



DE ERVAREN WAARDE VAN DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN DE WIJK

Een kwalitatief beschrijvend onderzoek vanuit het perspectief van wijkverpleegkundigen, cliënten en naasten binnen Buurtzorg Nederland



Auteur: Marjolein Hetterscheid

Studie: Master Advanced Nursing Practise, cohort 2019–2021

Opleidingsinstituut: Saxion Hogescholen, locatie Enschede

Module: EBP 3 (Meesterproef)

Eerste beoordelaar: Karin Dijkstra

Tweede beoordelaar: Annemieke van der Horst

Aantal woorden: 8181

Apeldoorn, 10-06-2021

Voorwoord

Deze meesterproef is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de studie Master Advanced Nursing Practise, te Saxion in Enschede. Bij het opstellen van het onderzoeksplan heb ik begeleiding mogen ontvangen van docent Katja Lanting (MSc). Het afgelopen halfjaar stond in het teken van de uitvoering het onderzoek. Ik heb daarbij betrokken begeleiding gehad van docent Karin Dijkstra (Associate lector, wekgroep- / meesterproefbegeleider). Ik wil beide docenten bedanken voor het meedenken en het geven van feedback om zodoende stappen te kunnen zetten en tot dit eindresultaat te komen. Annemieke van der Horst (docent/ onderzoeker) wil bedanken voor de consultlessen kwalitatief onderzoek, welke ik als zeer waardevol heb ervaren. Ook ben ik veel dank verschuldigd aan mijn medestudenten Noëlle Messink en Lisette Bruins, voor hun betrokkenheid en feedback.

Daarnaast wil ik Buurtzorg Nederland bedanken voor de kans om opgeleid te worden als Verpleegkundig Specialist (VS), waarbij ik tevens een deel mag uitmaken van de projectonderzoeksgroep naar de VS in de wijk. Verpleegkundig Specialisten: Renske Willems en Mirjam de Leede dank voor het meelesen en geven van feedback en het vertrouwen wat jullie mij gegeven hebben, dit geldt eveneens voor mijn praktijkbegeleidster Judith Verhoef. Speciale dank gaat uit naar Anneke van Vught (Associate lector HAN en projectleider van het onderzoek naar de VS in de wijk), voor de motiverende feedback en haar enthousiasme. Alle participanten wil ik bedanken voor hun deelname en inbreng.

Tot slot wil ik mijn moeder, familie en vrienden bedanken voor alle geduld en steun.

Ik wens u veel leesplezier!

Marjolein Hetterscheid

Juni 2021, Apeldoorn

Verklaring van originaliteit

Hierbij verklaar ik, Marjolein Hetterscheid geboren op 19 december 1992 te Apeldoorn, auteur te zijn van dit onderzoeksverslag, ook wel meesterproef genoemd. Het betreft een kwalitatief fenomenologisch beschrijvend onderzoek naar de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist (VS) in de wijk vanuit het perspectief van wijkverpleegkundigen, cliënten en naasten. Indien ik gebruik heb gemaakt van reeds eerder verricht onderzoek door anderen wordt hiernaar verwezen in de tekst. Het onderzoek is door mijzelf uitgevoerd, met supervisie van Karin Dijkstra (werkgroep-/meesterproef begeleider Saxion) en ondersteuning van Renske Willems (Verpleegkundig Specialist Buurtzorg Nederland, project lid onderzoeksproject naar de VS in de wijk) en Anneke van Vught (Associate lector taakherschikking HAN en projectleider van het onderzoek naar de VS in de wijk).

Marjolein Hetterscheid



Datum: 10-06-2021

Plaats: Apeldoorn

Samenvatting

Probleemstelling

Door her-organisatie is het mogelijk om de toenemende zorgvraag in Nederland te beantwoorden zonder toename van kosten. Buurtzorg Nederland is vooruitstrevend in de implementatie van de verpleegkundig specialist (VS) in de wijk. De functie is nog niet geëvalueerd. De onderzoeksvraag luidde: “Wat is de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de VS binnen Buurtzorg Nederland vanuit het perspectief van wijkverpleegkundigen, cliënten en hun naasten?”

Methode

Het betrof een fenomenologisch beschrijvend kwalitatief onderzoeksdesign. Waarbij middels semi- gestructureerde interviews aan de hand van een topiclijst data werd verzameld. Zes wijkverpleegkundigen, drie cliënten met naasten en één cliënt namen deel aan het onderzoek nadat zij middels purposive sampling uitgenodigd waren. Data- analyse vond plaats middels de methode van Brown & Clarke. De interviews werden opgenomen en werden vervolgens getranscribeerd. De transcripten werden gecodeerd met behulp van het softwareprogramma Atlas.ti en de verkregen data werd ondergebracht in thema's.

Resultaten

De volgende hoofdthema's kwamen naar voren: de kenmerken van de VS in de wijk, waarde beleving en kansen.

Conclusies

De VS in de wijk werd gewaardeerd om haar holistische brede blik die medisch en verpleegkundig is. Ze bezit goede gespreksvaardigheden en fungeert als schakel tussen wijkzorgteams en huisartsen waardoor zij bijdraagt aan een betere multidisciplinaire samenwerking. De VS werd gezien als vraagbaak en kennis in wijkzorgteams nam toe wanneer een VS betrokken was. De laagdrempelige toegankelijkheid en haar anticiperende vermogen werd geprezen. Cliënten waren positief over de vertrouwensband met de VS. Een belemmering is versnippering van zorg. Onbekendheid omtrent de functie is actueel, wat mogelijk tot een gevoel van autonomieverlies bij wijkverpleegkundigen in de regio leidt.

Implicaties

Vervolgonderzoek werd aanbevolen. Meer duidelijkheid creëren rondom de functie van VS in de wijk werd geadviseerd evenals blijvende verbintenis tussen VS en wijkzorgteams. Om meer wijkzorgteams en cliënten te kunnen bedienen zijn meer VS'en nodig.

Abstract

Background

By organizing the care in a different way it is possible to cope with the increasing demand for care in the Netherlands without increasing costs. Buurtzorg Nederland is a precursor in the implementation of the Nurse Practitioner (NP) in primary care. The function has not been evaluated yet. The research question was: “What is the perceived value with regard to the deployment of the Nurse Practitioner within Buurtzorg Nederland from the perspective of district nurses and clients and their loved ones?”

Methods

It concerned a phenomenologically descriptive qualitative research design. Data was collected by semi-structured interviews based on a topic list. Participants were invited to participate through purposive sampling. Six district nurses, three clients with relatives and one client without a relative were conducted in the study. The data was analyzed using the method of Brown & Clarke. The audio of the interviews were recorded. The interviews were transcribed. The transcripts were coded using the Atlas.ti software program, the data was divided into themes.

Results

The following themes emerged: the characteristics of the NP in primary care, value perception and opportunities.

Conclusions

The NP in primary care was valued for its holistic and broad view that is both medical and nursing. She has good conversation skills and was seen as a link between community care teams and general practitioners and contributed to better multidisciplinary collaboration. Participants experienced the NP as a source of information, knowledge in community care teams increased when a NP was involved. The low-threshold accessibility of the NP and their ability to anticipate were praised. Clients were positive about the relationship of trust with the NP. Fragmentation of care was seen as a barrier. Unfamiliarity with the position is current, which may lead to a sense of loss of autonomy among district nurses in the region.

Implications

Follow-up research was recommended. Creating more clarity around the role of NP in primary care was advised, as well as a lasting connection between NP and community care teams. More NP's are needed to serve more community care teams and clients.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	3
Probleemstelling.....	3
Methode.....	3
Resultaten	3
Conclusies.....	3
Implicaties	3
Abstract	4
Background.....	4
Methods.....	4
Results	4
Conclusions	4
Implications	4
1. Inleiding.....	7
1.1 Achtergrond.....	8
1.2 Probleemstelling	9
1.3 Doelstelling.....	9
1.4 Onderzoeksvraag	10
2. Methode.....	11
2.1 Design	11
2.2 Onderzoekspopulatie	11
2.3 Dataverzameling	14
2.4 Data analyse.....	15
2.5 Ethische verantwoording	17
3. Resultaten.....	18
3.1 Participanten	18
3.2 Kenmerken van de VS in de wijk.....	19
Kenmerken en verwachtingen.....	19
Schakel	20
Breed inzetbaar	20

Vraagbaak.....	21
3.3 Waarde beleving.....	21
Toename van kennis binnen wijkzorgteams	21
Laagdrempelige toegankelijkheid	22
Proactieve zorg	23
Vertrouwensband	23
Regiebehandelaarschap.....	24
Belemmerende factoren.....	25
3.4 Kansen.....	26
Vergrijzing	26
Behoudt van korte lijntjes.....	27
Meer bekendheid	27
Randvoorwaarden	28
Profileren Buurtzorg Nederland	29
4. Discussie	29
5. Conclusie	31
6. Implicaties voor de praktijk	32
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	32
Aanbevelingen dagelijkse praktijk	32
Literatuurlijst.....	34
Bijlage	37
A. Toestemming werkgever	37
B. Informatiebrief.....	38
C. Informed consent.....	42
D. Thema's, subthema's en codes	44

1. Inleiding

In Nederland staan momenteel 4077 Verpleegkundig Specialisten geregistreerd in het Verpleegkundig Specialisten register (V&VN, 2020), waarvan 2822 in de Algemene Gezondheidszorg (AGZ). Cijfers van de Verpleegkundig Specialist in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn niet exact bekend (van Klaveren & van der Meer, 2017). Buurtzorg Nederland is een voorloper in de implementatie van de VS in de wijk. Buurtzorg Nederland is met ruim 13.500 medewerkers de grootste aanbieder van persoonlijke verzorging en verpleging thuis (Kuitert, 2020). Wijkzorgteams bestaan uit ziekenverzorgenden, verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen. Inmiddels werken eveneens elf Verpleegkundig Specialisten verspreid door Nederland voor Buurtzorg Nederland en zijn er tien Verpleegkundig Specialisten in opleiding. Jaarlijks starten gemiddeld vijf nieuwe Verpleegkundig Specialisten in opleiding.

De Verpleegkundig Specialist (VS) biedt uitkomst en aanvulling in de huidige tijd waarin zorg complexer wordt en cliënten ouder worden en langer thuis moeten blijven wonen. Huisartsen en medische specialisten kunnen in de steeds krapper wordende arbeidsmarkt niet meer alles alleen. De VS in de eerstelijnsgezondheidszorg is in staat verpleegkundige en medische behandelingen te combineren (V&VN, z.d.) De VS is in staat hoog complexe verpleegkundige, eenvoudig tot matig complexe medische en/of (psycho)sociale zorg te verlenen (Lambregts & Grotendorst, 2020). Samen met het wijkzorgteam kan de VS, als regie-voerend behandelaar, de cliënt en naasten ondersteunen in afstemming van zorg. In een recent literatuuronderzoek (van Erp et al., 2021, p. 2) werd gerapporteerd dat specialistische zorg in het ziekenhuis een gelijke effectiviteit toont met zogenaamde anderhalvelijnszorg (ziekenhuis verplaatste zorg, ook wel hospital at home genoemd). Hierbij zijn de wachtlijsten en -tijden korter en ligt de patiënttevredenheid hoger. Over hoeverre een VS in staat is medisch specialistische zorg op te vangen in de eerstelijnsgezondheidszorg is nog weinig bekend. Tevens is er nog weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van de inzet van een VS in de eerste en anderhalvelijnsgezondheidszorg (van Erp et al., 2021, p. 2).

1.1 Achtergrond

Canadees onderzoek van Chouinard, Costandriopoulos, Perroux & Larouche (2017) suggereerde dat de implementatie van de Verpleegkundig Specialist in de eerstelijnsgezondheidszorg geen eenvoudig proces is. De reikwijdte van de rol van VS in de eerste lijn bevindt zich op het snijvlak van geneeskunde en verpleging, dit brengt een uitdaging mee voor reeds bestaande rollen van geregistreerde verpleegkundige en artsen. De integratie van een nieuwe rol binnen een team kan gezien worden als een kans om de structuur te herorganiseren. Stakeholders (zoals het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), zorgverzekeraars, Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH), brancheorganisatie ActiZ en wijkverpleegkundigen) met ervaring met de VS zijn overwegend positief, zo is de VS laagdrempelig toegankelijk voor wijkteams en patiënten (Jetten, et.al, 2015). Duidelijkheid over de rol van VS bevordert een gunstige relatie in teams. Een aanbeveling in het onderzoek van Poghosyan, Norful, & Martsolf (2017) is verder onderzoek te doen naar het perspectief van zorgteamleden ten aanzien van een effectieve teamsamenstelling. Omdat er nog weinig literatuur beschikbaar is over de samenwerking tussen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in de eerste lijn is in deze literatuurverkenning ook onderzocht wat hierover over bekend is in de tweede en/ of derde lijn setting, in hoeverre deze resultaten generaliseerbaar zijn naar de eerste lijn is vooralsnog niet bekend. In de tweede en derde lijn toont de VS in staat te zijn te innoveren in zorg door het versterken van de samenwerking tussen medisch specialisten en verpleegkundigen (Wallenburg, Janssen & de Bont, 2015). In de revalidatiegeneeskunde is een kwalitatief onderzoek gedaan naar ervaringen van MBO- en HBO- Verpleegkundigen omtrent het samenwerken met de VS (van Vught, van Peer & Adriaansen, 2018). Hieruit kwam onder andere naar voren dat VS'en van toegevoegde waarde kunnen zijn ten aanzien van de kwaliteit en continuïteit van zorg binnen de deskundigheid van de VS. Een deel van de ondervraagde verpleegkundigen gaven aan minder autonomie te ervaren door de inzet van een VS.

De meeste ouderen weten niet goed wat zij van een VS kunnen verwachten. Een voordeel van de VS is dat zij beschikken over een verpleegkundige achtergrond welke van meerwaarde is in de ouderenzorg vanwege het kijken met een brede blik met in acht neming van verpleegkundige aspecten (Lovink, Persoon & Laurent 2015). Kwaliteit van zorg wordt verbeterd doordat de VS persoonlijke continuïteit van zorg kan bieden (Lovink, et al., 2018). In de eerstelijnsgezondheidszorg in Zweden zijn patiënten zeer tevreden over de VS. Diverse rapporten toonden een gelijkwaardigheid aan in kwaliteit van zorg geleverd door VS'en en artsen (Eriksson, Lindblad, Möller, Gillsjö, 2017). Cliënten ervaren een VS als ondersteunend en waarderen de holistische aanpak van zorg. De VS is in staat vertrouwen en veiligheid uit te stralen en de zorg af te stemmen op het niveau van de cliënt (Eriksson, et al.,

2017). Cliënten zijn tevens tevreden over de kosteneffectiviteit, ter illustratie: er is een significant verschil in consultenkosten van een VS (€31,94) en huisarts (€40,14) (Lovink et.al., 2015). De patiënttevredenheid en de kwaliteit van leven ligt gemiddeld hoger wanneer een VS zorg biedt in de eerstelijnsgezondheidszorg ten opzichte van een arts (Laurant et al., 2018). De consultatieduur van een VS ligt gemiddeld hoger dan bij een arts (Laurant et al., 2018). Voor patiënten is het prettig dat de tijd wordt genomen. Cliënten zijn tevreden met de zorg van een VS gezien hun deskundigheid en geven aan dat de zorg die geboden wordt vergelijkbaar is met de zorg van de huisarts (Lovink et al., 2015). Barrat & Thomas (2018) gaven weer dat een VS naast een patiënt communiceert en niet zoals een arts boven een patiënt, de VS is in staat een patiënt op zijn/haar gemak te stellen. Voor gegeneraliseerde klachten wordt de behandeling door een VS als prima bevonden, voor meer complexe klachten wordt bij voorkeur een arts geconsulteerd door patiënten. De laagdrempeligheid van de VS wordt eveneens door cliënten gewaardeerd (Barrat & Thomas, 2018).

Er is (nog) beperkte data beschikbaar over de VS in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland. Naast onderzoeken afkomstig uit Nederland werden bevindingen gevonden over de VS in de eerstelijnsgezondheidszorg in Zweden, Verenigd Koninkrijk, Columbia, Canada en wereldwijd. Het is niet bekend in hoeverre verschillende zorgsystemen en cultuur van invloed zijn op de ervaringen met de VS, oftewel in hoeverre de data uit deze onderzoeken generaliseerbaar zijn naar het zorgsysteem en de cultuur in Nederland.

1.2 Probleemstelling

Buurtzorg Nederland is een voorloper in de implementatie van de VS in de wijk. Taakherschikking is niet meer weg te denken in de Nederlandse Gezondheidszorg. Ruim tien jaar geleden heeft het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport groen licht gegeven voor taakherschikking. Door zorgtaken te verdelen en zorgprofessionals anders in te zetten kan de juiste zorgverlener op de juiste plaats zorg verlenen. Door zorg anders te organiseren is het mogelijk de toenemende zorgvraag in Nederland te beantwoorden zonder toename van kosten (Platformzorgmasters, 2020). Over hoe de rol van de VS in de wijk wordt ervaren is nog weinig bekend, de functie is bij Buurtzorg Nederland nog niet geëvalueerd.

1.3 Doelstelling

Deze meesterproef heeft bijgedragen aan een groter onderzoeksproject binnen Buurtzorg Nederland genaamd “Verpleegkundig Specialist in de wijk”, onder projectleiding van Associate lector Anneke van Vught. Het hoofddoel is VS'en en beleidsmakers te inspireren en ondersteunen in het implementeren van de VS binnen een team van wijkverpleging. Het onderzoeksproject heeft subsidie

verkregen van ZonMW. De volgende onderzoeksvragen staan centraal bij het onderzoeksproject:

1. Welke taken en verantwoordelijkheden, bij welke cliënten (i.e. doelgroepen), hebben VS'en in een team wijkverpleging en in de wijkzorgorganisatie?
2. Welke factoren beïnvloeden VS'en bij de invulling van haar werkzaamheden binnen een team wijkverpleging en in de wijkzorgorganisatie?
3. Welk (ervaren) effect heeft de inzet van VS'en op kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de cliënt, naasten en diverse professionals?

Deze meesterproef is met name gekoppeld aan deelvraag 3. De uitkomsten van het onderzoek zijn klinisch relevant (Munten, Verhoef & Kuiper, 2016) voor de praktijk omdat er adviezen uitgebracht zullen worden die van invloed kunnen zijn op de implementatie van de VS bij cliënten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Beleidsmakers van aanbieders in wijkverpleging worden geïnspireerd in de invulling van de functie van VS in de wijk.

Het doel van de meesterproef betrof het verkrijgen van inzicht in de waarde van de inzet van de Verpleegkundig Specialist in de wijk vanuit het perspectief van wijkverpleegkundigen, cliënten en naasten. Teams van wijkverpleging binnen Buurtzorg Nederland zijn zelfsturend. Er wordt een open en lerende houding verwacht van medewerkers waardoor samenhang en kwaliteit in een Buurtzorg wijkzorgteam toeneemt, waarbij het de verantwoordelijkheid van het team is om zorg rondom cliënten zo goed mogelijk te regelen (Persoonlijke communicatie, maart 2021). Er wordt dan ook veel waarde gehecht aan het evalueren van deze aspecten. Zo hecht Buurtzorg Nederland waarde aan de ervaringen van onder andere wijkverpleegkundigen ten aanzien met het samenwerken met de vrij nieuwe rol van VS in de wijk. Binnen Buurtzorg Nederland staat de cliënt centraal (Buurtzorg Nederland, 2021), waarbij kwaliteit van leven het belangrijkste uitgangspunt is. Aan de mening van cliënten en naasten wordt veel waarde gehecht, de organisatie hecht belang aan het meten van kwaliteit, deze te bewaken en te verbeteren (Buurtzorg Nederland, 2021). Bij de evaluatie van de functie van VS in de wijk mag uiteraard de input van cliënten en naasten derhalve niet ontbreken.

1.4 Onderzoeksvraag

Door de onderzoeker werd onderzocht wat wijkverpleegkundigen uit wijkzorgteams, cliënten en naasten ervaren ten aanzien van de kwaliteit van zorg wanneer een VS betrokken is. De onderzoeksvraag luidde dan ook:

“Wat is de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist binnen Buurtzorg Nederland vanuit het perspectief van wijkverpleegkundigen en cliënten en hun naasten?”

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign weergegeven evenals de onderzoekspopulatie op basis van in- en exclusiecriteria. De selectieprocedure wordt schematisch getoond. Er volgt een beschrijving van de wijze van data-verzameling en analyse. Tot slot komt de ethische verantwoording aan bod.

2.1 Design

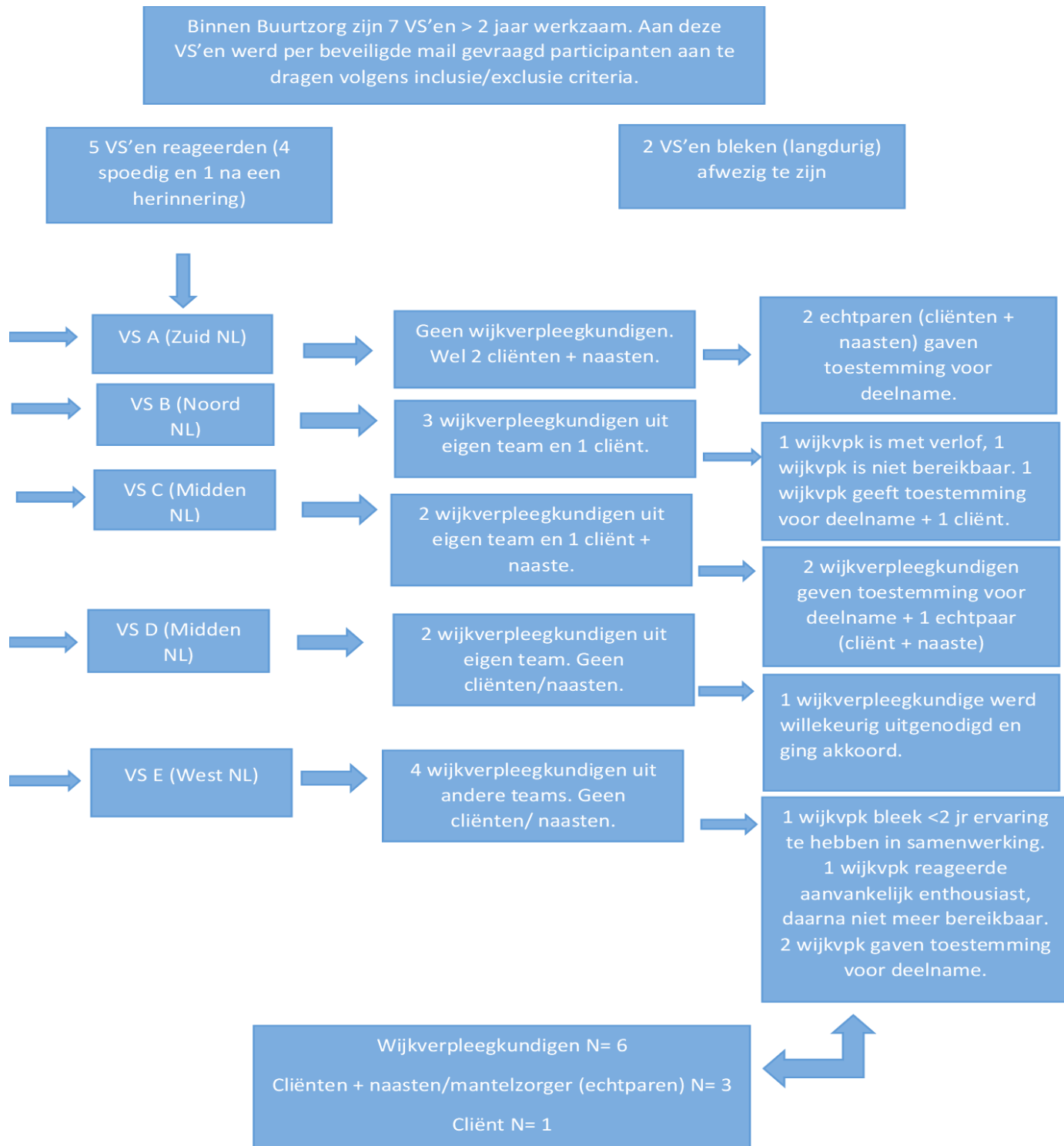
Het betreft een fenomenologisch beschrijvend kwalitatief onderzoeksdesign waarbij het doel was inzicht verkrijgen in een gezondheidszorg dat aan het veranderen is en waarbij taakherschikking voor de hand ligt (V&VN, z.d.). Het open karakter heeft bijgedragen aan het exploreren en het verkrijgen van inzicht in de ervaringen van participanten (Verhoeven, 2011) ten aanzien van de inzet van de VS in de wijk. De fenomenologische benadering gaat uit van het gezichtspunt van de participanten, het uitgangspunt is dat de werkelijkheid subjectief is (Munten et al., 2016). De betekenis die participanten gaven aan de ervaringen met de VS in de wijk in relatie met de kwaliteit van zorg stonden centraal, de benadering was exploratief (Polit & Beck, 2018). Dit type onderzoek sluit aan op gebieden waar nog weinig kennis over is (Nieswiadomy, ter Maten-Speksnijder, & Hoogerduijn, 2013). Verspreid door Nederland hebben wijkzorgteams en cliënten en naasten inmiddels enige ervaring opgedaan met de VS in de wijk binnen Buurtzorg Nederland, middels dit design werd getracht ervaringen inzichtelijk te maken.

2.2 Onderzoekspopulatie

Aangezien de VS in de wijk een vrij nieuwe functie is werd gekeken welke teams er reeds ervaring hadden opgedaan met de VS in het wijkzorgteam. Hierbij was sprake van purposive sampling (Polit & Beck, 2018). Er werd ingeschat welke wijkverpleegkundigen, cliënten en naasten het beste inzicht konden geven over in de inzet van de VS, in de beïnvloedende factoren en ervaren effecten. Binnen de projectgroep en groep Verpleegkundig Specialisten van Buurtzorg Nederland werd gevraagd participanten aan te dragen die voldeden aan onderstaande inclusie- en exclusiecriteria (Tabel 1). De selectieprocedure staat uitgewerkt in Afbeelding 1.

Tabel 1*Inclusie- en exclusiecriteria participanten*

	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Wijkverpleegkundigen	<ul style="list-style-type: none">-Werkzaam bij Buurtzorg Nederland;-Met minimaal 2 jaar ervaring met het samenwerken met een Verpleegkundig Specialist binnen Buurtzorg Nederland (in eigen team of in de werkregio)	
Cliënten	<ul style="list-style-type: none">-Ontvangen zorg van Buurtzorg Nederland;-Waarbij minimaal 2 jaar een Verpleegkundig Specialist werkzaam is bij het team waar de cliënt zorg van krijgt;-Bij voorkeur met een naaste of mantelzorger die betrokken is rondom de zorg van de cliënt.	<ul style="list-style-type: none">-Cliënten met cognitieve stoornissen zonder naaste of mantelzorger waardoor er redelijkerwijs geen interview afgenomen kon worden;-Cliënten die de Nederlandse taal niet beheersen. (het inzetten van een tolk was gezien de beperkte tijd van dataverzameling en analyse niet haalbaar).



Afbeelding 1. Selectieprocedure

2.3 Dataverzameling

Er werden semi- gestructureerde interviews afgenomen aan de hand van topics welke zijn weergegeven in Tabel 2. De topics werden bij alle interviews in dezelfde volgorde geïntroduceerd. Participanten konden vertellen over eigen ervaringen, enkele subtopics kwamen gedurende het interview eerder aan bod dan de volgorde van de topiclijst door wat de participanten vertelden, hierop bewoog onderzoeker mee met de participanten, waarbij zo nodig aandacht was voor het terugkomen op de topics.

Tabel 2

Topiclijst semi- gestructureerde interviews wijkverpleegkundigen & cliënten (+ naasten/ mantelzorgers)

	Wijkverpleegkundigen	Cliënten (en naasten/ mantelzorgers)
Topics & sub topics	De rol van VS in de wijk <ul style="list-style-type: none"> - Rolomschrijving - Kenmerken - Taken - Doelgroepen - Verwachtingen - Regievoerendbehandelaar 	Consultatie <ul style="list-style-type: none"> - Wijze van consultatie - Onderscheid
	Toewijzen van zorg aan een VS in de wijk <ul style="list-style-type: none"> - Organisatie van toewijzen van zorg - Samenwerken in de keten 	De functie van VS in de wijk <ul style="list-style-type: none"> - Verwachtingen - Taken - Samenwerken
	Rolverhouding tussen wijkverpleegkundige en VS	Kwaliteit van zorg/ leven <ul style="list-style-type: none"> - Veiligheid - Effectiviteit - Patiëntgerichtheid - Tijdigheid - Efficiëntie
	Kwaliteit van zorg	Toekomstbeeld <ul style="list-style-type: none"> - Implementatie
	Implementatie <ul style="list-style-type: none"> - Voorwaarden 	
	Toekomstbeeld	

De aanpak was explorerend (Swanborn, 2017) omdat er nog weinig onderzoek is gedaan naar de VS in de wijk. Er was ruimte voor eigen inbreng van de participant, de onderzoeker moedigde de participant aan vrij te praten over zijn/haar ervaringen (Polit & Beck, 2018). De interviewgide werd aangepast aan de participant om zodoende een goede aansluiting te kunnen maken.

De onderzoeker heeft interviews afgenomen bij participanten waarbij zij geen behandelaar is om zo de kans op sociaal gewenste antwoorden te verkleinen. De onderzoeker kende geen van de participanten. Voorafgaand heeft de onderzoeker het proces van bracketing (Nieswiadomy et.al., 2013) toegepast, hierbij werd de onderzoeker zich bewust van de verwachte uitkomsten. Hierin werden eigen ideeën, ervaringen en kennis geëxploreerd, vervolgens werden deze uitkomsten heel bewust opzij gezet. De onderzoeker heeft voor zichzelf de interviewvragen beantwoord, voor zover dat mogelijk was gezien de beperkte ervaring met de Verpleegkundig Specialist in de wijk, deze antwoorden werden vastgelegd in het logboek (Polit & Beck, 2018). Zodra de ideeën van onderzoeker zelf aan de kant geschoven waren konden de persoonlijke ervaringen van de participanten gezien worden door de onderzoeker. Als middel heeft de onderzoeker een reflecterend logboek bijgehouden gedurende het gehele onderzoekstraject. Hierin kwamen onder andere gemaakte keuzes aan bod met de bijbehorende argumentatie. Zaken waar tegenaan gelopen werd gedurende het onderzoeksproces, eventuele verschillende interpretatiemogelijkheden en bewustwording van eigen gedachten (Verhoeven, 2011). De gedachten van de onderzoeker werden voortdurend vastgelegd in het logboek zodat eventuele aanwezigheid van beïnvloeding binnen het onderzoek zichtbaar werd (Polit & Beck, 2018).

Vanwege preventie ten aanzien van Covid19 zijn er negen interviews via beeldbellen afgenomen, één interview is bij een echtpaar thuis afgenomen op het verzoek van de participanten met inachtneming van de coronamaatregelen.

2.4 Data analyse

De data werd geanalyseerd middels de methode van Brown & Clarke (2006). De audio van de interviews werd opgenomen. Vervolgens werden de interviews woordelijk getranscribeerd. De transcripten werden herhaaldelijk doorgelezen om bekend te worden met de data. Vervolgens werden de transcripten gecodeerd met behulp van het softwareprogramma Atlas.ti. Bij de codes werden opmerkingen geplaatst door onderzoeker als toelichting op gekozen codes. Teksten die antwoord gaven op de onderzoeksvraag, antwoorden die vaak voorkwamen en verrassende reacties werden gefragmenteerd om de zodoende de essenties van de uitkomsten van de interviews naar voren te brengen. Hierbij was er sprake van zowel inductief als deductief coderen, enkele codes komen overeen met de vooraf opgestelde (sub)topics, tevens werden er nieuwe codes toegevoegd. Vervolgens werden

potentiële thema's opgesteld, codes werden axiaal gecodeerd en quotes werden ondergebracht in deze thema's. Vervolgens werden de thema's definitief gedefinieerd. Tot slot werd een verslag opgesteld waarbij de analyse gerelateerd werd aan de onderzoeksvraag. De bevindingen van zowel wijkverpleegkundigen als cliënten en naasten werden samengevoegd weergegeven en kunnen als complementair worden beschouwd.

Er vond peer- debriefing plaats bij de data-analyse. Dit werd gedaan door twee collega onderzoekers binnen het onderzoekproject en één onafhankelijke onderzoeker om hiermee de credibility (geloofwaardigheid) te vergroten (Munten, Verhoef, Kuiper, 2016). Transferability (overdraagbaarheid) stond in het onderzoek centraal omdat het doel binnen het onderzoekproject onder andere was een handreiking te maken voor andere organisaties van wijkverpleging. Door een thick discription werden de context van het onderzoek en de participanten gedetailleerd beschreven, hiermee kon beoordeeld worden of de context representatief is voor andere organisaties (Munten et al., 2016). Door het onderzoek tot in detail beschreven te hebben werd bijgedragen aan dependability (virtuele herhaalbaarheid). De onderzoeker stelde zich neutraal op. Om de zogenaamde confirmablity (Polit & Beck, 2018) te vergroten werd een vorm van member checking toegepast, de participant werd aan het eind van een topic en het eind van interview gevraagd door de onderzoeker of deze het eens was met de samenvatting/interpretatie van zijn/ haar antwoorden gegeven in het interview. Tevens kreeg de participant ruimte voor toevoegingen en/of aanpassingen.

In de onderzoeksresultaten zijn de ervaringen van wijkverpleegkundigen, cliënten en naasten waarheidsgetrouw weergegeven en beschreven in termen die participanten zelf uitgesproken hebben om hiermee de authenticity naar voren te laten komen (Polit & Beck 2018). Hiermee werd eveneens getracht de lezer te helpen de resultaten van het fenomenologische onderzoek verrijkend te laten zien, waarbij de lezer de ervaringen van de participanten "ziet" (Polit & Beck, 2018). De onderzoeker stond stil bij de antwoorden van de participanten en overdacht rustig welke antwoorden zijn gegeven zonder eigen ideeën hierin te betrekken (Nieswiadomy et.al., 2013). Door de criteria van credibility, dependability, confirmablity, transferbility en authenticity toegepast te hebben werd de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Munten, Verhoef, Kuiper, 2016).

2.5 Ethische verantwoording

Er hoefde geen aparte toestemming gevraagd te worden aan de ethische toetsingscommissie omdat de meesterproef een onderdeel is van een groter onderzoeksproject, dit onderzoek bevat geen aspecten die voorgelegd zouden moeten worden aan de ethische commissie. Vanuit werkgever Buurtzorg Nederland is toestemming gegeven voor het onderzoek, zie Bijlage A. Participanten werd gevraagd of ze wilde deelnemen, dit was een vrijwillige keuze. Voorafgaand werd een informatiebrief gestuurd, zie bijlage B. Participanten werd gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen wanneer zij bereid waren te participeren in het onderzoek en akkoord gingen met het gebruik van de gegeven antwoorden (geanonimiseerd) waarbij de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van toepassing zijn, zie Bijlage C. Informatie werd vertrouwelijk en anoniem verwerkt. Participanten behielden ten alle tijden het recht om (zonder opgaaf van reden) van deelname af te zien. De transcripten werden geanonimiseerd op een beveiligde locatie opgeslagen en worden tien jaar na publicatie van het onderzoeksverslag vernietigd (Tilburg University, 2020). De audio- opnames van de interviews werden na transcriptie verwijderd.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van de participanten. De resultaten zijn opgebouwd uit data van de semi- gestructureerde interviews en worden weergegeven aan de hand van thema's en sub thema's. De onderwerpen van de thema's zijn kenmerken van de VS in de wijk, waarde beleving en kansen.

3.1 Participanten

In het onderzoek participeerden zes wijkverpleegkundigen werkzaam bij Buurtzorg Nederland uit verschillende regio's. Ook namen drie cliënten en naasten deel aan het onderzoek en één cliënt zonder naaste. De cliënten met naasten waren allen echtparen waarvan de één zorg ontving van Buurtzorg Nederland en de ander de mantelzorger was. Bij alle participanten was een VS in de wijk betrokken, in het eigen Buurtzorgteam of vanuit de regio. De redenen van zorgbehoeftes van de cliënten waren divers. De eigenschappen van de participanten zijn weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3.

Kenmerken geïnccludeerde wijkverpleegkundigen, cliënten & naasten

Participanten	Sexe	Regio	VS in team of VS in regio (consultbasis)	Reden zorgbehoefte
A. Wijkverpleegkundige (W.A.)	Vrouw	Midden NL	VS in eigen team	
B. Wijkverpleegkundige (W.B.)	Vrouw	West NL	VS in regio	
C. Wijkverpleegkundige (W.C.)	Vrouw	Midden NL	VS in eigen team	
D. Wijkverpleegkundige (W.D.)	Vrouw		VS in eigen team	
D.1. Cliënt + naaste (CN.D.)	Cliënt: vrouw Naaste/ mantelzorger: man (echtgenoot)		VS in eigen team	Herseninfarct
E. Wijkverpleegkundige (W.E.)	Vrouw	West NL	VS in regio	
F. Wijkverpleegkundige (W.F.)	Vrouw	Noord NL	VS in eigen team	

F.1. Cliënt (C.F.)	Vrouw		VS in eigen team	Hartfalen en pulmonaal lijden
G. Cliënt + naaste (CN.G.)	Cliënt: vrouw Naaste/mantelzorger: man (echtgenoot)	Zuid NL	VS in eigen team	Hartinfarct
H. Cliënt + naaste (CN.H.)	Cliënt: man Naaste/mantelzorger: vrouw (echtgenote)	Zuid NL	VS in eigen team	CVA's/ TIA's. Vasculair parkinsonisme

3.2 Kenmerken van de VS in de wijk

Aangezien de functie van VS in de wijk nog vrij recent geïmplementeerd is werd eerst verduidelijking uitgevraagd aan de participanten naar hoe zij de rol van VS in de wijk beschrijven. Hierbij werd ingegaan op kenmerken en taken van een VS in de wijk. In Afbeelding 1 in bijlage D is een schematische weergave van het thema opgenomen, er werden in deze afbeelding tevens subthema's en codes vastgelegd die voortkwamen uit de interviews.

Kenmerken en verwachtingen

Uit de data, afkomstig uit de interviews, blijkt de VS in de wijk een zorgprofessional te zijn die met een helicopterview kan kijken en daarbij zowel haar verpleegkundige als medische blik inzet vanuit een holistisch oogpunt gericht op de cliënt en/of naaste. De medische onderbouwing van een VS wordt door de participanten als goed beschouwd. Er wordt meer kennis gezien ten aanzien van medicatie (werking/ bijwerking) dan het wijkzorgteam voorheen had. De VS deelt haar kennis met het wijkzorgteam door middel van rapportages, telefonisch contact en klinische lessen, kenmerkend is het korte lijstje dat de VS met het wijkzorgteam heeft. De VS wordt gezien als een doorzetter en is doortastend. Tevens wordt door een groot deel van de participanten (N=8) benoemd dat de VS goede gespreksvaardigheden bezit.

“De VS heeft goede communicatieve vaardigheden. Denkt protocol overstijgend. Ze weet een weerwoord te geven, ze weet goed hoe de regelwetgeving in elkaar zit. Ik vind dat zij best wel op de voorgrond treedt met bepaalde zaken die spelen in de wijk. Een stukje lef, een stukje durf.” (W.B.)

Verwachtingen van wijkverpleegkundigen ten aanzien van de rol van VS in de wijk bestaan uit innoveren, ontwikkelen, goede (multidisciplinaire) samenwerking en denken in oplossingen.

Schakel

Het merendeel van de participanten (N=7) zien de functie van VS als die tussen een arts en verpleegkundige in, een schakel tussen het wijkzorgteam en de huisarts. Cliënt en mantelzorger (CN.D.2.) illustreren dat de VS van alles regelt en een goede samenwerking met het Buurtzorg-team heeft, maar ook met de huisarts. De VS doet voorstellen richting huisarts en krijgt meestal fiat van de huisarts.

“De VS is echt wel een schakel tussen het team en de huisarts.” (W.E.)

Voor cliënten (N=3) bleek de deskundigheid van de VS in de wijk een kenmerk evenals het vermogen om goed te kunnen schakelen in wat er nodig is en wie er eventueel betrokken kan/ moet worden. De VS kijkt met een brede en frisse blik naar verschillende situaties. Door alle participanten (N=10) wordt de bereikbaarheid van de VS geprezen.

“Wat heel typerend aan haar (de VS) manier van werken is, is dat zij altijd te bereiken is.” (W.D.)

Breed inzetbaar

Uit de interviews bleek dat de VS in de wijk veelal betrokken wordt bij diverse gezondheidsklachten en doelgroepen, wat maakt dat de VS breed inzetbaar is. Participanten ervaren dat de VS betrokken wordt bij zowel generalistische als specialistische zorgvragen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan (kwetsbare) ouderen, chronisch zieken met longaandoeningen, hartfalen cognitieve problemen en ziekte van Parkinson. Maar ook bij complexe wonden, huidandoeningen, pijnbestrijding en palliatieve zorg. Tevens bleek de VS aandacht te besteden aan poly-farmacie. De VS schoolt zich bij en houdt vakliteratuur bij. De VS is in staat onderzoek en diagnostiek te verrichten bij cliënten en daarbij bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde te ondersteunen.

Vraagbaak

De VS wordt door wijkverpleegkundigen gebeld voor advies over bijvoorbeeld financiering, ouderenmishandeling, indicaties, gesprekstechnieken of om eens mee te kijken naar de medicatielijst van een cliënt. Tevens is de VS bereikbaar voor cliënten en naasten (N=3) voor vragen en advies.

“De VS houdt me in de gaten. Ik kan haar altijd bellen. Als ik het niet vertrouw, want via de huisarts is het ook moeilijk. Die zijn ook moeilijker bereikbaar, dan is ze er niet, dan moet je naar een vervanger. En je hebt ook behoefte als je ouder bent aan een vast iemand. En niet van het kastje naar de muur gestuurd worden.” (C.F.)

Het wordt als prettig en efficiënt ervaren dat de VS ook recepten en machtigingen kan uitschrijven, aangezien dit proces op basis van een kort lijstje met het wijkzorgteam en de cliënten snel verloopt.

“Dus dat is net wat sneller dan wanneer je de huisarts moet vragen via een doktersassistente. Dat duurt allemaal wat langer. Dus haar (de VS) rol... ja voor korte diagnose en ook voorschrijven.” (W.E.)

Wanneer een VS teams in de regio bedient wordt zij doorgaans geconsulteerd door het wijkzorgteam wanneer er vragen zijn vanuit het team of de cliënt en/of naaste.

3.3 Waarde beleving

Het tweede thema gaat in op de beleven waarde gericht op de VS in de wijk vanuit het perspectief van de participanten. Voor een schematisch overzicht van het thema, subthema's en codes wordt verwezen naar Afbeelding 2 in Bijlage D.

Toename van kennis binnen wijkzorgteams

Een veelgenoemde waarde door alle wijkverpleegkundigen (N=6) is het terugkoppelen van bevindingen van de VS naar het wijkzorgteam. Ook wordt benoemd dat het kennisniveau van het wijkzorgteam toeneemt door de expertise van een VS, waarbij wordt genoemd dat een VS medisch goed onderlegd is.

“Als ik dus zie wat ik aan een VS heb, dan denk ik van goh je blijft scherp, je blijft helder, het stimuleert.” (W.B.)

Tevens wordt benoemd dat de VS op de hoogte is van nieuwe richtlijnen en inzichten en integreert dit in de dagelijkse cliëntenzorg en koppelt dit terug naar het wijkzorgteam waardoor het kennisniveau van het wijkzorgteam stijgt en daarmee ook de kwaliteit van zorg.

“De kwaliteit van zorg voor de cliënt neemt toe door de betrokkenheid van een VS vanwege medische kennis en het uitvoeren lichamelijk onderzoek waardoor een cliënt bijvoorbeeld beter afgestemd is in medicatie wat van invloed is op kwaliteit van leven.” (W.A.)

Laagdrempelige toegankelijkheid

De VS wordt door de wijkverpleegkundigen ook gewaardeerd om haar laagdrempelige benadering, zowel in communicatie als in snel bereikbaar zijn. Hierdoor ervaart het wijkzorgteam dat zij met alle vragen en problemen bij de VS terecht kunnen.

“De VS is ontzettend goed bereikbaar. Ze neemt de tijd. Ik heb veel aan haar kennis, kunde en ervaring. Ja, dat is heel positief, als aanvulling. Ik voel me ook gesteund”. (W.B.)

“Dat je denkt, moet ik wel of niet de arts bellen? Dan is de stap naar een VS gewoon veel kleiner, om even te overleggen”. (W.C.)

Het overgrote merendeel (N=5) van de wijkverpleegkundigen ervaren de VS als steun in complexe situaties.

“Je voelt je gesteund door de VS in complexe situaties.” (W.A.)

Alle cliënten en naasten geven aan dat de VS altijd klaar staat en altijd gebeld mag worden bij vragen en problemen. De VS is tevens snel beschikbaar.

“Zo gauw ik hulp nodig heb, moet ik het melden. Want de VS staat ten alle tijden klaar voor ons”. (C.N.G.)

Proactieve zorg

De VS leest mee in rapportages, waardoor zij op de hoogte is van het welzijn van cliënten en zij in staat is snel te anticiperen. Zij kan een ingezette behandeling goed monitoren doordat zij de rapportages leest en frequent met het zorgteam en de cliënten spreekt.

“Een huisarts weet doorgaans minder of een zalfje aanslaat, de VS kan er gelijk op inspringen van 'doe toch maar anders' doordat ze meeleeft in de rapportages.” (W.D.)

Een groot pluspunt is volgens de wijkverpleegkundigen dat de VS onderdeel uitmaakt van een wijkzorgteam, ze kent de beginsituatie van een cliënt maar reageert ook pro-actief op eventuele problemen en/of onderliggende aandoeningen.

“Ik denk ook dat daarin de VS natuurlijk een hele grote rol heeft, omdat ze verder kijkt dan het probleem dat zich op dat moment voordoet. Als je naar de huisarts gaat en je zegt 'ik heb last van mijn vinger', 'oh nou ik zie er niks aan' en that's it. En ik denk een VS en wij kijken verder dan die zere vinger.” (W. F.)

Vertrouwensband

Cliënten voelen zich doorgaans op hun gemak, durven persoonlijk te zijn. Voor familie is de betrokkenheid van de VS een geruststellend idee. Voor de cliënt kan het ook rust brengen om vaker een verpleegkundig specialist in te schakelen en niet gelijk een huisarts bijvoorbeeld of medisch specialist.

“Ik heb het idee dat cliënten soms wat persoonlijker durven te zijn naar ons toe en naar de VS toe dan naar een huisarts die ze maar één keer in de zoveel tijd zien. Ze voelen zich wat meer op hun gemak denk ik ook. En ik merk toch ook wel dat cliënten toch wat meer... die hebben meer vertrouwen in onze VS dan in de huisarts, dus ja dat wil toch ook wel wat zeggen.” (W.F.)

Ook de aandacht van de VS voor het maatschappelijke aspect wordt gewaardeerd. De VS wordt gezien als een zorgprofessional die veel toevoegt, de VS is allround, de band met de VS is zeer waardevol, de VS is er en luistert, de VS heeft zo haar contacten en doet zoveel mogelijk gericht op de kwaliteit van het leven. Het voordeel is dat de VS aan huis komt, aangezien mobiliteit van ouderen afneemt.

“Ik denk dat de VS heel veel toevoegt in de kwaliteit van zorg omdat zij een vaste band krijgt met de cliënt waardoor er meer mogelijk is, ze hebben hun contacten.” (C.F.2.)

Multidisciplinaire samenwerking

De wijkverpleegkundigen merken dat de (multidisciplinaire) samenwerking wordt bevordert door de vele lijntjes en contacten van de VS. Denk hierbij aan het samenwerken met huisartsen, praktijkondersteuners van huisartsen (POH's), huisartsenpost, geriaters, cardiologen, specialisten ouderengeneeskunde, VS'en in het ziekenhuis, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, dagbesteding centra en apothekers in het kader van polyfarmacie besprekingen. Het merendeel van de participanten (N=7) gaven aan dat de VS andere disciplines binnen hun netwerk goed kent en meer ingang heeft dan het wijkzorgteam. Voor het wijkzorgteam is het prettig dat de samenwerking met de huisarts soepeler verloopt doordat de VS meer in verbinding staat met de huisarts. De VS neemt meer aan van de bevindingen van het wijkzorgteam omdat zij de cliënt veel zien en daardoor samen met de VS met haar verpleegkundige en medische blik verder kunnen kijken. De VS heeft doorgaans een completer/breder plaatje van de cliënt dan de huisarts omdat zij cliënten vaker ziet dan de huisarts. Ze wordt als een rechterhand binnen het wijkzorgteam gezien en als iemand om mee te sparren. Voor cliënten en naasten organiseert de VS zo nodig een multidisciplinair overleg, dat wordt als prettig ervaren door de cliënt en zijn/haar naasten.

“Ik denk daarin dat de VS naar het team, de cliënt en familieleden echt van onschatbare waarde is, ja dat durf ik wel te zeggen!” (W.F.)

Regiebehandelaarschap

Wie de regie heeft hangt af van de situatie, bij een (dreigende) crisissituatie wordt er duidelijk voor gekozen de VS de regiebehandelaar is omdat zij meer kennis heeft van soortgelijke situaties en weet daarop snel te handelen. De VS is dan de spin in het web door in overleg te gaan met huisarts en geriater.

“Omdat het hele proces wat soms als een soort van chaotische situatie kan lijken, maar scheidt zij (de VS) duidelijkheid. Zij... door middel van bepaalde technieken die zij heeft, maakt zij het plaatje even heel concreet. Van 'dit is er aan de hand, dit is een daadwerkelijk probleem. Dit nóg niet of niet. En dit moet als eerste aangepakt worden'. En ook omdat zij dat zo duidelijk maakt voor de betrokkene, voor de cliënt zelf, maar ook voor de betrokkene wordt iedereen ook wel vaak wat rustiger in de hele situatie.” (W.E.)

De VS is in staat om beslissingen te nemen en dat loopt vaak wat soepeler dan bij een huisarts, ook in de communicatie. Ook als de VS bijvoorbeeld met een huisartsenpost contact op moet nemen en haar functie benoemt, kan ze wat meer bewerkstelligen dan wanneer je zegt verpleegkundige te zijn. Dus zij kan wat meer bereiken bij huisartsen en medisch specialisten, soms wordt dat wel als frustrerend ervaren:

“Je merkt toch wel dat het contact met de VS en huisartsen anders is dan met de huisartsen en ons als “gewone” verpleegkundigen. Misschien zien ze de VS meer als een soort van leidinggevende dan dat ze ons zien zeg maar. Dat is soms wel een beetje frustrerend. Het is gewoon heel erg jammer dat huisartsen nog niet echt inzien dat wij nog meer over de vloer komen daags dan de VS bij bepaalde cliënten. Het is erg jammer om dan te horen van ‘we willen de VS spreken in plaats van jullie’. Waar de VS absoluut niks aan kan doen hoor. Vaak op één of andere manier als ze het woordje verpleegkundig specialist horen van Buurtzorg, dan kan je alles voor elkaar krijgen blijkbaar. En als ik zeg ‘verpleegkundigen van Buurtzorg’, dan moet het allemaal soms wat moeilijk gaan. Dus dat is misschien frustrerend naar ons toe, maar aan de andere kant ook weer heel erg makkelijk en ben wel heel blij dat de VS er is natuurlijk”. (W.F.)

Belemmerende factoren

Alhoewel de VS door wijkverpleegkundigen als zeer prettig en aanvullend wordt ervaren in haar coachende rol en waarbij de regie doorgaans bij het wijkzorgteam ligt zijn er ook een (potentiële) belemmerende factoren. Er lijkt zeker meerwaarde te ontstaan in de kennistoename van wijkzorgteams door de betrokkenheid van een VS, maar het heeft ook een keerzijde, namelijk dat de VS taken overneemt van de wijkverpleegkundige waardoor de bekwaamheid van wijkverpleegkundigen afneemt. En hierbij versnippering van zorg in de hand gewerkt wordt geeft een wijkverpleegkundige aan:

“Maar de vaardigheid gaat dan bij jezelf weg en dat is vind ik een beetje het gevaar. Dat er een paar een bepaalde rol hebben. Je gaat het teveel op één iemand toespitsen. Ja, dat vind ik het gevaar.” (W.B.)

Bij wijkzorgteams in de regio kan de VS als concurrerend worden beschouwd. Met name de onbekendheid van de rol lijkt hierbij een rol te spelen. Uit de interviews bleek echter ook dat een VS van buiten het team prettig kan zijn omdat zij met een meer afstandelijkere blik situaties kan beoordelen. Daarbij is het helpend dat teams zelf een VS in consult vragen indien ze dit nodig achten.

“Ik merk dat het in andere teams, dat het wat lastiger gaat. Dat de VS niet wordt gezien om zijn aanvulling maar als iemand van die pikt mijn taken in.” (W.C.)

3.4 Kansen

In het derde en laatste thema wordt in gegaan op wat de participanten als kansen zien voor de VS in de wijk, aan bod komen onderwerpen als vergrijzing, bekendheid functie, (rand)voorwaarden voor implementatie van de VS in de wijk en profilering. Voor een schematisch overzicht van het thema, subthema's en codes wordt verwezen naar Afbeelding 3 in Bijlage D.

Vergrijzing

Nederland is aan het vergrijzen, er zal een transitie plaatsvinden van zorg in het ziekenhuis naar de eerstelijnsgezondheidszorg. De Verpleegkundig Specialist kan daarin ondersteuning bieden.

“Je hoort toch dat het met die vergrijzing steeds meer... dat huisartsen het steeds drukker krijgen met afschuivingen in het ziekenhuis. Ik denk dat er wel een taak is voor de verpleegkundig specialist. Ja, hoe ik dat precies voor me zie? Ik denk een beetje zoals het nu is. Dus in een team, maar ik denk dat nog een beetje met die huisartsen de samenwerking nog iets meer beter kan door meer bekendheid te creëren.” (W.D.)

De VS kan tevens een bijdrage leveren aan lagere zorgkosten doordat een huisarts minder visites hoeft af te leggen.

“De extra waarde... neem dan kostenpost. Je hoeft geen huisarts... ze is goedkoper dan een huisarts. Ze kan kortsluiten met de huisarts van 'ben je het met het beleid eens ja of nee?'. Voor de huisarts scheelt het wel in bezoeken denk ik.” (W.C.)

Behoudt van korte lijstjes

Voor het toekomstbeeld is het heel belangrijk dat de VS korte lijstjes met de teams houdt (N=5).

“Ik denk juist dat het meerwaarde heeft dat de VS reguliere routes in het team meedraait. Dus dat de VS cliënten wast en kleedt, en ze tijdens die zorgmomenten haar extra competenties inzet. En cliënten de VS als onderdeel van het team beschouwt en niet als iemand die alleen ingevlogen wordt bij problemen.” (W.A.)

Er wordt maximaal gebruik gemaakt door de VS laagdrempelig te blijven benaderen, ook bij cliënten waarbij je als verpleegkundige een onderbuikgevoel hebt. Maar ook door het uitvragen van kennis van de VS.

Meer bekendheid

Belangrijk is eveneens dat huisartsen de VS vaker in consult vragen en er binnen Buurtzorg Nederland meer bekendheid gecreëerd wordt rondom de VS in de wijk.

“Ik denk dat qua VS is het bekendmaken, maar daar mag nog wel een beetje promotie aan gegeven worden. Ik denk niet dat iedereen het weet dat binnen Buurtzorg verpleegkundig specialisten aan het werk zijn.” (W.F.)

“In ieder geval bekendheid aangeven vanuit Almelo (hoofdkantoor Buurtzorg) zelf. Wat de VS kan betekenen. En ja, de eerste taak is dat de teams de VS'en zelf gaan inschakelen. Dan is het ook meer nodig, dan dat het opgelegd wordt van 'nou, jullie krijgen een VS in jullie team'. Dat jullie contact kunnen opnemen met de VS, net zoals je een regiocoach hebt. Dat je dan per regio een VS hebt die je makkelijk kan bellen.” (W.F.)

De verwachting is dat er in de toekomst een nog groter beroep op de VS in de wijk wordt gedaan vanwege het beleid dat ouderen zolang mogelijk in hun eigen woonomgeving blijven wonen en multi-morbiditeit zal toenemen. Vanwege het beperkte aantal VS'en ligt overbelasting op de loer.

“Ik denk wel dat het nodig is dat er meer VS'en komen als die mogelijkheid er is, omdat het beleid is dat je zo lang mogelijk in je eigen huis blijft wonen. Terwijl je ingewikkelde kwalen krijgt en complicaties. Ik vind eigenlijk dat de VS wat overbelast is, omdat er geen vervanger voor haar is. Dus de Buurtzorg wil ik alleen maar zeggen ze hebben hun handen vol aan de zorg. En de verpleegkundig specialist sowieso.” (C.F.)

Randvoorwaarden

Als randvoorwaarden worden genoemd dat je als wijkzorgteam een VS goed moet kennen en regelmatig moet zien of spreken. Weten wie het is en hoe je de VS makkelijk kan bereiken zodat het niet als een drempel voelt. Het kost tijd tot eenieder weet waarvoor een VS ingezet kan worden en er draagvlak gecreëerd is. Tevens is een belangrijke voorwaarde dat de VS ruimte moet hebben in haar agenda om die tijd te kunnen besteden aan de cliënten. Een halve dag cliëntenzorg wordt al gauw een hele dag met alles wat ze erna moet regelen of doen. Dus dat betekent dat er best veel VS'en nodig zijn om alle teams te kunnen bedienen.

“Je hebt veel VS'en nodig wil je alle teams de voordelen van een VS in laten zien.” (W.A.)

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen zouden het advies willen geven dat volgens hun ideaalbeeld er één Verpleegkundig Specialist in één of twee wijkzorgteams werkzaam is.

“Buurtzorg is natuurlijk van de wat kleinere teams, maar ik denk persoonlijk dat het wel heel erg prettig zou zijn dat er binnen één of twee teams één VS is. Als ik kijk naar onze VS hoe druk die het heeft met én bij ons én bij andere omliggende wijken hier in de buurt, dan denk ik hoe fijn zou het voor haar zijn dat zij nog wat andere collega's erbij zou kunnen krijgen.” (W.F.)

Profileren Buurtzorg Nederland

Participanten geven aan dat de waarde van de VS in de wijk voor de organisatie Buurtzorg Nederland bijdraagt aan een goede naam, waarin professionaliteit en deskundigheid uitgelicht worden.

“De waarde voor Buurtzorg Nederland van de VS? Nou, die vind ik heel groot. Met die overlegorganen waar zij zitten, het uitdragen, het vernieuwen/innoveren, hun eigen specialisme.” (W. B.)

4. Discussie

In dit onderzoek zijn ervaringen omtrent de inzet van de VS in de wijk vanuit het perspectief van wijkverpleegkundigen, cliënten en naasten in kaart gebracht. Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag werden aan de hand van de data thema's geformuleerd. De thema's omvatten de kenmerken van de VS in de wijk, waarde beleving en kansen. Uit het thema omtrent kenmerken van de VS in de wijk bleek dat de VS in de wijk breed inzetbaar is. Ze bezit goede gespreksvaardigheden, is deskundig, medisch onderbouwd, kan goed samenwerken, innoveren & medicatie voorschrijven.

Bij de waarde beleving kwam naar voren dat de VS in de wijk heel laagdrempelig te benaderen is, dit werd in hoge mate gewaardeerd door alle participanten. Uit de literatuur bleken ervaringen met de VS eveneens overwegend positief, waarbij met name de laagdrempelige toegankelijkheid voor wijkteams en naasten geroemd werden (Poghosyan, Norful, & Martsof, 2017 en Barrat & Thomas, 2018). Kennis in de wijkzorgteams stijgt wanneer een VS in de wijk betrokken is, er wordt een betere multidisciplinaire samenwerking ervaren, de VS heeft een groot netwerk. De VS is in staat holistisch naar een cliënt te kijken met zowel een medische als verpleegkundige blik. Een belangrijke waarde bleek tevens de vertrouwensband die cliënten en naasten ervaren met de VS in de wijk, waarbij ook de maatschappelijk betrokkenheid van de VS gewaardeerd wordt door cliënten en naasten. Uit eerder onderzoek bleek al dat cliënten en naasten zich ondersteund voelen door de VS en werd eveneens de holistische aanpak geprezen (Eriksson, et al., 2017).

Ten aanzien van kansen adviseerden participanten dat het van belang is dat er meer bekendheid omtrent de VS in de wijk komt, bij met name wijkzorgteams (in de regio) en huisartsen. Duidelijkheid over de rol van de VS bevordert een gunstige samenwerking in teams (Poghosyan, Norful, & Martsof, 2017). Bekendheid/duidelijkheid over de rol is essentieel, ook voor de teams in de regio. De VS in de

tweede lijn bleek vanuit de literatuur (Wallenburg, Janssen & de Bont, 2015) in staat om samenwerking tussen verpleegkundigen en medisch specialisten te versterken, dit onderzoek toont aan dat de VS in de eerste lijn daartoe ook in staat is als gekeken wordt naar verpleegkundigen en huisartsen, hierbij wordt opgemerkt dat in deze samenwerking nog wel verbetering valt te behalen, met name gericht op het creëren van bekendheid omtrent de rol van VS in de wijk. De verbondenheid met de wijkzorgteams is essentieel. Gevaren zijn een onduidelijke taakverdeling/ angst voor inpikken van taken, afname vaardigheden van verpleegkundigen en concurrerende gevoelens. Wijkverpleegkundigen hebben de indruk dat teams in de regio bang zijn voor autonomieverlies wanneer de VS betrokken wordt, dit sluit aan bij de literatuur uit de tweede lijn waarin werd benoemd dat sommige verpleegkundigen minder autonomie te ervaren door de inzet van de VS (van Vught, van Peer & Adriaansen, 2018). Opvallend was dat wijkverpleegkundigen die een VS in het eigen team hebben de VS niet als concurrent zien maar als aanvulling. Mogelijk speelt hierbij bekendheid van de functie een rol maar mogelijk ook de persoonlijke kenmerken van een VS, verder onderzoek naar de oorzaak wordt aanbevolen. Er zijn meer VS'en nodig om meer wijkzorgteams te kunnen bedienen, het advies van wijkverpleegkundigen is één VS op één à twee wijkzorgteams.

De onderzoeksresultaten en daaruit voortkomende adviezen zouden met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden gezien de hoeveelheid afgenomen interviews. De groep bestond uit 10 participanten (zes wijkverpleegkundigen, drie cliënten + naasten en één cliënt), meer participanten zijn niet aangedragen en gezien de looptijd van het onderzoek was er geen tijd om tot meer participanten te komen. Wijkverpleegkundigen bleken meer input te kunnen geven omtrent de VS in de wijk. Niet alle cliënten en naasten wisten inhoudelijk wat de functie van VS inhield, dit maakt dat de hoeveelheid relevante data afkomstig van wijkverpleegkundigen groter is dan van de cliënten en naasten. Veelal kan de input van beide groepen als complementair worden beschouwd. Tevens moet de kanttekening worden gemaakt dat de VS niet in elk team of in elke regio op exact dezelfde wijze werkt waardoor er geen sprake was van homogeniteit. Dit kan invloed hebben op verschillende belevingen waarbij verder onderzocht zou kunnen worden of verschil in werkwijze ook verschil in resultaten zou opleveren. Echter werd op diverse uitkomsten zoals laagdrempeligheid, kennisoverdracht en holistische blik van de VS datasaturatie bereikt. Gedurende de afname van interviews stelde enkele participanten vragen aan de onderzoeker waardoor mogelijk geen volledige neutraliteit is toe te kennen, onderzoeker heeft gedurende de interviews benoemd inhoudelijk niet op elke vraag in te kunnen gaan om suggestieve antwoorden te voorkomen. Er is door onderzoeker gezien tijdsoverwegingen gekozen om geen volledige member- check uit voeren maar om na elk topic een samenvatting te geven van wat de participant ingebracht had met

de vraag of de interpretatie correct is en of er nog aanvullingen waren van de participanten. Dit heeft mogelijk invloed op de confirmability, bij een volledige member-check zouden transcripten naar de participanten verstuurd moeten worden waarnaar de participant het transcript doorleest en akkoord geeft op de weergave en interpretatie van de input.

Zoals eerder aan bod kwam in dit hoofdstuk komen de uitkomsten van dit onderzoek grotendeels overeen met wat er reeds bekend is vanuit de literatuur. Waarbij een interessant gegeven is dat participanten in staat zijn kenmerken en taken van de VS in de wijk te beschrijven maar er anderzijds sprake is van onbekendheid van de rol VS is in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het aantal VS'en binnen Buurtzorg Nederland is nog beperkt. Met dit beschrijvende onderzoek werd de waarde weergegeven van wijkverpleegkundigen, cliënten en naasten ten aanzien van de inzet van de VS in de wijk, nadat zij minimaal 2 jaar ervaring hebben met de inzet van de VS in de wijk. Verder onderzoek naar de ervaringen omtrent de VS in de wijk met een groter aantal participanten wordt aanbevolen om tot zwaarder afgewogen conclusies en aanbevelingen te komen. Dit kan bijvoorbeeld door ook MBO-verpleegkundigen en ziekenverzorgenden op te nemen en meer cliënten en mantelzorgers.

5. Conclusie

De VS in de wijk werd gewaardeerd om haar holistische brede blik die medisch en verpleegkundig is. Ze bezit goede gespreksvaardigheden en fungeert als schakel tussen wijkzorgteams en huisartsen waardoor zij bijdraagt aan een betere multidisciplinaire samenwerking. De VS werd gezien als vraagbaak en kennis in wijkzorgteams nam toe wanneer een VS betrokken was. De laagdrempelige toegankelijkheid en haar anticiperende vermogen werd geprezen. Cliënten waren positief over de vertrouwensband met de VS. Een belemmering is versnippering van zorg. Onbekendheid omtrent de functie is actueel, wat mogelijk tot een gevoel van autonomieverlies bij wijkverpleegkundigen in de regio leidt.

6. Implicaties voor de praktijk

In dit hoofdstuk volgen aanbevelingen voor vervolgonderzoek en aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk voortvloeiend uit de verkregen data.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Om zwaarder afgewogen conclusies te geven wordt geadviseerd het onderzoek uit te breiden door meer participanten op te nemen met ervaring met de VS in de wijk, dit zouden MBO- verpleegkundigen in de wijk kunnen zijn en wijkziekenverzorgenden.
- Welke factoren zijn van invloed op het feit dat de VS door eigen teamleden als aanvullend wordt gezien en door de teams (mogelijk) als concurrent? Om antwoord op deze vraag te krijgen zouden er meer wijkzorgteams ondervraagd moeten worden, ook teams in de regio van de VS die haar niet in consult vragen om zodoende achter redenen te kunnen komen die van invloed zijn.
- In hoeverre hebben verschillende werkwijzen van VS'en invloed op resultaten in het kader ervaren waarden van wijkzorgteams, cliënten en naasten? Oftewel zijn er andere uitkomsten wanneer alleen participanten worden opgenomen waarbij de VS'en op een heterogene wijze werken?
- Enerzijds is er sprake van onbekendheid over de functie van VS in de wijk bij huisartsen, wijkteams, cliënten en naasten anderzijds kunnen kenmerken en taken genoemd worden door participanten. Toch lijkt op basis van uitkomsten uit dit onderzoek onbekendheid van de rol van VS in de wijk een belemmerende factor te zijn ten aanzien van implementatie. Verder onderzoek hiernaar wordt aanbevolen.

Aanbevelingen dagelijkse praktijk

- Een essentieel punt is dat er meer bekendheid over de rol dient komen zodat er optimaal gebruik gemaakt wordt van de VS in de wijk en werknemers geïnspireerd raken om zich op te willen leiden als VS in de wijk. Een advies van een participant is om vanuit het hoofdkantoor in Almelo meer publiciteit rondom de VS te creëren. Dit zou kunnen door vaker op het Buurtzorgbrede web te publiceren rondom de VS in de wijk, middels informatie, presentaties en filmpjes. Tevens zouden VS'en in de regio tijdens een teamoverleg bij teams in de regio kunnen vertellen over hun functie en om bekend te worden met de teams en de teams met de VS om zodoende draagvlak te creëren. Vervolgens kan de bekendheid onder huisartsen verbeterd worden door bijvoorbeeld ingang te creëren bij multidisciplinaire overleggen en te publiceren in vakbladen en websites die door huisartsen geraadpleegd worden.

- o Verder bleek essentieel dat de VS een kort lijntje met het team behoudt om zodoende haar functie optimaal te kunnen uitoefenen, een aanbeveling is dan ook de VS aan (één of meer) wijkzorgteams gekoppeld te laten.
- o Om de werkdruk van het beperkt aantal VS'en dat nu beschikbaar is te beperken wordt aan de organisatie ter overdenking aangeboden om meer VS'en op te leiden om meer wijkzorgteams te kunnen bedienen. Ook gezien de vergrijzing en transitie van zorg van tweede lijn naar eerste lijn is dit een aanbeveling om in overweging te nemen.

Literatuurlijst

- Barrat, J., & Thomas, N. (2018). Nurse practitioner consultations in primary healthcare: patient, carer, and nurse practitioner qualitative interpretations of communication processes. *Primary Health Care Research & Development*, 20, 1–9. <https://doi.org/10.1017/s1463423618000798>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Buurtzorg Nederland. (2021). *Kwaliteit van zorg*. <https://www.buurtzorgnederland.com/professionelewijkverpleging/kwaliteit-van-zorg/#first-block>
- Chouinard, V., Contandriopoulos, D., Perroux, M., & Larouche, C. (2017). Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2363-4>
- Eriksson, I., Lindblad, M., Möller, U., & Gillsjö, C. (2017). Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/ijn.12603>
- Hoe zit het met bewaren van onderzoeksdata en bewaartermijnen? (2020). Tilburg University. Geraadpleegd op 22 november 2020, van <https://www.tilburguniversity.edu/nl/over/gedrag-integriteit/privacy-en-security/onderzoeksdata/bewaren#:~:text=De%20bewaartermijn%20van%20Onderzoeksgegevens%20is%20minimaal%2010%20jaar%20na%20datum%20laatste%20publicatie.>
- Jetten, N., Senczuk, S., Hermans, M., Ruijters, R., & van Rossum, E. (2015). Werken in de wijk. *De Verpleegkundig Specialist*, 10(2), 42–47. <https://doi.org/10.1007/s40884-015-0031-3>
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M., & Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctornurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(4), 1–102. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010412.pub2>

- Klaveren van, S.M., Meer van der, E.H, (2017). De verpleegkundig specialist in de eerste lijn, een verkenning van haar positie. BMC advies. Geraadpleegd op 29-09-2020 van,
<https://www.bmc.nl/binaries/content/assets/bmcnl/pdfs/de-verpleegkundig-specialist-inde-eerste-lijn.pdf>
- Kuitert, G. (2020). Almelose zorgvernieuwer De Blok op ramkoers. Tubantia. Geraadpleegd op 29-09-2020 van,
<https://www.tubantia.nl/almelo/almelose-zorgvernieuwer-de-blok-op-ramkoers~a3d585d2/>
- Lambregts, J., Grotendorst A. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, 2012
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. A.H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018(7), 1-109.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001271.pub3>
- Lovink, M. H., van Vught, A. J. A. H., Persoon, A., Schoonhoven, L., Koopmans, R. T. C. M., & Laurant, M. G. H. (2018). Skill mix change between general practitioners, nurse practitioners, physician assistants and nurses in primary healthcare for older people: a qualitative study. BMC Family Practice, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0746-113>
- Lovink, M., Persoon, A., & Laurant, M. (2015). Taakherschikking in de ouderenzorg. De Verpleegkundig Specialist, 10(2), 24-26.
<https://doi.org/10.1007/s40884-015-0025-1>
- Munten, C., Verhoef, J., & G., Kuiper. (2016). Evidence-based practice voor verpleegkundigen (4de editie). Den Haag: Boom Lemma.
- Nieswiadomy, R. M., ter Maten- Speksnijder, A., & Hoogerduijn, J. (2013). Verpleegkundige onderzoeksmethoden (6de editie). Pearson Benelux B.V.
- Poghosyan, L., Norful, A.A., & Martsof, G.R. (2017). Primary Care Nurse Practitioner Practice Characteristics. Journal of Ambulatory Care Management, 40(1), 77-86. <https://doi.org/10.1097/jac.000000000000156>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). Essentials of Nursing Research. Wolters Kluwer.
- Swanborn, P. (2017, 29 maart). Kwalitatief onderzoek en exploratie. www.tijdschriftkwalon.nl. Geraadpleegd op 17-10-2020 van,
https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-09-2-2/Kwalitatief-onderzoek-en-exploratie

- V&V VS. (z.d.) Over de Verpleegkundig Specialist. Geraadpleegd op 11-08-2020 van, <https://venvnvs.nl/venvnvs/over-de-verpleegkundig-specialist/>
- Verpleegkundig Specialisten Register.(2020). Actuele cijfers van de inschrijvingen en registraties per specialisme. V&VN. Geraadpleegd op 29-09-2020 van, <https://www.venvn.nl/registers/verpleegkundig-specialisten-register/>
- Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek? : praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs (4e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- van Vught, A., van Peer, D., & Adriaansen, M. (2018). Functiedifferentiatie mbo-hbo biedt verpleegkundig specialisten een kans om zich te profileren. De Verpleegkundig Specialist, 2, 1-3. Geraadpleegd op 25-10-2020 van, https://zorgmasters.nl/extdocs/Functiedifferentiatie_mbo_hbo_verpleegkundigspecialisten.pdf
- Wallenburg, I., Janssen, M., & de Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Erasmus universiteit Rotterdam. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 1-76. Geraadpleegd op 25-10-2020 van, http://files.bvvs-be.webnode.be/2000016242ae292ae2a/De%20rol%20van%20de%20verpleegkundig%20specialist%20en%20de%20physician%20assistant%20in%20de%20zorg_rapport%20Nederland%202015.pdf

Bijlage

A. Toestemming werkgever

Toestemming uitvoeren onderzoek



Betreft: Uitvoeren onderzoek binnen Buurtzorg Nederland.

Door ondergetekende wordt toestemming verleend om het onderzoek uit te voeren binnen Buurtzorg Nederland. Het onderzoek zal deel uitmaken van het onderzoek dat is goed gekeurd door ZONMW. Het uitgevoerde onderzoek, ten gunste van de opleiding MANP, zal zich richten op de ervaringen van cliënten, naasten en wijkverpleegkundigen met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist binnen Buurtzorg Nederland.

Naam en functie: Mirjam de Leede - Brunsveld MSc, praktijkopleider

Datum: 18-11-2020

Handtekening: 

B. Informatiebrief

Informatiebrief wijkverpleegkundigen



Onderzoek naar de ervaringen van Wijkverpleegkundigen betreft de inzet van de Verpleegkundig Specialist binnen Buurtzorg Nederland.

Geachte heer/mevrouw,

Ten behoeve van de opleiding Master Advanced Nursing Practice zal er in het eerste kwartaal van 2021 een onderzoek plaatsvinden met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist binnen Buurtzorg Nederland. Dit onderzoek zal onderdeel uitmaken van een lopend onderzoek 'De Verpleegkundig Specialist in de wijk'.

Door middel van deze brief wil ik u informeren.

Achtergrond:

Taakherschikking is in de Nederlandse gezondheidszorg niet meer weg te denken. Door zorg anders te organiseren is het mogelijk de toenemende zorgvraag in Nederland te beantwoorden zonder toename van kosten. De Verpleegkundig Specialist kan hier een rol in spelen. De rol van Verpleegkundig Specialist (VS) in de eerstelijnsgezondheidszorg is relatief nieuw. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar ervaringen ten aanzien van kwaliteit van zorg wanneer een VS in de wijk betrokken is.

Doel:

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in het ervaren effect van de inzet van de Verpleegkundig Specialist op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van Wijkverpleegkundigen binnen Buurtzorg Nederland.

Mijn vraag aan u:

Bent u een Wijkverpleegkundige die minimaal twee jaar ervaring heeft met de inzet van een Verpleegkundig Specialist binnen Buurtzorg Nederland en heeft u 30-45 minuten tijd om mee te werken aan dit onderzoek? Dan zoek ik u. Graag zou ik een interview willen afnemen waarbij verschillende onderwerpen aan bod zullen komen om zo inzicht te krijgen in uw ervaring met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist in de wijk. Het interview zal via beeldbellen afgenomen worden op een nader te bepalen moment in het eerste kwartaal van 2021.

Vrijwilligheid van deelname

Uw deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en u kunt op elk moment uw deelname beëindigen, zonder opgaaf van reden.

Uw gegevens

Uw gegevens zullen vertrouwelijk en anoniem worden behandeld. Wanneer u toestemming geeft tot audio- opname van het interview zal, na het verwerken van de gegevens, de opname gewist worden. De schriftelijke uitwerking van het interview zal in een beveiligde omgeving bewaard worden. Tien

jaar na publicatie van de onderzoeksresultaten zullen de gegevens vernietigd worden. In het onderzoeksverslag zal uw deelname niet herleidbaar zijn.

Wat gebeurt er met de resultaten?

De resultaten van uw gesprek kunnen worden beschreven in een onderzoeksverslag en zullen worden teruggekoppeld aan de projectgroep van het onderzoek 'De Verpleegkundig Specialist in de wijk'.

Vragen en klachten

Over de inhoud en/of verloop van het interview kunt u voorafgaand, tijdens of na het interview vragen stellen. U kunt hierover contact opnemen met ondergetekende.

Wilt u deelnemen?

Dan ontvang ik graag een mail op onderstaand adres, ik wil vragen dan tevens het ingevulde toestemmingsformulier (zij bijlage) te versturen. Wanneer u niet wil deelnemen dan hoeft u niets te doen.

Ik zie uw aanmelding graag tegemoet!

Met vriendelijke groet,

Marjolein Hetterscheid

Verpleegkundig Specialist i.o.

Buurtzorg Nederland

Contactgegevens:

Mailadres: m.hetterscheid@buurtzorgnederland.com

Telefoonnummer: 06-20563905

Informatiebrief cliënten (en naasten)



Onderzoek naar de ervaringen van cliënten en naasten betreft de inzet van de Verpleegkundig Specialist binnen Buurtzorg Nederland.

Geachte heer/mevrouw,

Ten behoeve van de opleiding Master Advanced Nursing Practice zal er in het eerste kwartaal van 2021 een onderzoek plaatsvinden met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist binnen Buurtzorg Nederland. Dit onderzoek zal onderdeel uit maken van een lopend onderzoek binnen Buurtzorg Nederland: 'De Verpleegkundig Specialist in de wijk'.

Door middel van deze brief wil ik u informeren.

Achtergrond:

Taakherschikking is in de Nederlandse gezondheidszorg niet meer weg te denken. Door zorg anders te organiseren is het mogelijk de toenemende zorgvraag in Nederland te beantwoorden zonder toename van kosten. De Verpleegkundig Specialist kan hier een rol in spelen. De rol van Verpleegkundig Specialist (VS) in de eerstelijnsgezondheidszorg is relatief nieuw. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar ervaringen ten aanzien van kwaliteit van zorg wanneer een VS in de wijk betrokken is.

Doel:

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in het ervaren effect van de inzet van de Verpleegkundig Specialist op de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten en naasten binnen Buurtzorg Nederland.

Mijn vraag aan u:

Bent u een cliënt met een betrokken naaste (partner, mantelzorger, zoon/dochter) die minimaal twee jaar ervaring heeft met de inzet van een Verpleegkundig Specialist binnen Buurtzorg Nederland en heeft u 30-45 minuten tijd om mee te werken aan dit onderzoek? Dan zoek ik u. Graag zou ik in deze tijd een interview willen afnemen waarbij verschillende onderwerpen aan bod zullen komen om zo inzicht te krijgen in uw ervaring met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist in de wijk. Het interview zal via beeldbellen afgenomen worden op een nader te bepalen moment in het eerste kwartaal van 2021.

Vrijwilligheid van deelname

Uw deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en u kunt op elk moment uw deelname beëindigen, zonder opgaaf van reden.

Uw gegevens

Uw gegevens zullen vertrouwelijk en anoniem worden behandeld. Wanneer u toestemming geeft tot audio- opname van het interview zal, na het verwerken van de gegevens, de opname gewist worden. De schriftelijke uitwerking van het interview zal in een beveiligde omgeving bewaard worden. Tien jaar na publicatie van de onderzoeksresultaten zullen de gegevens vernietigd worden. In het onderzoeksverslag zal uw deelname niet herleidbaar zijn.

Wat gebeurt er met de resultaten?

De resultaten van uw gesprek kunnen worden beschreven in een onderzoeksverslag en zullen worden teruggekoppeld aan de projectgroep van het onderzoek 'De Verpleegkundig Specialist in de wijk'.

Vragen en klachten

Over de inhoud en/of verloop van het interview kunt u voorafgaand, tijdens of na het interview vragen stellen. U kunt hierover contact opnemen met ondergetekende.

Wilt u deelnemen?

Dan ontvang ik graag een mail op onderstaand adres, met het verzoek tevens het toestemmingsformulier (zie bijlage) ingevuld mee te sturen. Wanneer u niet wil deelnemen dan hoeft u niets te doen.

Ik zie uw aanmelding graag tegemoet!

Met vriendelijke groet,

Marjolein Hetterscheid

Verpleegkundig Specialist i.o.
Buurtzorg Nederland

Contactgegevens:

Mailadres: m.hetterscheid@buurtzorgnederland.com

Telefoonnummer: 06-20563905

C. Informed consent

Brief informed consent wijkverpleegkundigen



Toestemmingsverklaring

Betreft: Het onderzoek naar de ervaringen van wijkverpleegkundigen met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist in de wijk.

Hierbij verklaar ik dat ik:

- De informatiebrief heb gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn eventuele vragen zijn voldoende beantwoord.
- Voldoende tijd heb gehad om na te denken over participatie aan dit onderzoek.
- Geheel vrijwillig deelneem aan dit onderzoek.

Ik begrijp dat:

- De informatie uit het interview verwerkt mag worden in een wetenschappelijke publicatie of verslag.
- Ik mijn deelname aan het interview op elk moment en zonder opgave van redenen kan beëindigen.
- De gegevens en resultaten van het interview alleen anoniem en vertrouwelijk verwerkt zullen worden.
- Het interview door middel van audio- opnameapparatuur opgenomen wordt.
- De audio- opname, na uitwerking van het interview, wordt vernietigd.

Naam participant:

Datum:

Handtekening:

Ik verklaar hierbij dat ik de participant volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de participant kan beïnvloeden, dan breng ik de participant daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Brief informed consent cliënten (en naasten)



Toestemmingsverklaring

Betreft: Het onderzoek naar de ervaringen van cliënten en naasten met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist in de wijk.

Hierbij verklaar ik dat ik:

- De informatiebrief heb gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn eventuele vragen zijn voldoende beantwoord.
- Voldoende tijd heb gehad om na te denken over participatie aan dit onderzoek.
- Geheel vrijwillig deelneem aan dit onderzoek.

Ik begrijp dat:

- De informatie uit het interview verwerkt mag worden in een wetenschappelijke publicatie of verslag.
- Ik mijn deelname aan het interview op elk moment en zonder opgave van redenen kan beëindigen.
- De gegevens en resultaten van het interview alleen anoniem en vertrouwelijk verwerkt zullen worden.
- Het interview door middel van audio- opnameapparatuur opgenomen wordt.
- De audio- opname, na uitwerking van het interview, wordt vernietigd.

Naam participant:

Datum:

Handtekening cliënt:

Handtekening naaste van cliënt:

Ik verklaar hierbij dat ik de participant volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de participant kan beïnvloeden, dan breng ik de participant daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening

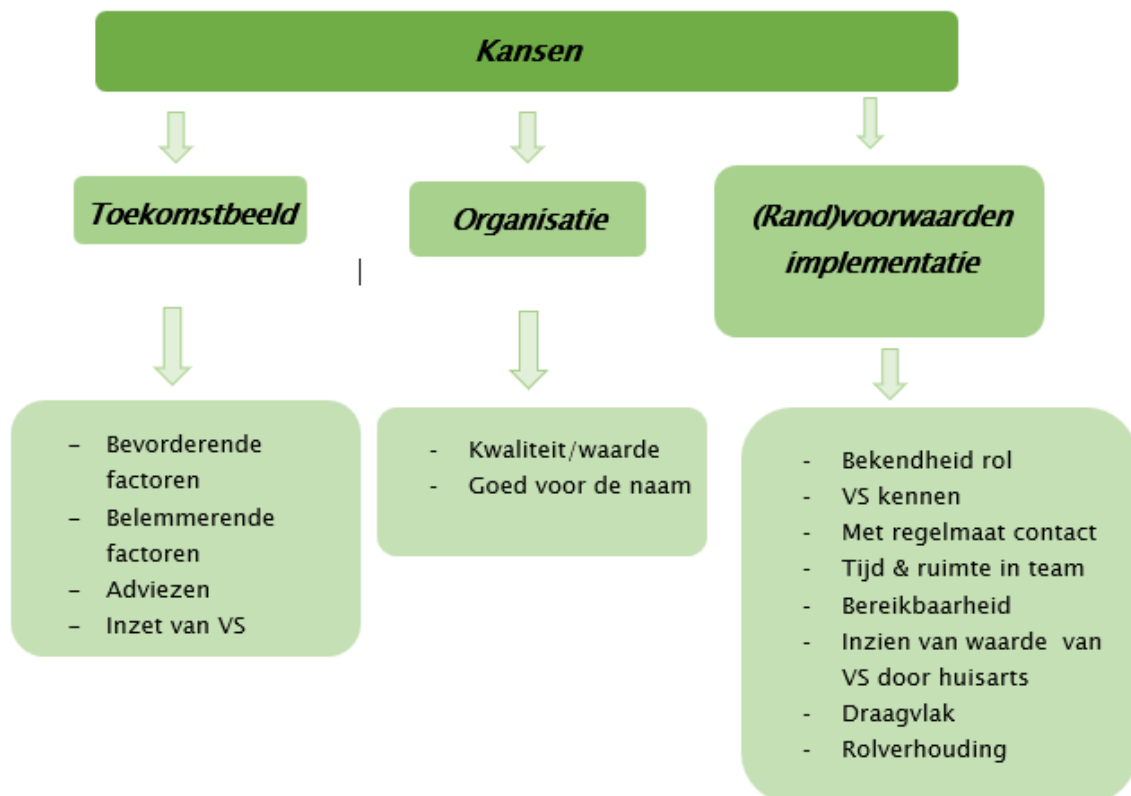
D. Thema's, subthema's en codes



Afbeelding 1. Thema 1: Functie van VS in de wijk.



Afbeelding 2. Thema 2: beleving.



Afbeelding 3. Thema 3: Kansen.