectaanpak versterkt kan worden. Belemmerend is dat professionals vanuit verschillende disciplines vanuit verschillende perspectieven kijken en een verschillende taal gebruiken, waardoor men elkaar niet verstaat. Uit het implementatieproject van de ketenzorg Gezond Gewicht is gebleken dat op een systematisch wijze gezamenlijk casussen bespreken en bij elkaar 'in de keuken kijken' bijdragen aan onderlinge erkenning en herkenning en dat dit de samenwerking stimuleert (Brink e.a., 2012).

Wijkverpleegkundigen geven aan dat samenwerking op wijkniveau investering vraagt, een investering die veelal geïnitieerd moet worden door de verpleegkundige zelf. Ze ervaren weinig tot geen benadering vanuit andere professionals in de wijk. Een praktisch probleem dat door verpleegkundigen wordt gemeld in de samenwerking met andere professionals is het delen van privacygevoelige

informatie. Niet iedereen kent de richtlijnen en soms wordt ten onrechte geen informatie gegeven.

Er zijn meerdere informatiebronnen over samenwerken in de wijk met voorbeelden en instrumenten zoals de website www.loketgezondleven en www.movisie.nl.

Verbinden van formele en informele zorg in de wijk

Verpleegkundigen geven aan dat burgers het prettig vinden als zij iemand persoonlijk kennen die ze gemakkelijk kunnen aanschieten met een vraag. Laagdrempeligheid is cruciaal om problemen vroegtijdig te kunnen signaleren, erger te voorkomen en hoge 'zorgconsumptie' te voorkomen. Als burgers meer verantwoordelijkheid voor hun eigen leven nemen, vermindert de afhankelijkheid van zorgvoorzieningen.

Een risicogroep vormen de mensen en groepen in een wijk die een zwak sociaal netwerk hebben en zichzelf steeds meer afzonderen. Het is belangrijk om alert te zijn op deze groep mensen, hen bewust te maken van hun situatie en hen te helpen hun netwerk uit te breiden en te onderhouden op het moment dat er nog geen acute vraag ligt. Deze taak ligt bij het sociale wijkteam waarvan ook de wijkverpleegkundige deel uit kan maken. Het vraagt van de wijkverpleegkundige een outreachende werkwijze, dat wil zeggen: pro-actief op mensen af stappen, ook als er nog geen specifieke zorgvraag is. De wijkverpleegkundige kan ook fungeren als spil bij wie signalen uit de wijk samenkomen.

Zij kan een krachtige en werkzame samenwerking in de praktijk realiseren tussen formele en informele netwerken. Het is van belang om de informele netwerken te ondersteunen zonder de regie over te nemen.

Ervaringen met wijkgericht werken

De afgelopen periode is er op diverse plekken ervaring opgedaan met de invoering van de sociale wijkteams (Movisie, 2014). Verzorgenden geven aan dat ze zorgen hebben over hoe ze hierop kunnen aanhaken. Tot nu toe komt er weinig informatie vanuit de werkgever, men is bang dat vooral de wijkverpleegkundigen in deze verandering worden meegenomen.
Uit het project Goud Leven van de AWT Oost-Groningen komt naar voren dat een community-based leefstijlinterventie een uitgebreide voorbereiding vergt. Het betrekken van lokale stakeholders is een belangrijke voorwaarde voor het breed verspreiden van de interventie (Luten, et al, 2013).

Het Nationaal Programma Ouderenzorg biedt ervaringen over wijkgericht werken uit meerdere projecten zoals het project gericht op gezonde leefstijl DelfGoud in Delfzijl. GENERO (netwerk ouderenzorg Zuidwest-Nederland) organiseerde in najaar 2013 een symposium over wijkgerichte aanpak voor ouderen in zorg en welzijn dichtbij huis.

Een andere ontwikkeling is de opkomst van zogenaamde zorggemeenschappen (Smits, C., 2011). Met name in krimpregio's zoeken bewoners samen met gemeenten, woningbouwcorporaties en zorg- en welzijnsorganisaties naar alternatieven om de zorg in hun dorp op peil te houden.

Het gaat om alternatieven die passen in de huidige financiering en tijdgeest: meer samen regelen en minder inzet van professionals. Op de website van **www.netwerkplatteland.nl** staan links naar bestaande zorgcoöperaties, zoals die van de Brabantse gemeente Bladel die sinds 2005 bestaat.

Uit de Franse EPODE-aanpak (een wijkgerichte, integrale aanpak die zich richt op gezond gedrag bij kinderen en hun ouders) is bekend dat het percentage obesitas daalt na een aantal jaren (Romon 2009). MEND, een wijkgerichte aanpak die zich richt op kinderen met overgewicht en obesitas toont aan dat kinderen niet alleen gewicht verliezen, maar ook beter scoren op hun gezondheidsprofiel, (bloeddruk etc.) en een betere kwaliteit van leven hebben na het volgen van de wijkgerichte aanpak (Sacher 2010).

Anita Peters (Movisie):

”Er is veel winst te behalen door een goede verbinding en samenwerking tussen professionals op het terrein van welzijn, zorg en preventie.”

Henk Rosendal (Hogeschool Rotterdam):

”De wijkverpleegkundige is één van de weinigen, die snapt dat de gezondheidstoestand van mensen niet zozeer door zorg, maar vooral door andere determinanten wordt beïnvloed.”

Toon Voorham (Hogeschool Rotterdam):

”De nieuwe wijkverpleegkundige moet de schakel zijn tussen gezondheid en welzijn in de wijk! Daarmee kan de populatiegerichte zorg in de eerste lijn een nieuwe impuls krijgen.”

Kennisvragen:

Professionalisering

- Hoe kunnen verpleegkundigen gestimuleerd worden om meer gebruik te maken van gegevens uit wijkanalyses vanuit GGD (gemeente) en Regionale Ondersteuningsstructuur?
- Hoe kunnen best practices ten aanzien van intersectorale samenwerking op het terrein van preventie, die beschikbaar zijn vanuit recente projecten en onderzoeken, sociale wijkteams bereiken?

Samenwerken

- Hoe kunnen gemeenten en zorg- en welzijnsorganisaties elkaar vinden in het streven naar gezonde burgers?
- Hoe kan de lokale samenwerking tussen sociale en zorgprofessionals geoptimaliseerd worden?
- Wat is het effect van integrale samenwerking van zorg- en welzijnsorganisaties op lokaal niveau op gezond gedrag van de cliënt?

Organisatorische en randvoorwaarden

- Wat heeft een wijkverpleegkundige nodig om individuele gegevens ten aanzien van gezond gedrag te kunnen koppelen aan wijkanalyses (GGD, gemeente, Regionale Ondersteuningsstructuur) als basis voor een wijkgerichte aanpak?

Thema D Rollen van verpleegkundigen en verzorgenden

De maatschappelijke ontwikkelingen op het terrein van gezondheidszorg en welzijn vragen om een verschuiving in rollen van verpleegkundigen en verzorgenden. De veranderde rollen worden onder andere zichtbaar in de beschreven beroepsprofielen van Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (Lambregts & Grotendorst, 2013) en ook in het competentieprofiel van verzorgenden IG (Peeters e.a., 2012). Er wordt nadrukkelijk verschil gemaakt in de diverse niveaus van verpleegkundigen met elk een andere inhoud. Het doel daarvan is de zorg en preventie waar cliënten en mantelzorgers om vragen kwalitatief beter te kunnen uitvoeren. De beroepsprofielen 2020 zijn opgesteld met betrokkenheid van vele honderden verpleegkundigen en verzorgenden. De profielen geven een belangrijke impuls aan veranderingen in de curricula van MBO- en HBO-opleidingen.

Ook van de huidige verpleegkundigen en verzorgenden wordt verwacht dat ze veranderen in hun rol en dat ze beschikken over de benodigde competenties bij de taakuitvoering. De volgende competentiegebieden worden onderscheiden in het voorgestelde beroepsprofiel voor verpleegkundigen en zorgkundigen (huidig niveau 4 en niveau 5 verpleegkundigen):

- de verpleegkundig specialist in de rol van klinisch behandelaar;
- de verpleegkundige/zorgkundige in de rol van zorgverlener.

Voor de onderscheiden niveaus worden deze competentiegebieden onderscheiden: gezondheidsbevorderaar, samenwerkingspartner, communicator, reflectieve professional, organisator en professional en kwaliteitsbevorderaar. Voor de verzorgende IG in de VTT-branche worden de volgende gebieden onderscheiden:

- aandacht en dialoog;
- preventie;
- verzorgen en ondersteunen.

Generalisten versus specialisten

In de interviews gaven experts aan dat het niet nodig is dat iedereen alles kan. Er is behoefte aan verpleegkundigen die generalistisch werken, maar daarnaast ook aan verpleegkundigen met een aandachtsveld of een verpleegkundig specialist, om zorg en preventie op maat te bieden aan de steeds kritischer wordende cliënt en mantelzorger die steeds beter weten wat de mogelijkheden zijn.

Het is van belang dat verzorgenden en verpleegkundigen die moeite hebben met de taakuitvoering kunnen leren van een rolmodel en dat zij gecoached kunnen worden door een competente collega.

Onder de vijf wettelijk vastgelegde specialismen, waarin verpleegkundig specialisten zijn geregistreerd, hoort ook de verpleegkundig specialist preventieve zorg. De aanwezigheid van deze verpleegkundige in de eerste lijn is van groot belang als rolmodel en kennisdrager (Lambregts en Grotendorst, 2013).

Hoe de zorg te verbeteren?

Uitgaande van het verbeteren van de kwaliteit van zorg gaan HBO-verpleegkundigen op zoek naar de hoogste vorm van bewijs om krachtig onderbouwde beslissingen te kunnen nemen in de zorg die zij verlenen. Omdat voortdurend nieuwe kennis beschikbaar komt, inzichten veranderen en dit consequenties heeft voor de taakuitvoering, is het van belang dat verpleegkundigen leren innoveren (Finnema, Smits & Zwakhalen 2014). Vaak blijft de vraag onbeantwoord hoe de zorg verbeterd zou moeten worden.

Het is van belang om zicht te hebben op:

- de context waarin de zorg verleend wordt;
- organisatiekenmerken;
- kenmerken en eigenschappen van betrokken zorgprofessionals;
- ervaringen en behoeften van de zorgvragers.

(Oirschot, e.a.,2010; Munten e.a., 2012; Mc Cormack e.a., 2013.)

Op basis van een afwegingsproces kunnen professionals een inschatting maken of een interventie, richtlijn of protocol mogelijk bruikbaar is in de eigen context. Aandachtspunt daarbij is het groeiend aantal multiproblem zorgvragers. Hoe kan bij meervoudige problematiek op adequate wijze rekening gehouden worden met de verschillende richtlijnen en protocollen die van toepassing zijn?
De Zorg voor Beter-programma's hebben veel kennis opgeleverd over zorginnovatie door professionals zelf. Daarbij is een regionale variant ontwikkeld die verpleegkunde-studenten betrekt in de verbetertrajecten, zodat zij hun innovatiecompetenties in de praktijk kunnen ontwikkelen (Smits & Harps, 2011). Leiderschap is een belangrijke competentie die niet gemakkelijk wordt ingevuld door verpleegkundigen (Span & Smits, 2013).
Kennis is aanwezig, maar versnipperd over verschillende bronnen. Het kost veel tijd en moeite om kennis te vergaren en actueel te houden. De tijd om kennis te delen is te beperkt. Verpleegkundigen en verzorgenden benoemen dat er weinig mogelijkheden zijn om onderwerpen te bespreken waar ze als zorgverlener mee zitten. Het verkennen van nieuwe vormen van leren, bijvoorbeeld in de vorm van dialoog, worden genoemd door Lambregts en Grotendorst (2013).

Omslag in nieuwe manier van zorg verlenen

Verpleegkundigen en verzorgenden noemen de uitdaging om als team (als geheel) de omslag te maken van zorggericht werken naar een werkwijze waarin zorg en welzijn zijn gecombineerd.
De omslag van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' en het integraal werken aan zorg en welzijn kosten veel tijd en energie. Niet iedereen staat open voor veranderingen. Het komt regelmatig voor dat verpleegkundigen en verzorgenden bedenken en bepalen wat goed is voor een cliënt en mantelzorgers.
Niet iedereen wil in eigen tijd scholingen volgen of deelnemen aan themabijeenkomsten. Ook in de opleidingen tot verzorgende en verpleegkundige zal meer aandacht besteed moeten worden aan de nieuwe manier van zorg verlenen.

Spanningsveld tussen competentie-profielen en persoonlijke talenten

Lambregts en Grotendorst (2013) beschrijven een verschuiving van taken tussen disciplines: van arts naar verpleegkundige, van verpleegkundige naar verzorgende en van verzorgende naar helpende.
Het is van belang dat verzorgenden ook goed op de hoogte zijn van de transities in de zorg en daar consequenties aan verbinden in de zin dat zij ook breder gaan werken - dat ze signaleren, weten wat er aan activiteiten en interventies mogelijk is en verwijzen naar andere deskundigheden.

Het denken en werken vanuit een integraal team lijkt steeds belangrijker te worden. Wie doet wat en wie draagt zorg voor coördinatie en afstemming?

En wat is de rol van de cliënt die via het raadplegen van internet steeds beter weet welke mogelijkheden er zijn en mogelijk gaat voor het hoogste niveau van zorg binnen een team?

Wat doen verzorgenden met een 'niet pluis'-gevoel? Zijn ze toegerust om signalen op te pakken en daar dan ook iets mee te doen? Vanuit ZonMw wordt gewerkt aan een brede opleidingsimpuls voor de wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Verpleegkundigen en verzorgenden noemen dat er een spanningsveld is tussen beroeps- en competentieprofielen en aanwezige persoonlijke talenten. De klik met de zorgvrager en een vertrouwensrelatie is van wezenlijk belang om doelen te behalen, aldus de verpleegkundigen en verzorgenden.

Caroline van Mierlo (LOOV):

**”HBO-V’s werken aan de vernieuwing van het curriculum, waarmee dat aansluit op het nieuwe beroepsprofiel.
Het competentiegebied zorgverlening staat centraal. Preventie, klinisch redeneren en onderzoek krijgen meer aandacht.”**

Anja van der Meulen (Zorggroep Meander):

“Ik zou er voor willen pleiten dat er ruimte komt voor de innovatiekracht van wijkverpleegkundigen. Nu vragen we ons te vaak af waarom innovaties niet op de werkvloer landen. Wijkverpleegkundigen hebben voldoende ideeën, laten we aandacht besteden aan het faciliteren van die ideeën.”

Kennisvragen

Professionalisering

- Welke rol kunnen verpleegkundigen spelen bij ggz-problematiek?
- Welke competenties hebben verpleegkundigen nodig zodat zij zich met zorg en preventie niet alleen richten op somatische aandoeningen, maar ook op psychische aandoeningen?
- Hoe kan bereikt worden dat verpleegkundigen hun competenties inzetten, zodat zij zich met zorg en preventie richten op somatische en psychische aandoeningen?
- Wat zijn de effecten die behaald worden doordat verpleegkundigen zich met zorg en preventie richten op somatische én op psychische aandoeningen?
- Welke drempels werpen een ongezonde leefstijl van de zorgprofessional zelf op bij de uitvoering van preventietaken in relatie tot de cliënt en hoe kunnen deze drempels weggenomen worden?
- Hoe kunnen HBO- en MBO-opleidingen een rol spelen bij het scholen van toekomstige en huidige verpleegkundigen en verzorgenden, zodat ze met hun competenties aansluiten bij de veranderde verwachtingen ten aanzien van zorg en preventie thuis?

Samenwerken

- Hoe stem je rollen en taken van (specialistisch) verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg op elkaar af?
- Op welke manier kan de lokale samenwerking ter ondersteuning van cliënten met ggz-problematiek en mantelzorgers vorm krijgen?

Organisatorische en randvoorwaarden

- Welke voorwaarden zijn nodig om verdere professionalisering van verpleegkundigen mogelijk te maken, zodat er meer master- en specialistisch verpleegkundigen hun intrede doen in de praktijk?
- Hoe bereik je dat monitoring van preventie en zorg in het werk van verpleegkundigen en verzorgenden structureel ingebed wordt?
- Hoe dienen organisaties hun structuur en arbeidsvoorwaarden te veranderen om de nieuwe rollen in het professioneel handelen te ondersteunen?

Discussie

De afgelopen jaren is binnen de drie Academische Werkplaatsen Thuiszorg en bij lokale en nationale partners veel kennis ontwikkeld over de rol van preventie bij de aanpak van chronische ziekten. Opvallend is dat van de bestaande kennis, instrumenten en methodieken maar een beperkt deel de verpleegkundigen en verzorgenden heeft bereikt. In de praktijk blijkt er nog te weinig ruimte of wordt er te weinig ruimte ervaren om deze nieuwe kennis ook daadwerkelijk toe te passen. Men ervaart de veranderingen in zorg en welzijn als zeer groot. Het ontbreekt veelal aan kennis en vaardigheden, maar ook aan geschikte organisatiestructuren om veranderingen grootschalig in te zetten. Binnen projecten onder regie van de Academische Werkplaatsen is wel degelijk veel ervaring opgedaan met ontwikkelde kennis, instrumenten en methodieken op het gebied van preventie en zorg thuis. De afgelopen vier maanden is bovendien samen met de lokale en nationale partners inzicht ontstaan hoe nieuwe kennis en ervaringen te implementeren zijn.

Het is niet nieuw dat het tijd kost voordat nieuwe kennis geïmplementeerd wordt in de praktijk en het onderwijs. Zo hebben de twee ZonMw-programma's Nationaal Programma Ouderenzorg en Zichtbare Schakels ook veel innovaties opgeleverd die niet in de zorgpraktijk en onderwijscurricula zijn geïmplementeerd (Lambregts en van Marwijk, 2014). Deskundigen hebben er herhaaldelijk op gewezen dat er in het initiële onderwijs te weinig aandacht bestaat voor de eerstelijns- en ouderenzorg. Daarom is ZonMw medefinancier van Bachelor Nursing 2020. Het is noodzakelijk om de competenties van HBO-verpleegkundigen die nodig zijn voor het nieuwe werken te concretiseren. Die competenties kunnen vervolgens onderdeel worden van het opleidingsprofiel Bachelor Nursing.

In de rapportage wordt beschreven dat het curriculum aangescherpt moet worden op verschillende gebieden:

- aandacht voor communicatieve vaardigheden - voor de relatie met de patiënt en in relatie tot collega's van andere disciplines;
- meer kennis en vaardigheden over preventie en leerstijl, kennis over de zorg voor ouderen, techniek en ondernemerschap.

Het verdient aanbeveling het informele netwerk sterk te betrekken bij nieuwe strategieën. Waar mantelzorgers een steeds sterkere rol krijgen en zelfs krijgen toebedeeld, zijn mantelzorgers ook steeds mondiger geworden. Het is belangrijk om niet uit het oog te verliezen dat niet alleen de cliënt zelf een zorgvraag heeft. Steeds vaker hebben mantelzorgers vragen waarop ze een antwoord willen hebben, of waarvoor een oplossing bedacht moet worden.

Het is opgevallen dat somatische klachten nog steeds de meest genoemde aandoeningen zijn wanneer de rol van preventie in de zorg wordt besproken. Psychische en sociale problematiek komen echter in toenemende mate voor. Het informele netwerk kent de cliënt en zijn omgeving goed. Het ligt voor de hand om het informele netwerk te betrekken bij het herkennen van de oorzaken van psychische en sociale problematiek. Naast de rollen en competenties die van belang zijn bij preventie en zorg thuis, is de afgelopen jaren ook steeds meer kennis beschikbaar gekomen over verschillende gezondheids- en welzijnsthema's, de kracht van preventie daarbij en de rol van participatie daarin. Zo kennen we steeds beter de omvang, impact en oorzaken van ongezond gedrag. Uit ervaringen in het werkveld is echter duidelijker geworden dat deze kennis niet zonder meer zijn weerklank vindt in de praktijk en dat zelfs wanneer deze kennis wel beschikbaar is, men vaak de competentie of ruimte mist om hiermee aan de slag te gaan.

Conclusie

Terugblikkend op de bevindingen per thema is er een aantal overeenkomsten vast te stellen.
Naast de aanwezige kennis, instrumenten en methodieken op het gebied van preventie en zorg thuis, is er behoefte aan nieuwe kennis. Opvallend is dat van deze bestaande kennis, instrumenten en methodieken maar een beperkt deel de verpleegkundigen en verzorgenden heeft bereikt. De kennisvragen maken duidelijk dat dit enerzijds inhoudt dat verpleegkundigen en verzorgenden onvoldoende beeld hebben van nieuwe kennis die beschikbaar is voor toepassing in de thuiszorg. Anderzijds houdt dit in dat kennis die met name ook op andere terreinen (zoals welzijn) beschikbaar is, onvoldoende is verwerkt in toepassingen die bruikbaar zijn in de eigen specifieke context van de thuiszorg. We hebben de kennisvragen in deze agenda daarom zo geformuleerd dat ze richtinggevend zijn, waarbij we niet de pretentie hebben de definitieve onderzoeksvraag te formuleren.

De kennisvragen maken zichtbaar dat de huidige manier van werken van verpleegkundigen en verzorgenden niet volledig overeenkomt met de nieuwe manier van werken die gericht is op welzijn en zorg. Ook de verpleegkundigen en verzorgenden die nu recent van de opleiding aan het werk gaan, zijn hier onvoldoende voor geschoold. Zowel binnen de opleidingen als in de beroepspraktijk moet aandacht besteed worden aan de nieuwe competentieprofielen en de aansluiting met de huidige medewerkers.

Tot slot komt in deze kennisagenda naar voren dat verpleegkundigen en verzorgenden die dagelijks werken aan preventie en zorg thuis, veel kennis en ideeën hebben die in hun eigen organisatie onvoldoende worden benut. Voor het doorvoeren van innovaties op de werkvloer is tijd en ruimte nodig.

Arie Dijkstra (Universiteit Groningen):

“Het draait allemaal om hoe verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg werken; zij geven uiteindelijk vorm aan beleid.”

Margriet de Boer (Stichting Icare):

“’Eerst dacht ik dat meewerken aan onderzoek alleen maar extra werk was, maar ik heb ervaren dat ik er echt iets aan heb in mijn praktijk.’ Als een professional uit de praktijk dat zegt, is een AWT een krachtige werkwijze.”

Tommy Visscher (Hogeschool Windesheim):

“Als onderzoekers geven we antwoorden op de onderzoeksvragen, vragen die komen uit de praktijk. We hebben gemerkt dat de praktijkpartners het waarderen dat we niet ook tegelijk een oplossing formuleren. Dat doen collega’s in de praktijk veel liever zelf. Dat kunnen zij ook beter dan onderzoekers.”

Kennisagenda: actueel en levendig

Aan alle experts die bij het opstellen van deze kennisagenda zijn betrokken, hebben we gevraagd wat hun behoeften en verwachtingen zijn ten aanzien van een landelijke kennisagenda preventie en zorg thuis. Hun antwoorden laten zeer nadrukkelijk twee steeds terugkerende behoeften zien:

1. **Eén vindplaats voor kennis, best practices, instrumenten, e-learning modules, apps etc., gemakkelijk vindbaar en toegankelijk, goed ontsloten en actueel. Dit werkt ook kostenbesparend, omdat niet gelijktijdig op meerdere plaatsen hetzelfde wiel wordt uitgevonden.**
2. **Interactie via: nieuwsbrieven, discussies die opgestart worden, het in contact brengen van mensen en organisaties, elkaar persoonlijk kunnen spreken, bij elkaar in de keuken kijken.**

Zowel landelijke experts als wijkverpleegkundigen en verzorgenden benadrukken de waarde van het persoonlijk delen van kennis en ervaring als manier waarop men nieuwe kennis tot zich neemt. Dit is to-the-point, op maat, het krijgt veel meer beeld en kleur dan een artikel en beklijft beter.
Als middel is voorgesteld een regionale structuur voor preventie van Academische Werkplaatsen, grote thuiszorgorganisaties, universiteiten en hogescholen. In de vorm van een landelijk dekkend netwerk.

Als Academische Werkplaatsen onderschrijven wij deze twee behoeften volledig, waarbij we de tweede behoefte extra willen toelichten uit eigen ervaring.

Onze aanpak voor het opstellen van deze kennisagenda: we hebben in korte tijd veel experts uit onderzoek en onderwijs geïnterviewd, waarbij we ook steeds een kijkje in hun keuken kregen. Alle betrokkenen werkten hier graag aan mee en voor ons was het bijzonder interessant. We vonden het belangrijk om professionals uit de praktijk te betrekken en tijdens de zes regionale bijeenkomsten gaven alle deelnemers aan dat ze graag hieraan meewerkten en ook aangesloten willen blijven bij het vervolg. De mogelijkheid om kennis en ervaringen te delen met collega's werd zeer gewaardeerd.

In de Academische Werkplaatsen leggen we continu op regionaal niveau de verbinding tussen onderzoek, onderwijs en praktijk. Juist het bij elkaar in de keuken kijken, gezamenlijk werken aan onderzoek en toepassingen in de praktijk is van grote meerwaarde en geeft energie. De schaalgrootte is passend: voldoende groot voor het doen van onderzoek en klein genoeg om elkaar in het netwerk te kennen of snel te vinden.

Kennisagenda preventie en zorg thuis: een gedeelde ambitie

Naar aanleiding van met name de geconstateerde kloof tussen beschikbare kennis op het gebied van preventie en zorg en wat er daadwerkelijk wordt gebruikt door verzorgenden en verpleegkundigen, zijn wij van mening dat er een grote winst te behalen is door de verdere ontwikkeling van deze kennisagenda in samenhang op te pakken: onderzoek, onderwijs, beleid en praktijk samen. De ontwikkeling van kennis is pas klaar als deze kennis algemeen gebruiksgoed is geworden in de praktijk. Deze stap is het effectiefst als onderzoek en praktijk samenwerken.

Vanuit dit vertrekpunt en de behoeften ten aanzien van een actuele en levendige kennisagenda, stellen wij voor deze kennisagenda met de thema's en vraagstukken te gebruiken als start van een proces om een alliantie te vormen van mensen en organisaties die hun missie verbinden aan (een deel van) de kennisagenda. Binnen de contouren van de inhoudelijke betekenis gaan zij samen de ambitie bepalen en nemen ieder een deel van de uitvoering op zich. Dit heeft als grote voordeel dat er vanaf het begin draagvlak is, dat er meerdere trekkers zijn en meerdere organisaties actief samenwerken. Elke organisatie kan doen waar ze goed in is (bijvoorbeeld onderzoek doen, infrastructuur opzetten) en dat past bij haar belang. Er is ruimte voor grote en kleine spelers, lokale en landelijke organisaties en de financiële risico's zijn verspreid. Dit proces vergt in de aanloop tijd om organisaties te vinden en gezamenlijk tot afspraken te komen. Tegelijkertijd draagt ook deze fase met veel discussies direct bij aan het levend houden van de kennisagenda. Om te voorkomen dat de eindverantwoordelijkheid op deze manier versnipperd raakt, is het aan te bevelen om de taken en verantwoordelijkheden duidelijk te omschrijven en een jaarlijkse voortgangsmonitor in te stellen.

Naar voorbeeld van de drie Academische Werkplaatsen Thuiszorg kan de specifieke vraagarticulatie voor implementatie en/of onderzoek opgepakt worden vanuit kennis en onderzoeksinstituten, beleidsmakers en uitvoerende organisaties met als vertrekpunt de specifieke regionale context.

Tot slot adviseren wij het vervolg van deze kennisagenda te verbinden aan het vijfde Nationale Programma Preventie Alles is gezondheid, met name de onderdelen 'Wonen en leven in een gezonde wijk en omgeving' en 'Zorgpartijen actief in preventie'.

Informatiebronnen

Aart, I. van, Boer, M. de, Koops, A., Visscher, T. & Smits, C. (2013).
Leefstijlgerichte preventie ingebed in de zorg: met een cliëntgerichte aanpak het bereik vergroten. Onderzoeksrapportage.
Website: www.awtgezondheiddichtbij.nl/projecten.aspx Laatst geraadpleegd 28 maart 2014.

Actiz/ZonMw.
Preventie door de thuiszorg. Utrecht/Den Haag, 2011.

Alles is gezondheid… H
et Nationaal Programma Preventie 2014 - 2016.

Bakker, J. et al.
Visiedocument 'Eigen Regie als basis', 2013.

Boer, M. de, Koops, A., Visscher, T.L.S., Smits, C.H.M., Marcus-Varwijk, A.E. '
Werkmethodiek aandacht voor gezonde leefstijl in de zorg'. www.awtgezondheiddichtbij.nl/Download.aspx?File=850. 2013. Icare, Meppel/Windesheim Zwolle. (accessed maart 2014).

Brink-Melis, W.J., Derksen, R.E., Westerman, M.J., Renders, C.M., Seidell, J.C., Visscher, T.L.S.
The Local Implementation of a Chronic Disease Management Model for Childhood Overweight and Obesity. Obes Facts 2012;5:766-775.

Broekhuizen, K., Kroeze, W., Poppel, M.N. van, Oenema, A., Brug, J.
A systematic review of randomized controlled trials on the effectiveness of computer-tailored physical activity and dietary behavior promotion programs: an update. Ann Behav Med 2012;44:259-86.

Broese van Groenou, M.I. Informele zorg 3.0: *schuivende panelen, en een krakend fundament* [Informal care 3.0: Sliding panels and a cracking foundation]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2012.

Bureau Bartels, *Eindevaluatie Programma PreventieKracht,* in opdracht van ZoNMw, 2013.

CBO, website, http://www.cbo.nl/themas/eigen-regie. Laatst geraadpleegd 31-03- 2014.

Cecchini, M., Sassi, F., Lauer, J.A., Lee, Y.Y., Guajardo-Barron, V., Chisholm, D.
Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. Lancet 2010; 376: 1775-84.

Comijs, H. *Somatische en psychische problematiek bij ouderen; samenhang en zorggebruik*. Amsterdam: Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), 2012.

Derksen, R.E., Brink-Melis, W.J., Dam, J.J.M ten, Seidell, J.C., Visscher, T.L.S.
Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle SENIOREN. Eindrapport Kwalitatief Onderzoek. ATW Overgewicht. ZON-MW 2010.

Derksen, R.E., Brink-Melis W.J., Renders, C.M., Seidell, J.C., Visscher, T.L.S.
Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle KINDEREN. Eindrapport Kwalitatief Onderzoek. ATW Overgewicht. ZON-MW 2010.

Derksen, R.E., Brink-Melis, W.J., Westerman, M.J., Dam J.J.M. ten, Seidell, J.C., Visscher, T.L.S. *Implementing a national integrated health care standard on obesity in a local primary care setting: focus groups give necessary insights*. Fam Pract. 2012 Apr;29 Suppl 1:i177-i184.

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas. M.I., Corella, D., Arós F., Gómez-Gracia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventos, R.M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M.A., Sorlí, J.V., Martínez, J.A., Martínez-González, M.A.; *PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet*. N Engl J Med 2013; 368: 1279-90.

Finema, E., Smits, C. & Zwakhalen, S. *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*. Den Haag: Boom lemna, 2014.

Haterd, J. van de, Liefhebber, S. & Hollander, M. den. *Beroepscompetentieprofiel Verzorgende IG in de branche VVT*. Utrecht: Movisie, 2012.

Hendriks, A.M., Jansen, M.W., Gubbels, J.S., Vries, N.K. de, Paulussen, T., Kremers, S.P. *Proposing a conceptual framework for integrated local public health policy, applied to childhood obesity-the behavior change ball*. Implement Sci 2013;8:46.

Huber, M. *Mentale functies en zingeving zijn onderdeel van gezondheid*. Januari 2014.

Huber, M. *Positieve gezondheid in de praktijk, Samenvatting Invitational Conference,* 19 november 2013.

Knowler, W.C., Barrett-Connor, E., Fowler, S.E., Hamman, R.F., Lachin, J.M., Walker, E.A., Nathan, D.M. *Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin*. N Engl J Med. 2002; 346: 393-403.

Koopmans, B., Korevaar, J. e.a. *Preventie kan effectiever! Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg*. Utrecht: NIVEL, 2012.

Kremers, S.P.J., Bruijn, G.J. de, Visscher, T.L.S., Mechelen, W. van, Vries, N.K. de, Brug, J. *Environmental influences on energy balance-related behaviors: A dual-process view*. Int J Behav Nutr Phys Act 2006;3:9.

Kumanyika, S. *Minisymposium on obesity: overview and some strategic considerations*. Annu Rev Public Health 2001; 22: 293-308, 2001.

Lambregts, J. & Grotendorst, A. *Leren van de toekomst*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2013.

Lambregts J., projectgroep V&V 2020, Grotendorst. *Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel zorgkundige*. Utrecht: V&VN, 2012a.

Lambregts, J., Merwijk C. van. Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde Bachelor Nursing 2020 Op weg naar een toekomstbestendig opleidingsprofiel. Tussenrapportage juni 2014.

Lange, J. de, Sporrel, T., Verbeek, M. *Problemen met de instroom van oudere cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut (2007).

Luten, K.A., Winter, A.F., Dijkstra, A., Reijneveld, S.A. *Correlates of Physical Activity among Older Adults in a Deprived Rural Area in the Netherlands,* submitted.

Luten, K.A., Winter, A.F., Dijkstra, A., Reijneveld, S.A, *Developing an integrated community-based intervention on healthy eating and physical activity of older adults in a socioeconomically disadvantaged community: an Intervention Mapping approach,* submitted

McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A. *Practice Development in Nursing and Health Care*. Uitgever: Wiley Blackwell, 2013.

Michie S., Stralen M.M. van, West R. *The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions*. Implementation science 2011:6;42.

Movisie, *naar een succesvol sociaal wijkteam:* de blauwdruk bestaat niet., 2014.

Munten, G., Legius, M., Niessen, T., Snoeren, M., Jukema, J. & Harps-Timmermans A.
Practice Development. Naar duurzame verandering van zorg- en onderwijspraktijken. Den Haag: Boom uitgevers, 2012.

Netwerk platteland. Website www.netwerkplatteland.nl/cooperaties/cooperaties-goede-voorbeelden/ Laatst geraadpleegd 30-03-2014.

Nieboer, A.P., Erasmus Universiteit, Instituut voor Beleid en Management in de gezondheidszorg,
De wijkverpleegkundige als zichtbare schakel in de wijk in Rotterdam, 2013-02.

Oirschot, R. van, Soonieus, E., Bake, J., Kroon, R.
Eindrapportage Kennis in kaart. Succes en belemmeringsfactoren voor het versnellen van opschaling van innovaties, Den Haag: Zorginnovatieplatform, 2010.

Ondersteuningsprogramma W+W+Z: Maak het samen!
Uit van Kenniscentrum Wonen- Zorg van Aedes – Actiz.

Peeters, J., Wiegers, T., Bie J. de & Friele.
Overzichtstudies. *Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!* Utrecht: Nivel, 2013.

Persoonsgerichte zorg, lijf en leven, Kennisplein Chronische Zorg / Vilans.

Platform Personalized Prevention,
Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt. Publiek-privaat samenwerken aan gezondheid en zelf kiezen voor leefstijl. Den Haag: Boom Lemma (2012).

Poel, A. van der, Spijkerman, M., Rooijen, I. van.
Preventie in de buurt, Resultaten van PreventieKracht Dicht bij Huis, 2009-2011,TSG (2013).

Pol, A., *Werken vanuit zelfregie, hoe pak ik dat aan?,* Movisie 2012.

Pomp, M. *Gezond en actief ouder worden. Healthy Ageing*. Groningen: UMCG, 2011.
Partnerschap Overgewicht Nederland, Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, november 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Wijkgericht Werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk*, 2012.

RIVM. Website www.loketgezondleven.nl\gemeente-en-wijk\gezonde-wijk\uitvoeren-gezonde-wijk\samenwerken\voorbeelden-en-materialen. Laatst geraadpleegd 30-03-2014.

Romon, M., Lommez, A., Tafflet, M., Basdevant, A., Oppert, J.M., Bresson, J.L., Ducimetière, P., Charles, M.A., Borys, J.M.
Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. Public Health Nutr 2009; 12: 1735-42.

Sacher, P.M., Kolotourou, M., Chadwick, P.M., Cole, T.J., Lawson, M.S., Lucas, A., Singhal, A.
Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity. Obesity 2010; 18 Suppl 1: S62-8.

Schuurmans, M., Lambregts, J., projectgroep V&V 2020, Grotendorst, A.
Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundige. Utrecht: V&VN, 2012b.

Seidell, J.C., Beer, J.J.A. de, Kuijpers, T.
CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. CBO. 2009.

Smits, C., Hettinga, M.
ICT voor mensen met dementie: ethische uitdagingen voor de professionele beroepsrollen. In: Provincie Utrecht. Een verkenning van de grenzen. Ethische overwegingen bij zorg op afstand. 32-40. Utrecht: Provincie Utrecht, 2010.

Smits, C., Hettinga, M., Mulder, A. (red).
Communities van en voor ouderen: een wereld van kansen. Communities of older adults: opportunities. Den Haag: Boom/Lemma, 2011.

Slaets, J., Bakker, P., Hilberts, R. & Meininger, A.
Ouderenzorg: samen ontwikkelen, samen opleiden en samenwerken. Uit: CBOG (2010). Essaybundel; Gedeelde verantwoordelijkheid en vertrouwen.

Sok, A. e.a. *Samenwerken in de wijk, actuele analyse van sociale wijkteams*. Movisie 2013.

Span, M., Smits, C.,
Leaderschip Manifestions in Care for Older Adults: A Qualitative Study in a Care Innovation Program, NERP 2013; 4:138-46.

Span, M., Hettinga, M., Vernooij-Dassen, M., Eefsting, J., Smits, C.
Involving people with dementia in the development of supportive IT applications: A systematic review. Ageing Research Reviews 12, 535-551, 2013.

Stichting Informatievoorziening Gezondheid en Trimbosinstituut (2013).
Factsheet Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland 2003 – 2012. Partnership Vroegsignalering Alcohol 30 mei 2013.
Website www.vroegsignaleringalcohol.nl laatst geraadpleegd 31 maart 2014.

Swinburn, B., Egger, G., Raza, F. Dissecting Obesogenic Environments: *The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity.* Preventive Medicine 1999; 29: 563–570.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M.
Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344: 1343-50.

V&VN (2014).
Start Project Verpleegkundige indicatiestelling. Website: http://www.venvn.nl/Actueel/tabid/1454/ctl/Details/ArticleID/9926/mid/2969/Start-project-Verpleegkundige-indicatiestelling.aspx laatst geraadpleegd 29-3-2014.

Vandenbroeck, I.P., Goossens, J., Clemens, M.
Foresight Tackling Obesities: Future Choices—Building the Obesity System Map. Government Office for Science, UK Government's Foresight Programme <http://www.foresight.gov.uk/Obesity/12.pdf> (2007). Accessed March 2014.

Rooijen, I. van, Lier, I. van, Bijsterveld, M. van.
Preventie door de thuiszorg. Analyse van ontwikkelingen en kansen, 2011.

Rooijen, I. van, Krol, J.& Toppen, A.
Het stokje overdragen. Verder met preventie en de opbrengsten van het ZonMw-programma PreventieKracht. Den Haag: ZonMw, 2014.
Vliet, J. van & Jukema, J. (2014). Perspectieven op ouder worden en de sociaal professional. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Veer, A., Francke, A. L.
Rapport preventie en zelfmanagement, visie en ervaring van zorgprofessionals NIVEL, 2013.

Veuger, A.
Welzijn + Zorg = WinWin Meer welzijn minder zorgkosten, Mogroep, 2013.

VNG, *Sociale wijkteams in ontwikkeling. Inrichting, aansturing en bekostiging.* I.s.m. gemeente Eindhoven, gemeente Enschede, Leeuwarden, Utrecht, Zaanstad, Transitiebureau WMO, Transitiebureau Jeugd, 2013.

Walters, M.E. *Clienten op weg naar een Goud Leven,* Academische Werkplaats Thuiszorg Oost Groningen, maart 2012.

Walters, M.E., Winter, A.F., Reijneveld, S.A., Dijkstra, A.
The association of individual and work-related factors with the provision of preventive activities by home health care nurses and aides, submitted.

Walters, M.E., Dijkstra, A., Winter, A.F., Reijneveld, S.A.
Development of a training for home health care workers to promote preventive activities focused on a healthy lifestyle: an Intervention Mapping approach, submitted.

Wevers, G., Gijsbers, G. *Innoveren in gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg,* TNO, 2013.

Zonnehuisgroep Vlaardingen, *Zou het zo simpel zijn, Zonnehuizen investeren in Zorggemeenschap,* 2013

Zorgstandaard, onder auspiciën van de Hartstichting, Cardiovasculair Risicomanagement, 2013

Drie Academische Werkplaatsen Thuiszorg

ZonMw heeft in 2007 de oprichting van de Academische Werkplaatsen Thuiszorg (AWT) geïnitieerd in het kader van haar programma PreventieKracht Dicht bij Huis.
Dit zijn:

AWT Oost-Groningen

Zorggroep Meander
Universitair Medisch Centrum Groningen
Rijksuniversiteit Groningen
Hanzehogeschool Groningen

AWT Dementie

De Zellingen
Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam
Van Kleef Instituut
HSB De Vijverhof

AWT Gezondheid Dichtbij

Stichting Icare
Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (Hogeschool Windesheim/ VU en VUmc)
GGD IJsselland
Medrie
CJG Zwolle
Isalaklinieken
Gemeente Zwolle

DE KRACHT EN WAARDE VAN DE ACADEMISCHE WERKPLAATSEN THUISZORG

Innovatief samenwerken tussen onderzoekers en professionals uit de praktijk.

Het onderzoek komt voort uit een vraag van de praktijk (behoeften van cliënten, mantelzorgers, professionals). De onderzoeker en professionals stellen gezamenlijk de onderzoeksvraag en onderzoeksopzet op. Eventuele tussenresultaten en het eindresultaat worden gezamenlijk besproken voordat er conclusies worden getrokken.
Deze manier van onderzoek doen, heeft direct een positief effect op het kennisgestuurd handelen van de professional en een eventuele implementatie in de praktijk [ZonMw, het stokje overdragen].

Praktijkgestuurd onderzoek: krachtige opmaat naar implementatie.

De medewerking aan onderzoek geeft de praktijkwerkers nieuwe energie, ze gaan bewuster met kennis of vragen om. De nieuwe inzichten uit onderzoek worden opgenomen in onderwijs en bijscholing waardoor professionals direct profiteren van actuele kennis. De professionals in de zorg krijgen trainingen op maat over de nieuwste inzichten uit onderzoek waardoor hun kennis en kunde up-to-date is.

Het hart voor praktijkgericht onderzoek.

Studenten en onderzoekers hebben de mogelijkheid om nieuwe kennis op te doen in de praktijk, hun eigen (nieuwe) kennis te toetsen en te delen met professionals. Onderzoekers hebben gemakkelijk toegang tot de professionals in de praktijk. Daardoor kunnen ze hun methodologie beter afstemmen op behoeften en uitdagingen van die praktijk. Professionals worden uitgedaagd na te denken over de onderbouwing van ingezette acties en de resultaten van hun handelen (waarom doe ik wat ik doe en wat levert dat op?). De studenten maken kennis met de doelgroep van een academische werkplaats.

Samenwerking op regionaal niveau.

De regio van een academische werkplaats is voldoende groot om als onderzoeksgebied te fungeren met voldoende partijen om de lasten te delen, en die ook weer niet te groot is, zodat mensen elkaar kennen of tenminste bekend zijn met de andere organisatie. De regio wordt vooral begrensd door het gezamenlijke regionale belang van de betrokken organisaties.

Een Academische Werkplaats Thuiszorg is een samenwerkingsverband van organisaties uit de zorg, onderzoek en onderwijs. In een academische werkplaats werken onderzoekers, beroepskrachten, beleidsmakers, onderwijsprofessionals en studenten samen aan het ontwikkelen en implementeren van inhoudelijke kennis over de doelgroep.
Het resultaat van deze samenwerking is dat de praktijk meer op kennis gebaseerd gaat werken en de onderzoeksinstelling meer praktijkgericht onderzoek gaat uitvoeren. De verkregen kennis wordt vertaald naar bruikbare producten voor onderwijs en zorgverlening, die voor iedereen verkrijgbaar zijn. Dit kunnen bijvoorbeeld tools zijn, beproefde interventies met een handleiding, bijscholings- en lespakketten.

AWT Oost Groningen	
Gezonde Leefstijl	De werkplaats heeft samen met partners het project Goud Leven gestart, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid, participatie en kwaliteit van leven, evenals het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen van de 55-plussers en cliënten van Zorggroep Meander in Veendam.
Resultaten	De ontwikkelde interventie richt zich op 55-plussers met een ongezonde leefstijl, rekening houdend met een zwakke sociaal-economische positie. De interventies zijn bedoeld om mensen van de doelgroep te stimuleren om meer te bewegen en gezonder te eten. Voor de interventie is gekozen om te werken vanuit een community-benadering. Tegelijkertijd liep er een interventie voor thuiszorgprofessionals om hen te stimuleren tot het uitvoeren van preventieve activiteiten gericht op meer bewegen en gezonde voeding bij cliënten. De twee ontwikkelde interventies, de wijkgerichte interventie en de interventie gericht op thuiszorgmedewerkers, zijn geëvalueerd op proces en effect.
Informatie	www.goudleven.nl www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/PreventieKracht_dicht_bij_huis/AWT_Oost-Groningen.pdf

AWT Dementie	
Vragen uit de praktijk (zorgaanbieders, gemeente, welzijnsorganisaties, woningbouwcorporatie, etc.) kunnen op ieder moment gesteld worden en daarnaast inventariseert de AWT eens per jaar actief de vragen die er leven. De vragen worden beantwoord op een passende manier: met een adviesgesprek, het organiseren van een bijeenkomst of een workshop, het geven van een lezing of presentatie, het doen van een kort praktijkgericht onderzoek met studenten of het opzetten van een groter onderzoek waarvoor apart subsidie wordt aangevraagd.	**AWT Dementie voor mensen met dementie, mantelzorgers en professionals in Capelle- Krimpen a/d IJssel**
Kaartje vroegsignalering dementie Kaartje met 10 communicatietips Boekje 'Dementie en regie' Boekje '100 tips voor thuis' Handboek 'Plezierige Activiteiten Methode Lespakketten MBO 3: zes modules over dementie met docentenhandleiding	**Resultaten**
www zorginnovatie.hr.nl/Onderzoek/Academische-Werkplaats/ www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/verankering-academische-werkplaats-dementie/samenvatting/	**Informatie**

AWT Gezondheid Dichtbij	
Verbinden van preventie en zorg voor chronisch zieken en risicogroepen	Praktijkvragen van professionals vanuit zorg en welzijn hebben geleid tot verschillende onderzoeksprojecten in de regio Zwolle. De werkplaats is gestart met twee projecten gericht op de preventie en behandeling van kinderen en senioren met overgewicht en obesitas vanuit een keten. Hierna is de focus verbreed naar het verbinden van preventie en zorg voor chronisch zieken en risicogroepen. De gegenereerde kennis is door medewerkers uit onderzoek en praktijk vertaald naar praktische hulpmiddelen, trainingen en tips voor implementatie. Voor het project Aandacht voor Leefstijl hebben Vilans en CBO de landelijke implementatie op zich genomen.
Resultaten	Zorgprogramma gezond gewicht kinderen Artikel ketenzorg kinderen in Zorgprogramma gezond gewicht senioren Artikel ketenzorg senioren Werkmethodiek 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn Factsheet 'Gezond gewicht kinderen, jou een zorg' Werkboek Gezond Gewicht
Informatie	www.zorgvoorgezondgewicht.nl: zorgprogramma's gezond gewicht www.nigzwolle.nl factsheet en werkboek Gezond Gewicht www.awtgezondheiddichtbij.nl: werkmethodiek aandacht voor (on)gezonde leefstijlen en onderzoeksrapportages b.degroen@vilans.nl/j.backx@cbo.nl: landelijke ondersteuning voor implementatie van de werkmethodiek Aandacht voor leefstijl

Deelnemers aan de kennisagenda

Deze kennisagenda is tot stand gekomen met de medewerking van onderstaande personen:

Landelijke experts

Baris, Jooske
coördinator Kennisplatform Demografische Transitie, Platform31

Bierlagh, Desiree
adviseur, V&VN

Bon-Martens van, Marja
programmahoofd Epidemiologie & Nationale Monitor Geestelijke, Gezondheid Trimbos Instituut

Dijkstra, Evelien
programma Zichtbare Schakel, ZonMw

Groen de, Barbara
senior adviseur Wijkgericht werken, Vilans

Jongh de, Danielle
oördinator Gezonde Wijk, RIVM Centrum Gezond Leven

Lambregts, Johan
Bureau Lambregts

Mierlo van, Caroline
directeur Instituut Verpleegkunde Studies Hogeschool Arnhem Nijmegen

Moes, Nicolette
regiomanager Indigo Drenthe

Opheij, Wilfrid
partner Common Eye BV

Peters, Anita
senior projectleider Sociale Zorg Movisie

Rooyen van, Ines
programmasecretaris PreventieKracht , ZonMw

Vaalburg, Annemarie
adviseur Innovatie, V&VN

Expertgroepen verpleegkundigen en verzorgenden

Bekooij, M
verzorgende Activit

Biharie-Sitaram, Melany
verzorgende De Zellingen

Blaauw, Trees
zorgkundige Zorggroep Meander

Blom, Carolina
verzorgende De Zellingen

Bos, A
wijkverpleegkundige Activit

Both, A
wijkverpleegkundige De Zellingen

Bouman, Nienke
verpleegkundige De Stouwe, Stichting Zorg en Dienstverlening

Bronsveld, Y.
casemanager dementie Careijn

Bruns, Anke
wijkverpleegkundige Zorggroep Meander

Buit, Ria
zorgkundige Zorggroep Meander

Daalhuizen, S.
wijkverpleegkundige Careijn

Daleman, Petra
zorgkundige Zorggroep Meander

Da Veiga Mendes, E.
wijkverpleegkundige Careijn

Derks, Marijke
verzorgende IG De Stouwe, Stichting voor Zorg en Dienstverlening

Dijk van, Aly
verzorgende IG Stichting Icare

Dijkema, Marieke
verpleegkundige Zorggroep Meander

Dorlandt, J
verzorgende Activit

Eijk van, Violieke
wijkverpleegkundige Careijn

Funk, Marcel
staigaire Zorggroep Meander

Gelder van, R.
wijkverpleegkundige Activit

Glazenburg, Brenda
zorgkundige Oude Pekela (Mannet Tholen)

Graafland-Kampen van, I.
verzorgende Careijn

Halderen van, Eline
verpleegkundige Careijn

Hartman, Margreeth
verpleegkundige Stichting Icare

Heidekamp, Jitske
zorgkundige Zorggroep Meander

Jong de, Yvon
wijkverpleegkundige Zorggroep Meander

Kostwinder, Ina
zorgkundige Zorggroep Meander

Laan-Velthuis van de, Janneke
zorgkundige Zorggroep Meander

Lagemaat van de, D.
wijkverpleegkundige Careijn

Lammerts, Michaela
zorgkundige Zorggroep Meander

Leer van der, Ria
wijkverpleegkundige Careijn

Leeuwerk de, J.
wijkverpleegkundige Buurtzorg Nederland

Lopes, Jolanda
casemanager dementie De Zelingen

Mieremet, W.
casemanager dementie Careijn

Musch, Ilona
zorgkundige Zorggroep Meander

Rosing, Jenny
zorgkundige Zorggroep Meander

Rozema, Alida
zorgkundige Zorggroep Meander

Rubingh, Ellen
verpleegkundige Zorggroep Meander

Schouten, Nicolette
verpleegkundige Stichting Icare

Schoehuizen, Joke
wijkverpleegkundige Humanitas

Sieljes, Inge
verpleegkundige Stichting De Thuiszorg Icare

Steenstra, Damanda
zorgkundige Zorggroep Meander

Westrik, Jenny
verpleegkundige Stichting Icare

Wetering van de, Ge
wijkverpleegkundige Zorggroep Meander

Visser, Laura
verpleegkundige Careijn

Betrokkenen Academische Werkplaatsen

Bijker, Jenine
projectleider Academische Werkplaats Thuiszorg Oost-Groningen

Boer de, Margriet
beleidsmedewerker, Stichting Icare

Daeter, Laura
onderzoeker en docent Kennisinstituut Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam

Dijkstra, Arie
hoogleraar Gezondheidspsychologie, Rijksuniversiteit Groningen

Hogeboom, Bert
regiodirecteur Stichting Icare

Jongh de, Ruth
voorzitter Academische Werkplaats Dementie, De Zellingen

Klaassen, Annemarie
projectleider Van Kleef Instituut

Koning, Rina
leidinggevende Zorggroep Meander

Lange de, Jacomine
lector Transities in de zorg, Hogeschool Rotterdam

Lier van, Riny
Beleidsmedewerker, Actiz

Luten, Nienke
verzorgende IG De Stouwe, Stichting voor Zorg en Dienstverlening

Mensen, Monique
onderzoeker Innoveren in de Ouderenzorg en docent Verpleegkunde Hogeschool Windesheim

Meidam, Jacqueline
projectondersteuner Zorggroep Meander

Meulen van der, Anja
wijkmanager Zorggroep Meander

Nijhof, Elvira
directeur Van Kleef Instituut

Rosendal, Henk
lector Wijkzorg, Hogeschool Rotterdam

Smits, Carolien
lector Innoveren in de Ouderenzorg, Hogeschool Windesheim

Theeuwen, Marina
projectleider Academische Werkplaats Thuiszorg Dementie

Visscher, Tommy
Coördinator onderzoekscentrum Preventie overgewicht, lector Healthy city VU-Windesheim

Vos, Monique
leidinggevende Zorggroep Meander

Voorham, Toon
lector Verloskunde en Publieke Gezondheid Hogeschool Rotterdam

Implementatievraag

Onderzoeksvraag

Professionalisering	Samenwerking	Organisatorische- en randvoorwaarden
Thema A: Eigen regie cliënt		
Welke competenties hebben verpleegkundigen en verzorgenden nodig om cliënten te ondersteunen bij het nemen van eigen regie?	Hoe kunnen taken in een zorgteam verdeeld worden om als team kwalitatief goede zorg en preventie te bieden afgestemd op de behoeften van de zorgvrager?	Welke organisatorische randvoorwaarden zijn nodig om de eigen regie van de cliënt centraal te kunnen stellen?
Hoe bereik je dat competenties benodigd om cliënten te ondersteunen bij het nemen van eigen regie toegepast worden in de praktijk?	Welke zeggenschap heeft de cliënt op de taakverdeling binnen een team?	Hoe kun je technologie en e-health inzetten bij het ondersteunen van cliënten bij het nemen van eigen regie?
Welke effecten heeft het toepassen van deze competenties op de eigen regie van de cliënt ten aanzien van het gezond gedrag van de cliënt?		Wat zijn de effecten van de inzet van e-health en technologie bij het bevorderen van gezond gedrag, zelfmanagement en eigen regie van cliënten in de thuissituatie?
Welke effecten heeft het toepassen van tools op de eigen regie van de cliënt ten aanzien van het gezond gedrag van de cliënt?		Welke mogelijkheden en belemmeringen zijn er ten aanzien van technologie ter ondersteuning van eigen regie van de cliënt?
Welke effecten heeft het toepassen van tools op de eigen regie van de cliënt ten aanzien de zorgconsumptie?		
Hoe kunnen verpleegkundigen en verzorgenden bestaande tools gebruiken om het professionale en persoonlijke netwerk van de cliënt stimuleren?		
Thema B: Integraal werken aan zorg en preventie		
Welke competenties hebben verpleegkundigen en verzorgenden nodig om integraal te kunnen werken aan zorg en preventie?		Wat levert het integraal werken aan zorg en preventie op voor verpleegkundigen en verzorgenden?
Hoe kunnen best practices worden ingezet voor het bevorderen van het integraal werken aan zorg en preventie?		Wat levert het integraal werken aan zorg en preventie op voor organisaties?
Welke effecten worden behaald met de huidige best practices op het integraal werken aan zorg en preventie (gezond gedrag, ervaren gezondheid en zorgconsumptie, kosteneffectiviteit)?		Wat levert het integraal werken aan zorg en preventie op voor gezond gedrag van burgers?
Wat kan bereikt worden met het koppelen van de gegevens over gezond gedrag op wijkniveau (populatiegegevens) en individueel niveau (clienten) door de verpleegkundige?		Hoe kan de evidence over de effectiviteit van gezondheidsbevordering in zorg en preventie beter ontsloten worden?

Professionalisering	Samenwerking	Organisatorische- en randvoorwaarden
Thema C: Wijkgericht werken aan preventie en zorg		
Hoe kunnen verpleegkundigen gestimuleerd worden om meer gebruik te maken van gegevens uit wijkanalyses vanuit GGD (gemeente) en Regionale Ondersteuningsstructuur?	Hoe kunnen gemeenten en zorg- en welzijnsorganisaties elkaar vinden in het streven naar gezonde burgers?	Wat heeft een wijkverpleegkundige nodig om individuele gegevens ten aanzien van gezond gedrag te koppelen aan wijkanalyses (GGD, gemeente, Regionale Ondersteuningsstructuur) als basis voor een wijkgerichte aanpak?
Hoe kunnen best practices ten aanzien van intersectorale samenwerking op het terrein van preventie, die beschikbaar zijn vanuit recente projecten en onderzoeken, sociale wijkteams bereiken?	Hoe kan de lokale samenwerking tussen sociale en zorgprofessionals geoptimaliseerd worden?	
	Wat is het effect van integrale samenwerking van zorg- en welzijnsorganisaties op lokaal niveau op gezond gedrag van de cliënt?	
Thema D: Rollen van verpleegkundigen en verzorgenden		
Welke rol kunnen verpleegkundigen spelen bij ggz-problematiek?	Hoe stem je rollen en taken van (specialistisch) verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg op elkaar af?	Welke voorwaarden zijn nodig om verdere professionalisering van verpleegkundigen mogelijk te maken, zodat er meer master- en specialistisch verpleegkundigen hun intrede doen in de praktijk?
Welke competenties hebben verpleegkundigen nodig, zodat zij zich met zorg en preventie niet alleen richten op somatische aandoeningen maar ook op psychische aandoeningen?	Op welke manier kan de lokale samenwerking ter ondersteuning van cliënten met ggz-problematiek vorm krijgen?	Hoe bereik je dat monitoring van preventie en zorg in het werk van verpleegkundigen en verzorgenden structureel ingebed wordt?
Hoe kan bereikt worden dat verpleegkundigen hun competenties inzetten, zodat zij zich met zorg en preventie richten op somatische en psychische aandoeningen?		Hoe dienen organisaties hun structuur en arbeidsvoorwaarden te veranderen om de nieuwe rollen in het professioneel handelen te ondersteunen?
Wat zijn de effecten die behaald worden doordat verpleegkundigen zich met zorg en preventie richten op somatische én op psychische aandoeningen?		
Welke drempels werpt een ongezonde leefstijl van de zorgprofessional zelf op bij de uitvoering van preventietaken in relatie tot de cliënt en hoe kunnen deze drempels weggenomen worden?		
Hoe kunnen HBO- en MBO-opleidingen een rol spelen bij het scholen van toekomstige en huidige verpleegkundigen en verzorgenden, zodat ze met hun competenties aansluiten bij de veranderende verwachtingen ten aanzien van zorg en preventie thuis?		

zorggroepmeander
vertrouwd en dichtbij

correspondentie
Postbus 76
9640 AB Veendam

telefoon
(0598) 68 68 68
internet
www.zgmeander.nl

ZorggroepMeander
ZGMeander
zorggroep-meander

Drie Academische Werkplaatsen
Thuiszorg

AWT Oost-Groningen
- Zorggroep Meander
- Universitair Medisch Centrum Groningen
- Rijksuniversiteit Groningen
- Hanzehogeschool Groningen

AWT Dementie
- De Zellingen
- Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam
- Van Kleef Instituut
- HSB De Vijverhof

AWT Gezondheid Dichtbij
- Stichting Icare
- Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht
- Zwolle (Hogeschool Windesheim/ VU en VUmc)
- GGD IJsselland
- Medrie
- CJG Zwolle
- Isalaklinieken
- Gemeente Zwolle.

Deze brochure is mede mogelijk gemaakt door: ZonMw