



DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST BIEDT PERSPECTIEF!

EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR DE INZET VAN DE
VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN DE WIJK.

Cohort
2019–2021

Noëlle Messink

MANP || Saxion

Doetinchem, 10 juni 2021

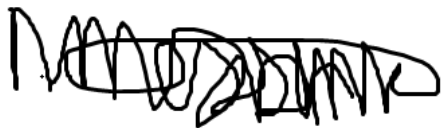
Beoordelaars: Karin Dijkstra & Annemieke van der
Horst

Aantal woorden: 6851

Verklaring van originaliteit

Hierbij verklaar ik, Noëlle Messink, geboren 19-04-1992. te Doetinchem. Als auteur van dit onderzoeksverslag, dat deze studie De Verpleegkundig Specialist biedt perspectief! niet eerder is uitgevoerd. Indien ik gebruik heb gemaakt van reeds eerder verricht onderzoek door anderen dan wordt dit in de tekst vermeld. Het onderzoek is door mijzelf uitgevoerd, in samenwerking (of met ondersteuning) van M. de Leede, A. Van Vught, R. Willems, en K. Dijkstra

Handtekening,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Noëlle Messink', written in a cursive style.

Datum: 30-05-2021

Plaats: Doetinchem

Ik wens u veel leesplezier.

Noëlle Messink

Doetinchem, mei 2021

Samenvatting

Probleemstelling

De komende jaren zal het aandeel ouderen in de eerstelijnszorg toenemen, hierdoor zal de complexiteit van medische zorg en de werkdruk bij huisartsen toenemen. Versnippering en marktwerking van zorg in Nederland wordt als probleem ervaren. Om zorgintegratie en samenwerking te kunnen waarborgen heeft Buurtzorg Nederland in 2012 de functie van verpleegkundig specialist(VS) toegevoegd aan de teams wijkverpleging. Om de implementatie van de functie te kunnen evalueren is het van belang dat de waarde van de inzet van de VS in de wijk geëvalueerd wordt met huisartsen, verpleegkundig specialisten, praktijkondersteuners en medisch specialisten die samenwerken met de VS. De implementatie van de functie wordt geëvalueerd door de volgende onderzoeksvraag: Wat is de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist binnen Buurtzorg Nederland vanuit het perspectief van medische zorgprofessionals?

Methode

Een verkennend fenomenologisch kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd. Individuele, online face to face semigestructureerde interviews werden afgenomen bij vier huisartsen, twee specialisten ouderengeneeskunde en vijf verpleegkundig specialisten. De opgenomen interviews werden getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd volgens de Braun & Clarke methodiek in het programma Atlas.ti.

Resultaten

Uit de analyse kwamen de thema's de verbindende factor, werkdrukverlichting, patiëntgerichte zorg en toekomst van de VS in de wijk naar voren.

Conclusie

De waarde met betrekking tot de inzet van de VS in de wijk wordt ervaren als brugfunctie tussen de wijkverpleging, huisartsen en medisch specialisten. Hierdoor wordt de samenwerking bevorderd. De VS is laagdrempelig in contact en draagt bij aan vroegsignalering. Ondanks dat als waarde benoemd wordt dat de VS in de wijk taken uitvoert op het verpleegkundig en medische gebied blijkt de onbekendheid van de rol mee te spelen om de functie verder te kunnen implementeren.

Aanbevelingen

In verband met de onbekendheid van de rol van de VS in de wijk zal er meer draagvlak gecreëerd moeten worden binnen Buurtzorg Nederland en de huisartsenvereniging.

Abstract

Background

In the upcoming years the numbers of elderly people in primary care will increase due to the complexity of medical care and an increased workload among general practitioners (GP). Fragmentation and competition of care in the Netherlands are experienced as a problem. In order to guarantee the collaboration and integration of care Buurtzorg Nederland has implemented the function of Nurse Practitioner (NP) in 2012 to the district nursing teams. To evaluate the value regarding the deployment of the NP it is important to evaluate the function with GP, NP, practice nurses and medical specialists. The implementation of the NP will be evaluated within the researchquestion: **What is the perceived value regarding to the deployment of the NP within Buurtzorg Nederland from the perspective of medical care professionals?**

Methods

An exploratory phenomenological qualitative study was conducted. Individual, online, face-to-face semi-structured interviews were conducted with four GP's, two geriatric specialists and five NP's. The recorded interviews were transcribed and were analyzed with the Braun & Clarke methodology in a softwareprogramm called Atlas.ti.

Results

The analysis revealed the themes the connected factor, relief of work pressure, patient oriented care and the future of the NP in district nursing teams.

Conclusion

The value regarding the deployment of the NP is experienced as a connection between district nurses, GP's and medical specialist, this improves the collaboration. The NP is easily accessible and contributes to early detection of an illness. Despite the fact that the NP executes tasks in the nursing and medical field, the unfamiliarity of the NP appears to be a barrier for further implementation fo the function.

Implications

Due to the unfamiliarity with the role of NP in the district nursing teams, more support has to be created within Buurtzorg Nederland and the GP's association.

Inhoudsopgave

Verklaring van originaliteit.....	1
Samenvatting.....	2
Abstract.....	3
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Doelstelling	9
1.4 Onderzoeksvraag.....	9
2. Methode	10
2.1 Design.....	10
2.2 Onderzoekspopulatie	10
2.3 Procedure	11
2.4 Dataverzameling.....	13
2.5 Data analyse.....	13
2.6 Methodologische kwaliteit.....	14
2.7 Ethische verantwoording.....	15
3. Resultaten.....	16
3.1 Participanten	16
3.2 Thema's en subthema's	17
3.3 De verbindende factor	17
3.4 Werkdrukverlichting	19
3.5 Patiëntgerichte zorg	20
3.6 Toekomst van de VS in de wijk	21
4. Discussie en conclusie	24
4.1 Discussie	24
4.2 Conclusie.....	25
Literatuurlijst.....	27

Bijlage A Informatiebrief huisartsen, medisch specialisten en praktijkondersteuners	32
Bijlage B Informatiebrief verpleegkundig specialisten	34
Bijlage C Toestemmingsverklaring	36
Bijlage D Toestemming uitvoeren onderzoek.....	37

1. Inleiding

‘Als huisarts win je extreem veel, omdat de verpleegkundig specialist het over het algemeen gewoon een stuk beter dan jou doet. Door gewoon meer tijd te nemen, door breder te kijken en door een andere invalshoek te hebben. Daar komt gewoon een beter afgewogen oordeel uit.’ (H3)

1.1 Aanleiding

Het aandeel ouderen in de totale bevolking van Nederland zal de komende jaren toenemen. Doordat de levensverwachting in Nederland steeds hoger wordt zal het deel tachtig plussers met hun problematiek toenemen (Volksgezondheid en zorg, 2020). De kans op het krijgen van één of meer chronische aandoeningen neemt toe met de leeftijd (Taskforce, 2018). Daarbij is de verwachting dat in 2030 een kwart van de vier miljoen 65 plussers gekenmerkt wordt als kwetsbaar. Bij kwetsbare ouderen is er sprake van een combinatie van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren. Door de toename van mogelijkheden tot medische behandeling blijven mensen voor een lange tijd met deze ziekten leven (Taskforce, 2018). Er is vaak sprake van multimorbiditeit. Multimorbiditeit wordt gedefinieerd als het hebben van meerdere chronische aandoeningen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018).

De overheid zet in op het ‘langer thuis blijven wonen’. De cijfers van het CBS (2019) laten een stijging zien. In 2015 ontvingen 511.910 ouderen zorg vanuit de zorgverzekeringswet (ZVW) en in 2018 waren dit 588.620 ouderen. Wijkverpleging wordt gefinancierd vanuit de ZVW. Doordat deze kwetsbare ouderen langer thuis blijven wonen zal de complexiteit van zorg in de eerstelijnszorg toenemen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018). Daarbij speelt de ontwikkeling ‘de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP)’ een rol. De essentie van JZOJP is dat zorg die niet perse in het ziekenhuis hoeft, verplaatst kan worden naar de eerstelijnszorg (Kiers, 2020). Internationaal staat dit bekend als Hospital@Home, ook wel ziekenhuisverplaatste zorg genoemd (Lee, Pickstone, Facultad, & Titchener, 2017; Van Rooij, 2018). Visser (2018) stelt dat ziekenhuiszorg thuis een kwalitatief goed en veilig antwoord is op de zorgvraag van ouderen. Daarbij worden de kosten gehalveerd, de resultaten van de zorg zijn beter en de familie en naasten ervaren een betere kwaliteit van zorg.

Door de verhoogde complexiteit van zorg zal er meer vraag zijn naar medische zorg thuis (Lee et al., 2017). Echter zal de komende jaren het huisartsentekort toenemen. De oorzaken van het oplopende huisartsentekort zijn divers en verschillen per regio (Bijma, 2019). De werkdruk van de huisartsen neemt toe, waardoor zij op dit moment niet kunnen bijdragen aan JZOJP (Van Rooij, 2018). Ook lopen zij het risico dat ze de kwaliteit van zorg niet kunnen leveren (Bijma, 2019). Het is daarom van

belang dat er innovatieve oplossingen gevonden worden om de vraag naar huisartsen te verminderen en de kwaliteit van zorg binnen de eerstelijns te kunnen waarborgen (Lovink et al., 2018).

Als de zorg op het grensvlak van eerste en tweede lijn verschuift naar de eerste lijn komt dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van deze zorg ten goede. Daarbij zorgt de marktwerking van begeleiding van chronisch zieken en de specialisering in de tweedelijns voor een versnippering van zorg, daarmee wordt de kans op herhaling van diagnostiek vergroot, waardoor de zorg weer duurder wordt. Zorgintegratie voorkomt deze versnippering. Uit internationaal onderzoek blijkt dat een sterke eerstelijnszorg effectiever en doelmatiger is (Maes & De Wildt, 2006). Organisaties en vooral ook professionals moeten zich aanpassen om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren (Lips, 2018). Dit heeft voor een groeiende internationale trend gezorgd om verpleegkundige functies uit te breiden (Torrens et al., 2019). De functie van Verpleegkundig Specialist (VS) werd in de jaren 60 en 70 ontwikkeld in de Verenigde Staten, in het Verenigd Koninkrijk in de jaren 80 en in Nederland in de jaren 90 (Laurent et al., 2018). De functie werd binnen de eerstelijns geïntroduceerd met als doel de ziekenhuisopnames bij ouderen met multimorbiditeit te reduceren (Randall, Thunhurst, & Furze, 2016). Volgens de beroepsvereniging van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2019) wordt tot het deskundigheidsprofiel van de VS Algemene Gezondheidszorg (AGZ) het volgende gerekend: "Het zelfstandig verrichten van verpleegkundige en medische diagnostiek en daaruit voortvloeiende behandeling, begeleiding en ondersteuning van zorgvragers met lichamelijke klachten en aandoeningen. De zorg die zij levert kan het hele spectrum van preventie, behandelen, begeleiden en ondersteunen bevatten." Volgens Karimi-Shahanjarini et al. (2019) levert de VS in de eerstelijnszorg gelijke of soms zelfs betere kwaliteit van zorg. Ook levert zij veilige en effectieve zorg die leiden tot betere gezondheidsresultaten bij patiënten. Daarbij geeft Randall et al. (2016) aan dat communicatie met andere zorgprofessionals een belangrijk aspect is bij de voortdurende behandeling van patiënten met multimorbiditeit in de eerstelijnszorg. Lips (2018) geeft aan dat een goede samenwerking van belang is, zodat voorkomen kan worden dat patiënt en zorgverlener tussen wal en schip geraken. Daarbij is het voor de huisarts en VS belangrijk om in deze ontwikkeling de grenzen van het vak, kennis en kunde duidelijk aan te geven. Van der Biezen, Wensing, Poghosyan, Van der Burgt, & Laurant (2017) en Côte, Freeman, Jean, & Denis (2019) beschrijven dat er vaak onduidelijkheid is over de competenties van de VS. Huisartsen en andere medici zijn vaak niet op de hoogte over de kennis en kunde die een VS bezit. Het is van belang dat er roloptimalisatie plaats vindt, zodat dit kan bijdragen aan een effectieve samenwerking. Om tot roloptimalisatie te komen speelt de vastberadenheid van de beroepsbeoefenaar ook een rol (Schadewaldt, McInnes, Hiller, & Gardner, 2016).

Volgens medische zorgprofessionals (huisartsen, medisch specialisten, praktijkondersteuners (POH) en VS'en) is de inzet van de VS het meest geschikt binnen de ouderenzorg (Jetten, Senczuk, Hermans, Ruijters, & Van Rossum, 2015). In het onderzoek van Jetten et al. (2015) wordt benoemd dat de VS in de wijk de regierol van de huisarts kan overnemen, omdat binnen deze setting straks handen tekort zijn en door de groeiende vraag naar zorg binnen de eerstelijns. In het onderzoek van Wijers, Van der Burgt, & Laurant (2013) wordt aangegeven dat de huisartsen en spoedeisende hulp artsen op de spoedpost de inzet van de VS als positief ervaren. Zij zien dat dat de samenwerking met directe collega's zoals andere huisartsen en doktersassistenten verbetert. Daarbij ervaren zij dat de VS een korte lijn heeft met de verpleging. In het onderzoek van Van Erp, Van Doorn-Klompberg, Laurant, Van der Brink, & Van Vught (2019) wordt door huisartsen en medisch specialisten aangegeven dat de VS als een collega gezien wordt die kan verbinden tussen disciplines en organisaties. Ook ervaren zij werkdrukverlichting doordat de VS, in afstemming met hen, in staat is om eenvoudige medische zorg ter plekke te verlenen. De werkdrukverlichting wordt ook benoemd in het onderzoek van Wijers, Van der Burgt, & Laurant (2013). Daarbij geven VS'en werkzaam bij een huisartsenpraktijk aan dat zij hun functie ervaren als het zijn van een 'extra poppetje' (Jetten et al., 2015). Zij vinden dat je als VS dat je een goede rol zou kunnen vervullen binnen de eerstelijns omdat de VS taken kan en mag uitvoeren die een huisarts ook kan uitvoeren (Jetten et al., 2015). Binnen de huisartsenpraktijk is vaak een praktijkondersteuner (POH) werkzaam. Zij voeren vaak geprotocolleerde werkzaamheden uit op het gebied van CVRM, diabetes, astma en chronische zorg. Vaak zijn de werkzaamheden van de VS complementair aan de werkzaamheden van de POH, zoals pijnbestrijding, delen van het medicatiebeleid en het behandelen van kleine kwalen bij mensen met een chronische aandoening (Jetten et al., 2015). Onderzoek over hoe POH's de samenwerking met de VS ervaren zijn niet bekend.

1.2 Probleemstelling

De zorg voor chronisch zieken kan voor het grootste gedeelte in de eerstelijns plaatsvinden. Echter zonder zorgintegratie, zonder samenwerking, zonder ondersteunende diensten en zonder een (deskundige) generalist ontstaan er problemen in de 'veiligheid' voor chronisch zieken (Maes & De Wildt, 2006). In het Verenigd Koninkrijk en Australië is de functie van VS ingezet in de eerstelijnszorg wat heeft geleid tot een verbeterde samenwerking en een effectieve verbeterde eerstelijnszorg (Schadewaldt et al., 2016; Randall et al., 2016). Nederland heeft een ander zorgstelsel waarbij marktwerking en versnippering van zorg als probleem ervaren wordt (Maes & De Wildt, 2006).

Om de samenwerking en zorgintegratie binnen de eerstelijns te verbeteren heeft Buurtzorg Nederland in 2012 als één van de eerste wijkverpleging organisaties

ervoor gekozen om de functie van VS toe te voegen aan de teams wijkverpleging. Om de implementatie van de functie te kunnen evalueren is het van belang dat de waarde van de inzet van de VS in de wijk geëvalueerd wordt met de medische professionals die samenwerken met de VS.

1.3 Doelstelling

Het doel van deze meesterproef was inzicht verkrijgen in de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist binnen Buurtzorg Nederland vanuit het perspectief van de medische zorgprofessionals.

1.4 Onderzoeksvraag

In deze meesterproef werd ingegaan op onderstaande onderzoeksvraag:

Wat is de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist binnen Buurtzorg Nederland vanuit het perspectief van medische zorgprofessionals?

2. Methode

Deze meesterproef heeft deel uit gemaakt van het onderzoeksproject 'De Verpleegkundig Specialist in de Wijk', geleid door A. Van Vught, waarvoor subsidie werd verleend door ZonMW. Het doel van het onderzoeksproject is om vanuit verschillende perspectieven inzicht te krijgen op de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de VS binnen Buurtzorg Nederland.

2.1 Design

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd er gekozen voor een verkennend fenomenologisch kwalitatief onderzoeksdesign. Het verkennende karakter van dit onderzoek sluit aan omdat over de inzet van de VS in de wijk nog weinig bekend is (Polit & Beck, 2018). De visie en ervaringen van de participanten hebben centraal gestaan, wat past binnen de fenomenologische benadering (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016). Daarbij wordt op deze manier de subjectieve ervaring van de participant weergegeven (Verhoeven, 2018). De medische zorgprofessionals hebben vanaf 2012 ervaring op kunnen doen met de inzet van de VS in de wijk. Door het gekozen design werd geprobeerd inzicht te geven in hun ervaringen.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie heeft zich gericht op de medische zorgprofessionals die nauw samenwerken met de VS'en die werkzaam zijn bij Buurtzorg Nederland. De functie van de VS in de wijk is een vrij nieuwe functie, daarom werd er door middel van een doelbewuste steekproef participanten geselecteerd die het beste inzicht gaven op de inzet van de VS. Gezien het tijdsplan van deze meesterproef is er voor gekozen om de paramedici en de verpleegkundigen te excluderen. Aan de hand van de in Tabel 1 weergegeven in- en exclusiecriteria werden de participanten geselecteerd.

Tabel 1

In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie.

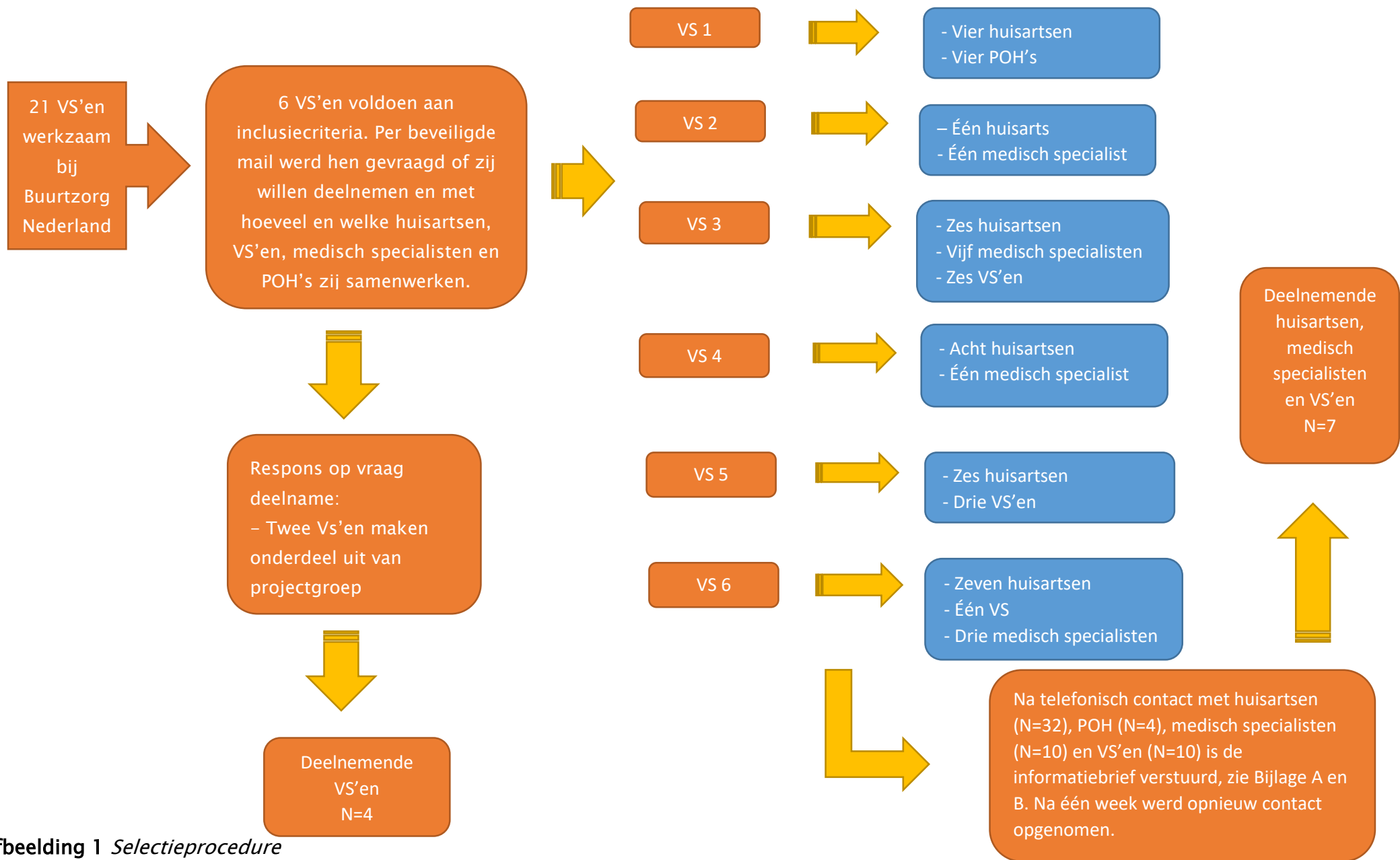
Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<i>Huisartsen</i> – Minimaal twee jaar werkervaring met betrekking tot de inzet VS in de wijk	Patiënten
<i>Praktijkondersteuners</i> – Minimaal twee jaar werkervaring met betrekking tot de inzet VS in de wijk	Paramedici
<i>Verpleegkundig Specialisten</i> – Minimaal twee jaar werkervaring met betrekking tot de inzet VS in de wijk	Verpleegkundigen

<ul style="list-style-type: none"> - Minimaal twee jaar werkzaam als VS in de wijk bij Buurtzorg Nederland. 	
<p><i>Medisch specialisten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimaal twee jaar werkervaring met betrekking tot de inzet VS in de wijk) 	

2.3 Procedure

De selectieprocedure heeft in januari 2021 en februari 2021 plaats gevonden. Binnen Buurtzorg Nederland zijn er 21 VS'en werkzaam waarvan zes VS'en minimaal twee jaar als VS werkzaam zijn binnen de organisatie. Via beveiligde mail is gevraagd of zij zouden willen deelnemen aan het onderzoek. Zij ontvingen de informatiebrief, zie Bijlage B.

Tevens is er een beveiligde mail verzonden naar de zes VS'en waarbij gevraagd werd met hoeveel en welke huisartsen, medisch specialisten, POH's en VS'en zij samenwerken. Hiervoor is gekozen omdat zij het beste inzicht kunnen geven met betrekking tot de inzet van de VS in de wijk. De onderzoeker heeft contactgegevens ontvangen en heeft telefonisch contact opgenomen met de aangedragen participanten. Tijdens het telefonische contact werd het doel van het onderzoek uitgelegd en werd gevraagd of de informatiebrief, zie Bijlage A via beveiligde mail verzonden mocht worden. Tevens werd er aangegeven dat na een week opnieuw contact gezocht zou worden. Deze selectieprocedure heeft geleid tot zeven participanten, waarvan geen POH's. In Afbeelding 1 wordt de selectieprocedure weergegeven.



Afbeelding 1 *Selectieprocedure*

2.4 Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van individuele online face to face, semi gestructureerde interviews in februari, maart, april en mei 2021.

Structuur werd aangebracht door middel van topiclijsten, weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2

Topiclijst interviews met huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten

Topic	Subonderwerp
Rol van de VS	Huidige situatie Kenmerken Taken en verantwoordelijkheden Regiebehandelaarschap Frequentie contact Doelgroep en behandelduur
Ervaren waarde van de inzet van de VS in de wijk	Samenwerking Niveau van de patiënt Niveau van de professional Niveau van organisatie Niveau van de maatschappij
Toekomst	Financiering Implementatie Randvoorwaarden Optimale situatie

Doordat er gebruik gemaakt werd van topiclijsten kregen alle participanten dezelfde onderwerpen voorgelegd, zo werd de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Munten et al., 2016). Tijdens de dataverzameling kregen de participanten voldoende ruimte om vrij te spreken over zijn of haar ervaringen met de VS in de wijk. Voor de VS'en, werkzaam binnen Buurtzorg, werd de interviewgide aangepast, zodat er aansluiting bij de participant gezocht kon worden. Voorafgaand aan het afnemen van de interviews heeft de onderzoeker 'bracketing' toegepast om zo de eigen veronderstellingen, voor zover mogelijk, aan de kant te zetten en het standpunt van de respondent te registeren (Boeije, 2009). De onderzoeker heeft de interviewvragen uit de interviewgide beantwoord en deze beschreven in het logboek.

2.5 Data analyse

Tijdens de data analyse werd er gebruik gemaakt van de methode van Braun & Clarke (2006). De interviews zijn opgenomen en vervolgens verbatim

getranscribeerd. De transcripten werden doorgelezen zodat de onderzoeker bekend kon raken met de gevonden data. De transcripten werden in het programma 'Atlas.ti' gecodeerd. Tijdens dit proces werd er bij elke code een opmerking geplaatst waarin de onderzoeker haar gedachten achter de code heeft vermeldt. De codering heeft op zowel een inductieve als een deductieve manier plaats gevonden, enkele codes werden uit de topiclijsten gehanteerd maar er werden ook nieuwe codes toegevoegd. Er werden fragmenten geselecteerd die antwoord gaven op de onderzoeksvraag maar ook verrassende en nieuwe fragmenten werden geselecteerd. Na het coderen werden de gevonden codes ondergebracht in thema's, hierbij werd rekening gehouden dat de codes de essentie van de thema's weergaven. Vervolgens werden de thema's verder gedefinieerd en uiteindelijk werd van de definitieve thema's een report aangemaakt.

2.6 Methodologische kwaliteit

Aan de hand van vier aandachtsgebieden werden technieken en procedures toegepast om de betrouwbaarheid van het onderzoek zo hoog mogelijk te krijgen (Munten et al., 2016; Polit & Beck, 2018).

In het logboek werd gereflecteerd op het onderzoeksproces waarbij beschreven werd welke keuzes er gemaakt zijn en welke belemmeringen er ervaren werden tijdens het proces. Zo kon de credibility van dit onderzoek zo hoog mogelijk gehouden worden. Tijdens en na de interviews heeft er een membercheck plaats gevonden. Tijdens de interviews werd bij de overgang van de topics samenvattingen gegeven van wat de participant gezegd heeft. Nadat de interviews verbatim getranscribeerd waren heeft de onderzoeker een samenvatting van de interviews gemaakt en deze ter controle naar de participanten gestuurd. Er werden zeven reacties ontvangen en vier participanten hebben niet gereageerd. Tijdens de analyse heeft door twee collega onderzoekers en één onafhankelijke onderzoeker peer debriefing plaats gevonden. Op deze manier werd de credibility van dit onderzoek vergroot maar ook door het toepassen van de membercheck werd de confirmability van dit onderzoek vergroot (Munten et al., 2016; Polit & Beck, 2018).

De onderzoeker heeft gekozen om de context, de deelnemers, ervaringen en processen te beschrijven in het logboek. Door dit te doen werd de dependability en transferability voor dit onderzoek vergroot (Munten et al., 2016). De onderzoeker heeft hiervoor gekozen omdat naar aanleiding van de resultaten aanbevelingen voor zowel Buurtzorg Nederland als voor andere organisaties gedaan zullen worden.

De ervaringen van medische zorgprofessionals zijn in de resultaten waarheidsgetrouw weergegeven en beschreven zoals de participant heeft aangegeven, zo werd de authenticity van dit onderzoek vergroot (Polit & Beck, 2018).

2.7 Ethische verantwoording

Bij deze meesterproef was er geen sprake van medisch wetenschappelijk onderzoek. Deelnemers werden niet aan handelingen onderworpen of er werden hen geen gedragsregels opgelegd (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, z.d.). Dit onderzoek viel niet onder de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) en werd dus niet voorgelegd aan een Medische Ethische Toetsingscommissie (METC). Toestemming voor het uitvoeren van het onderzoek werd op 18 november 2020 verleend door Buurtzorg Nederland, zie Bijlage D.

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) werd door middel van de informatiebrieven, zie bijlage A en B gewaarborgd. Daarbij hebben de participanten na akkoord voor deelname een toestemmingsverklaring ontvangen, zie Bijlage C. Deze werd door de deelnemer en onderzoeker ondertekend. De transcripten werden geanonimiseerd. Tijdens de uitvoering van het onderzoek werd de beroepscode in acht genomen en werd er rekening gehouden met het beroepsgeheim (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2015).

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt allereerst een beschrijving gegeven van de participanten met hun kenmerken. Daarna worden de resultaten beschreven aan de hand van de gevonden thema's en subthema's.

3.1 Participanten

In dit onderzoek participeerde vier huisartsen, zes VS'en en twee Specialisten Ouderengeneeskunde (SO). Alle huisartsen hebben een VS in de wijk opgeleid en één huisarts heeft een VS werkzaam in zijn praktijk. Eén interview was een duo interview maar wordt gezien als één interview omdat zij elkaar aanvulden in informatie. Vier VS'en zijn werkzaam binnen Buurtzorg, één VS is werkzaam in de extramurale zorg. Eén VS is werkzaam in het ziekenhuis en de SO's werken samen met de VS in de wijk.

In Tabel 3 zijn de kenmerken van de participanten (N=11) weergegeven.

Tabel 3

Kenmerken van de participanten

Kenmerken Huisartsen				
	Geslacht	Leeftijd	Demografie	Setting
H1A	Man	40-50	Midden Nederland	Duo praktijk
H1B	Man	40-50	Midden Nederland	Duo praktijk
H2	Vrouw	40-50	West Nederland	Praktijkhoudend huisarts
H3	Man	40-50	West Nederland	Huisartsen Onder Eén Dak (HOED)
Kenmerken Verpleegkundig Specialisten				
VS1	Vrouw	50-60	Zuid Nederland	Buurtzorg Nederland aangesloten bij team
VS2	Vrouw	50-60	Noord Nederland	Buurtzorg Nederland aangesloten bij team
VS3	Vrouw	60-65	West Nederland	Buurtzorg Nederland consultbasis
VS4	Vrouw	50-60	West Nederland	Buurtzorg Nederland en werkzaam binnen HOED
VS5	Vrouw	40-50	Zuid Nederland	Extramurale zorg
VS6	Man	40-50	Midden Nederland	Ziekenhuis
Kenmerken Medisch specialisten				
SO1	Vrouw	40-50	Midden Nederland	Buurtzorg Nederland
SO2	Vrouw	50-60	West Nederland	Extramurale zorg

3.2 Thema's en subthema's

De waarde met betrekking tot de inzet van de VS in de wijk wordt ervaren als de verbindende factor, binnen de werkdrukbeleving en bij patiëntgerichte zorg. Vervolgens zal in het thema toekomst van de VS in de wijk beschreven worden hoe de functie in de toekomst gezien wordt en wat er voor nodig is om de functie verder uit te kunnen breiden.

3.3 De verbindende factor

Volgens vier VS'en, drie HA en twee SO straalt de VS in de wijk vertrouwen uit naar de patiënt, is zij proactief, werkt zij multidisciplinair, is zij medisch onderlegd, heeft zij meer kennis dan een reguliere verpleegkundige en heeft zij gevoel voor communicatie. Door deze vaardigheden ervaren de huisartsen, SO's en vijf VS'en de positie van de VS in de wijk als een brug- en poortwachtersfunctie. Zij maakt een koppeling tussen het verpleegkundige en het medische vakgebied. Deze positie wordt door hen als prettig ervaren.

'Ik vind sowieso dat het een brug slaat tussen de aan bed zorg en de medische zorg maar ook tussen de gespecialiseerde multidisciplinaire zorg, waarbij taken ook gedelegeerd worden.' (SO1)

Volgens het merendeel van de participanten bevordert deze positie de samenwerking binnen verschillende domeinen. Ook vinden de participanten dat de VS in de wijk goed bereikbaar is, zij wordt op verschillende manieren betrokken bij een zorgvraag. Zij wordt betrokken via de POH, via de huisarts, via SO of dat de VS in de wijk zelf contact opneemt met de verschillende disciplines. Door de ervaren brug- en poortwachtersfunctie wordt volgens de participanten de samenwerking tussen wijkpleging, huisartsen en de tweedelijnszorg bevordert. Echter worden door verschillende participanten kanttekeningen geplaatst.

Samenwerking met de wijkverpleging

Twee huisartsen ervaren dat de samenwerking met de wijkverpleging bevordert wanneer de VS in de wijk betrokken is. Volgens hen komt dit doordat de VS in de wijk op dezelfde manier communiceert als de teams wijkverpleging, een korter lijntje heeft en de verwachtingen van de teams wijkverpleging kan inschatten.

'In het contact met de Verpleegkundige Ouderen heb ik het idee dat zij redelijk op hetzelfde niveau kan communiceren en hebben vaak een kort lijntje.' (H2)

Door twee VS'en werkzaam binnen de extramurale zorg en het ziekenhuis ervaren, net zoals de huisartsen, dat door de inzet van de VS in de wijk er een korte lijn ontstaat met de wijkverpleging. De VS'en, werkzaam bij Buurtzorg, ervaren hun functie als een aanvulling op het wijkzorgteam. De samenwerking met de wijkverpleging wordt op verschillende manieren ervaren. Wanneer zij op

consultbasis betrokken worden bij een casus ervaren zij weerstanden van wijkverpleegkundigen, dit ervaren zij niet wanneer zij binnen een casus in hun eigen team betrokken zijn.

'Dan hebben ze zoiets van, wie denk jij dat je bent?' (VS2)

'Daar niet boven moeten staan hoewel ik merk dat er afgunst en jaloezie is bij andere verpleegkundigen zeker bij de oudere verpleegkundige die zijn blijven hangen.' (VS3)

Samenwerking met de huisartsen

Volgens de huisartsen is de VS in de wijk laagdrempelig bereikbaar via mail- en telefonisch contact, Siilo of via zorgdomein. De samenwerking tussen de VS in de wijk en huisartsen wordt door de participanten als zeer wisselend ervaren. Dit komt mede doordat de VS in de wijk met veel huisartsen moet samenwerken. Door de VS'en (N=6) wordt ervaren dat de ene huisarts open staat voor hun adviezen en de andere huisarts niet, ook zullen zij de huisarts altijd nodig moeten hebben voor het maken van beslissingen en voor rapportage in het huisartsensysteem.

'De samenwerking is heel wisselend van handen op elkaar tot ik vind jou maar super lastig.' (VS3).

'Het is ook afhankelijk van de huisartsen of ze dat willen want de huisartsen vonden het ook maar niks want ze willen het allemaal zelf kunnen regelen en niet dat er nog een wijkverpleegkundige of VS tussen zit.' (VS4)

Door de huisartsen wordt de samenwerking met de VS in de wijk als zeer prettig ervaren omdat de VS een multidisciplinaire benadering heeft bij het uitvoeren van de zorg en zij kennis heeft van het medische vakgebied. Het initiatief van samenwerken ligt volgens hen bij de VS in de wijk. Twee huisartsen vinden het belangrijk dat zij hun rol als huisarts nog wel kunnen uitvoeren wanneer zij samenwerken met de VS in de wijk. Zij verwachten dat de VS vanuit het zorgprobleem kijkt en dat de huisarts vanuit de medische kant kijkt. Op deze manier kunnen zij elkaar ontmoeten in het midden.

'Je werkt gewoon lekker samen, je komt elkaar tegen.' (H3)

De huisarts en de VS in de wijk dragen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt, dit wordt aangegeven door drie huisartsen, vijf VS'en en twee SO. Binnen deze gezamenlijke verantwoordelijkheid bewaakt de VS zijn of haar grenzen. De huisarts zal hoofdbehandelaar blijven, ook al voelt de VS zich verantwoordelijk voor de consultvraag die gesteld wordt zoals het stellen van de diagnose dementie.

'Nou het was meer een soort gedeelde verantwoordelijkheid, het is een kwestie van delen met elkaar.' (H4)

Samenwerking met de tweedelijnszorg

De samenwerking met de tweedelijnszorg wordt verschillend ervaren. Door de VS, werkzaam in het ziekenhuis (VS6), wordt het volgende aangegeven:

'Je merkt dat door die specialistische zorg dat de afstand tussen de eerste en tweede lijn ook best wel groot is'

Door de overige VS'en wordt dit ook bevestigd, zij geven aan dat zij de samenwerking soms als moeizaam ervaren omdat er binnen de tweedelijnszorg veelal op 'eilandjes' gewerkt wordt. Ondanks dat de samenwerking soms als moeizaam ervaren wordt, heeft de VS een toegevoegde waarde in de samenwerking met de tweedelijnszorg. Dit heeft zij doordat zij kennis heeft van zowel de medische en verpleegkundige zorg, hierdoor worden er andere zaken gesignaleert dan wanneer de patiënt in het ziekenhuis is. Hierdoor krijgen specialisten een beter beeld van hoe de patiënt thuis functioneert. Door de SO wordt een toegevoegde waarde gezien in 'het verder kijken dan de behandeling', doordat de VS in de wijk kennis heeft van de sociale kaart en wanneer nodig een WLZ indicatie kan aanvragen.

'Mevrouw gaat één keer in de zoveel tijd naar de nefroloog, daar heb ik ook contact mee. Door het cultuurprobleem is ze eigenlijk nu zo ver dat ze aan de dialyse moet maar de nefroloog begrijpt het cultuurprobleem niet en die weet niet hoe de thuissituatie is. Ik, als contactpersoon of regiebehandelaar, vraag wat is nou belangrijk voor de patiënt?' (VS1)

'De geriater zei op een dag tegen mij, waar ik op hou daar ga jij verder.' (VS3)

3.4 Werkdrukverlichting

Doordat de VS in de wijk een brede blik of helikopterview heeft is zij inzetbaar bij een brede doelgroep. Zij is inzetbaar bij kwetsbare ouderen, patiënten met hartfalen, patiënten met cognitieve beperkingen, wondzorg, palliatieve zorg, patiënten met COPD en patiënten met diabetes. De VS'en geven aan dat hun doelgroep merendeel bestaat uit ouderen met een cognitieve beperking en ook heeft elke VS zijn of haar eigen expertisegebied. Volgens huisartsen moet je juist de VS in de wijk inzetten op complexe casuïstiek waarbij zij de regie voert.

'De verpleegkundig specialist voor de ouderenzorg in de eerste lijn moet je vooral inzetten op zeer ingewikkelde, uitdagende en moeilijke casuïstiek die tijd kost.' (H3)

Volgens de huisartsen kan de VS in de wijk regie voeren omdat zij taken uitvoert zoals het afnemen van een verpleegkundige en medische anamnese, het lichamenlijk onderzoek uitvoert en medicatie kan voorschrijven. Volgens huisartsen (N=3) kunnen deze taken gedelegeerd worden aan de VS in de wijk. Ook wordt door het

merendeel van de participanten aangegeven dat een taak van de VS het organiseren van klinische lessen en scholingen is. Hierdoor kan de VS in de wijk een bijdrage leveren aan deskundigheidsbevordering van de teams wijkverpleging. Hierdoor wordt ervaren dat de teams andere dingen uitvragen voordat zij een huisarts consulteren.

‘Als je dus een verpleegkundig specialist kunt inzetten dan groeit daarmee de kennis en de vaardigheden van een team automatisch mee.’ (SO1)

‘In het team heeft het tot een verbetering geleid van we moeten het niet op die manier aanvliegen van als de urine ruikt dan is het een blaasontsteking, nee, ik zie dat de vragen daarover minder zijn, ze kunnen beter inschatten wanneer ze wat moeten doen.’ (VS4)

Door deskundigheidsbevordering van de wijkteams en doordat de VS in de wijk regie kan voeren binnen complexe casuïstiek ervaren de huisartsen (N=3) en beide SO dat er minder visites plaats vinden en ervaren zij minder werkdruk.

‘Het is heel druk in de eerste lijn en het is dus prettig om dan zo’n collega erbij te hebben, om de zaken die niet gecompliceerd lijken op te pakken.’ (SO2)

Ondanks dat de huisartsen en SO ervaren dat er taken gedelegeerd kunnen worden aan de VS in de wijk wordt de VS in de wijk nog minimaal door hen ingezet. De frequentie van het contact is volgens alle participanten nog laag, gemiddeld genomen wordt de VS ongeveer één a twee keer per maand betrokken bij een casus.

Ook is er volgens de participanten vaak nog onduidelijk wat de VS in de wijk kan en mag en wat haar verantwoordelijkheden zijn. Volgens SO1 is het daarom belangrijk dat er afspraken gemaakt worden over welke taken de VS uitvoert en welke taken de SO of huisarts uit zal gaan voeren.

‘Ik denk dat je op een manier afspraken met elkaar moet maken, zodat het voor iedereen duidelijk is wie wat doet.’ (SO1)

3.5 Patiëntgerichte zorg

De waarde van de inzet van de VS in de wijk wordt door de participanten ervaren op het gebied van patiëntgerichte zorg. De VS in de wijk is in staat om de verpleegkundige zorg zoals zorg inventariseren en leveren, begeleiding en casemanagement bij patiënten met dementie uit te voeren. De VS in de wijk is laagdrempelig in contact naar cliënten toe.

‘Ik denk dat het laagdrempeliger voor de patiënt kan zijn dat er niet meteen een dokter komt maar dan toch meer een soort verpleegkundige.’ (SO2)

Volgens het merendeel van de participanten levert de VS in de wijk verpleegkundige en medische zorg aan cliënten. Er wordt een betrokkenheid ervaren en volgens zes participanten heeft de VS in de wijk kennis van de cliënt. Door meerdere participanten wordt de VS in de wijk benoemd als belangenbehartiger, bondgenoot of als advocaat van de cliënt. Dit komt omdat zij laagdrempelig in contact is naar hen. Hierdoor heeft zij kennis van de cliënt en ervaren zij betrokkenheid bij de cliënt, familie en eventuele mantelzorger. Doordat de VS in de wijk volgens de participanten (N=9) laagdrempelig in contact is en betrokken is bij de cliënt en familie kan er maatwerk geleverd worden, zoals VS2 aangeeft.

'De huisartsen die hebben een stukje medisch en die werken veelal volgens de NHG standaarden en dat is prima maar wij werken dus heel veel buiten de standaarden omdat die niet altijd passen bij onze cliënten.' (VS2)

Daarbij wordt aangegeven dat doordat de VS meer contact heeft met de cliënt er dieper onderzoek uitgevoerd kan worden waardoor de kwetsbare ouderen en problemen eerder gesignaleerd kunnen worden. Daarbij kan volgens zes participanten de VS in de wijk het geriatrisch assessment afnemen en screent zij de kwetsbare ouderen. Door eerdere signalering kunnen ziekenhuisopnames en achteruitgang bij patiënten voorkomen worden, dit wordt aangegeven door twee huisartsen.

'Ik denk doordat de VS meer contact houdt met mensen er misschien ook op een andere en vroegere manier problemen kan signaleren.' (H2).

'Ik denk dat je kan voorkomen dat patiënten achteruitgaan in de thuissituatie en dat je sneller kan inspringen op wat er nodig is niet alleen qua zorg maar ook qua andere zaken.' (VS5)

3.6 Toekomst van de VS in de wijk

Door de participanten (N=11) wordt aangegeven dat de complexiteit van zorg, in het kader van 'langer thuis blijven wonen' zal gaan toenemen, hierdoor zal de rol van de VS in de wijk gaan groeien. Door één VS wordt verwacht dat zij het daarom ook drukker gaat krijgen in de toekomst.

'Ik denk dat we het nog drukker hebben dan nu als het allemaal doorgaat zoals we willen dat het doorgaat dan gaan we het heel druk krijgen.' (VS5)

Voor de VS in de wijk wordt het ook belangrijk om passende zorg te ontwikkelen die gericht is om crisissituaties te voorkomen, zo kan de cliënt langer thuis blijven wonen. SO1 geeft daarbij het volgende aan:

'Dat mensen gewoon met een problematiek en dus ook een complexiteit thuis kunnen wonen, daar wordt ook zorg gevraagd waar je meer expertise voor nodig hebt.' (SO1)

Ondanks dat de participanten ervaren dat de rol van de VS in de wijk zal gaan groeien, is het er ook nog veel onbekendheid over de rol van de VS in de wijk. Volgens de VS'en (N=4) komt dit ook omdat zij vaak nog wijkverpleegkundige taken uitvoeren. Ook geven zij aan dat zij vaak het vertrouwen van de huisarts moeten winnen door te laten zien wat zij kunnen, dit kost tijd en energie.

'Ik moet nog steeds duidelijk maken van ik ben een verpleegkundig specialist dus ik mag longen luisteren, een diagnose stellen en medicijnen voorschrijven en dat vinden sommige huisartsen nog steeds heel lastig' (VS4)

De participanten geven daarom aan dat het belangrijk is voor de toekomst dat er meer bekendheid gegeven wordt aan de rol. Door drie huisartsen wordt ook bevestigd dat zij taken niet willen delegeren omdat zij graag het overzicht en de 'feeling' met de patiënt willen blijven houden.

'Huisartsen zijn over het algemeen niet zo makkelijk met delegeren dus dat speelt een rol en dat geldt uiteindelijk ook voor mijzelf.' (H3)

Daarbij wordt, door negen participanten, ervaren dat door de onbekendheid van de rol er weerstanden ontstaan. Dit wordt vooral opgemerkt door H2, zij geeft aan dat zij ervaren heeft dat de POH de rol van de VS als bedreiging zag. Dit kwam omdat de VS in de wijk veel taken van de POH over kon nemen.

'De praktijkondersteuners die hier al waren die voelde zich echt een beetje gepasseerd en ook van ben ik dan niet goed genoeg, weet ik niet genoeg wat mankeert er aan mijn werk, dat soort signalen.' (H2)

Er wordt door de VS'en (N=5) aangegeven dat de functie van de VS in de wijk nog niet gehonoreerd wordt door de zorgverzekeraar waardoor zij zich niet goed kunnen profileren. Ook kan volgens één VS de VS in wijk zich niet goed profileren omdat de versnippering van zorg als een belemmerende factor wordt ervaren.

'Ik denk dat het nu nog te versnipperd is en dat daardoor de huisartsen vaak ook niet weten waar ze terecht moeten' (VS6).

Daarbij geven zij aan dat het belangrijk is om de huisartsenvereniging aan te spreken zodat er meer bekendheid gegeven kan worden aan de functie waardoor het profileren bevorderd kan worden.

'Als we die labels er niet op kunnen zetten hoe wil je dan die PR kunnen voeren naar de huisarts of hoe wil je je dan profileren'. (VS3)

'Ik denk op het moment dat de huisartsenvereniging ons gaat omarmen dat er dan heel wat gaat gebeuren.' (VS3)

Ondanks een aantal belemmerende factoren die benoemd zijn worden er ook bevorderende factoren genoemd betreft de functie van de VS in de wijk voor de toekomst. Door de participanten (N=8) wordt benoemd dat het vertrouwen tussen de huisarts en de VS in de wijk, het gat van kennis van zowel de huisarts als de teams wijkverpleging en het grote netwerk als bevorderende factoren ervaren worden. Daarbij is het belangrijk dat de samenwerking tussen de VS, verpleegkundige ouderen, huisartsen en medisch specialisten goed blijft. Volgens H2 kan dat op de volgende manier: *'Ik denk dat het handig is dat één keer in de zoveel tijd een overleg plaats vindt waarin de mensen besproken worden waarbij problemen te verwachten zijn.'* Om de samenwerking in de toekomst te kunnen bevorderen wordt door de VS'en (N=6) en huisartsen (N=3) het belang van een gezamenlijk informatiesysteem aangegeven. *'Je zou met één dossier moeten gaan werken en toestemming moeten hebben van die huisartsen.'* (VS5).

Door vier VS'en en SO wordt aangegeven dat de organisatie Buurtzorg hen kansen biedt om de functie verder uit te kunnen breiden in de toekomst. Zij ervaren dat door de manier van werken in zelfsturende teams en de vrijheden om de functie neer te zetten zij de kans krijgen om te pionieren.

'Buurtzorg geeft ons kansen dus voor mij voelt dat gewoon als heel fijn, ze laten ons gewoon pionieren.' (VS1)

Echter is de groep VS'en binnen de organisatie nog klein, dit wordt door de meerderheid van de participanten aangegeven. Zij hopen dat in de toekomst er meer VS'en zijn omdat de waarde van functie wordt ervaren. *'Je moet wel mensen hebben om dit te kunnen doen.'* (VS3)

Door VS6 wordt het volgende ideaalbeeld geschetst:

'Ik zou de kracht van de VS in de wijk zien dat zij plaatselijk een overstijgend team zijn waar je wel consulten erbij kan doen maar organisatie onafhankelijk opereert.'

De meerderheid van de participanten (N=7) deelt dit ideaalbeeld en geven aan dat de VS in de wijk binnen het overstijgende team korte lijnen heeft met een SO of huisarts en kan de VS zes tot acht teams bedienen.

'Eén VS per zes tot acht teams en dan een Specialist Ouderengeneeskunde op twee of drie VS'en.' (VS4)

4. Discussie en conclusie

4.1 Discussie

De positie van de VS in de wijk wordt als brugfunctie tussen de wijkverpleging, huisartsen en tweedelijns ervaren. Daarbij is de VS in de wijk laagdrempelig in contact naar zowel de professionals als naar cliënt en zijn of haar familie. De VS voert taken op het verpleegkundige en medische gebied uit waardoor de SO en huisartsen een vermindering van werkdruk ervaren. Echter wordt er door hen aangegeven dat er nog veel onbekend is over wat een VS in de wijk mag en kan.

De VS in de wijk combineert de verpleegkundige en medische zorg waardoor de samenwerking binnen de verschillende domeinen bevordert. In het onderzoek van Lips (2018) wordt beschreven dat doordat de VS kennis heeft van de medische wereld zij de samenwerking met de wijkverpleging kan bevorderen. De resultaten beschrijven dat de huisartsen en medisch specialisten de VS in de wijk als een collega zien die kan verbinden tussen disciplines en organisaties en daarbij korte lijntjes hanteert. Het onderzoek van Wijers et al. (2013) laat zien dat de inzet van de VS op de spoedpost de samenwerking tussen de huisartsen en de assistentes bevordert en daarbij zorgt de VS voor een korte lijn met de verpleegkundigen.

Uit de resultaten blijkt dat de VS in de wijk betrokken is bij de cliënt en familie doordat zij laagdrempelig in contact is. Hierdoor kan zij bijdragen aan patiëntgerichte zorg en vroegsignalering en zal zij een belangrijke rol gaan spelen in het ontwikkelen van passende zorg bij de ouderen wanneer zij langer thuis blijven wonen. In het onderzoek van Wallenburg, Janssen, & De Bont (2015) wordt beschreven dat de VS de patiëntgerichte benadering van het medisch handelen centraal stelt.

De resultaten laten zien dat door de inzet van de VS in de wijk er een werkdrukverlichting optreedt bij de huisartsen en SO en dat er wordt bijgedragen aan het vergroten van kennis bij de teams wijkverpleging. Er kan niet met zekerheid vastgesteld worden of deze werkdrukverlichting reëel. Dit komt mede omdat door de participanten taken benoemd worden die de VS in de wijk uitvoert echter wordt er ook benoemd dat de frequentie van het contact tussen VS en huisartsen/SO nog minimaal is. Daarbij is er volgens de participanten ook nog veel onbekend over de rol van de VS in de wijk. Het onderzoek van Van der Biezen et al. (2017), dat heeft plaats gevonden op de huisartsenpost, beschrijft dat de onbekendheid van de rol een grote belemmering is om effectief te kunnen samenwerken en door te weinig inzicht in de rol van de VS tracht er een vertraging op in de zorg voor de patiënten. Daarbij beschrijft het onderzoek van Wallenburg et al. (2015) dat de taken en verantwoordelijkheden van de VS niet worden toegeschreven aan de professionele achtergrond maar vooral op de individuele competenties en het gewonnen

vertrouwen. Ondanks de onbekendheid van de rol laat het onderzoek van Van Erp et al. (2019) een potentiële mogelijkheid zien voor de inzet van de VS in de wijk, hiervoor is volgens Schadewaldt et al. (2016) roloptimalisatie nodig. De resultaten uit dit onderzoek laten enkele bevorderende factoren zoals vertrouwen tussen VS en huisarts en het gat van kennis van zowel de huisarts als wijkverpleging zien. Deze factoren zullen in de toekomst een grote rol spelen bij de roloptimalisatie.

Sterke en zwakke punten

Door de in- en exclusie criteria zo gedetailleerd mogelijk toe te passen is er gepoogd om voldoende variatie in de steekproef aan te brengen. Echter doordat er geen respons van de POH's is geweest en de meerderheid van de geïncludeerde VS'en werkzaam zijn bij Buurtzorg Nederland blijft de vraag of er voldoende variatie is aangebracht. Tijdens de interviews heeft de onderzoeker een neutrale houding aangenomen door gebruik te maken van 'bracketing'. Echter werd er door de participanten tijdens het interview gevraagd naar de mening van de onderzoeker waardoor er mogelijk niet voldoende neutraliteit geboden kon worden. Ondanks dat er naar de mening van de onderzoeker gevraagd werd heeft de onderzoeker tijdens de interviews uitgelegd dat zij haar mening hierover niet benoemd en gaf daarbij aan dat zij neutraal moet zijn.

De onderzoeker heeft de samenvatting van de transcripten naar de participanten gestuurd, waarop zij zeven reacties op terug heeft ontvangen. De huisartsen hebben niet gereageerd op de samenvatting in verband met drukte. Het merendeel van de participanten (N=7) heeft gereageerd, hierdoor kan er gesteld worden dat data niet gebaseerd is op de verwachtingen van de onderzoeker. Gezien het tijdsplan van het onderzoek was het niet mogelijk om meer dan elf participanten te werven. Doordat er binnen de groepen verschil was in het aantal participanten heeft er geen datasaturatie op kunnen treden.

De resultaten van dit onderzoek komen grotendeels overeen met de literatuur, echter hebben de onderzoeken uit de literatuur plaats gevonden binnen een andere setting. De onbekendheid van de rol blijft een onderwerp waar aandacht aan besteed moet worden, ook binnen de eerstelijnszorg. Ondanks de onbekendheid van de rol wordt de waarde van de inzet van de VS ervaren in het vormen van een brugfunctie tussen de wijkverpleging, huisartsen en medisch specialisten.

4.2 Conclusie

De waarde met betrekking tot de inzet van de VS in de wijk wordt ervaren als brugfunctie tussen de wijkverpleging, huisartsen en medisch specialisten. Daarbij is zij laagdrempelig in contact naar professionals, cliënten, familie en mantelzorgers. Ondanks dat als waarde benoemd wordt dat de VS in de wijk taken uitvoert op het verpleegkundige en medische gebied blijkt de onbekendheid van de rol mee te spelen om de functie verder te kunnen implementeren.

5. Aanbevelingen

Dit onderzoek laat zien dat de VS in de wijk perspectief biedt voor de toekomst. Dit onderzoek had als doel inzicht verkrijgen in de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de VS binnen Buurtzorg Nederland vanuit het perspectief van de medische zorgprofessionals. Voor een vervolgonderzoek zal geadviseerd worden om het perspectief van paramedici, POH's en medisch specialisten werkzaam in het ziekenhuis te beschrijven, omdat dit domeinen zijn die andere inzichten kunnen geven over de inzet van de VS in de wijk.

Door de participanten wordt een waarde van de inzet van de VS in de wijk ervaren, echter zal er meer bekendheid gegeven moeten worden aan deze functie. Om meer bekendheid te kunnen geven aan deze functie zal er eerst draagvlak gecreëerd moeten worden bij Buurtzorg Nederland. Vervolgens zal er meer draagvlak gecreëerd moeten worden bij huisartsen en medisch specialisten zodat de samenwerking verder bevorderd kan worden.

Allereerst zal er meer draagvlak binnen de organisatie gecreëerd moeten worden. Dit kan gedaan worden door meer PR te maken voor de functie van VS. Dit kan door middel van het organiseren van een webinar voor de teams wijkverpleging waarin de functie van de VS wordt toegelicht. Binnen deze webinar zullen de taken en de waarde van de inzet van de VS besproken worden. Daarnaast zal er een overzicht gegeven worden in welke regio de VS'en bij Buurtzorg werkzaam zijn, zodat de teams wijkverpleging ook inzicht hebben in wie zij kunnen benaderen. Hopelijk kan door de PR binnen de organisatie meer bekendheid gegeven worden aan deze functie en zullen er zich meer HBO- verpleegkundigen melden om de Master Advanced Nursing Practice (MANP) te gaan volgen zodat het aantal VS'en binnen Buurtzorg kan groeien.

Ook zal er meer draagvlak gecreëerd moeten worden bij de huisartsen en medisch specialisten over de inzet van de VS. Dit zou door middel van gesprekken en scholingen met de huisartsenvereniging en ziekenhuizen kunnen. Ook kan de VS in de wijk door middel van PR over zijn of haar eigen competenties de huisartsen in de regio kunnen voorlichten. Hierbij kan de VS in de wijk gebruik maken van de uitkomsten uit het onderzoeksproject 'De verpleegkundig specialist in de wijk'. Wanneer er meer draagvlak bij de huisartsen en medisch specialisten gecreëerd kan worden dan kan de functie van de VS in de wijk meer uitgebreid worden en zal dit als inspiratie kunnen dienen voor andere organisaties binnen de eerstelijnszorg.

Literatuurlijst

- Bijma, B. (2019). Huisartsentekort diverse oorzaken vragen een brede aanpak. *De Dokter*, 2019(1), 8–11. Geraadpleegd op 24 september 2020, van <https://www.lhv.nl/actueel/tijdschriften/artikel/huisartsentekort-diverse-oorzaken-vragen-een-brede-aanpak>
- Boeije, H.R. (2009). *Analysis in Qualitative Research*. Thousand Oaks (USA): Sage Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- CBS. (2019, 11 december). *Langdurige zorg vaker thuis*. Geraadpleegd op 24 september 2020, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/50/langdurige-zorg-vaker-thuis>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.d.). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Geraadpleegd op 8 november 2020, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Côte, N., Freeman, A., Jean, E., & Denis, J.L. (2019). New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. *BMC Health Services Research*, 19(882), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4731-8>
- Jetten, N., Senczuk, S., Hermans, M., Ruijters, R., & Van Rossum, E. (2015). Werken in de wijk: een verkenning van mogelijkheden. *Kennis en wetenschap*, 10, 42–47. <https://doi.org/10.1007/s40884-015-0031-3>
- Karimi-Shahanjarini A., Shakibazadeh E., Rashidian A., Hajimiri, K., Glenton C., Noyes, J., . . . Colvin, C.J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor–nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(4), 1–102. doi: 10.1002/14651858.CD010412.pub2
- Kiers, B. (2020). De juiste zorg op de juiste plek ‘Financiële prikkels werken averechts’. *Zorgvisie*, 2020(50), 26–31. <https://doi.org/10.1007/s41187-020-0155-7>

- 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 (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7), 1–121. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
- Lee, G., Pickstone, N., Facultad, J., & Titchener, K. (2017). The future of community nursing: Hospital in the Home. *British Journal of Community Nursing*, 22(4), 174–180. <https://10.12968/bjcn.2017.22.4.174>
- Lips, P. (2018). Samenwerken voor meer patiënten met complexe vragen. *Tijdschrift gezondheidswet*, 2018(96), 260–261. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0180-8>.
- 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(51), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0746-1>
- Maes, A., & De Wildt, J.E. (2006). Meer accent op de eerste lijn. *Medisch contact*, 61(36), 1406–1408. Geraadpleegd op 5 juni 2021, van <http://www.de-eerstelijns.nl/wp-content/uploads/2015/03/maximale-substitutie-2006.pdf>
- Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (Red.). (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Boom.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2018). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Randall, S., Thunhurst, C., & Furze, G. (2016). Community matrons as problem-solvers for people living with multi-co-morbid disease. *British Journal of Community Nursing*, 21(12), 594–598. doi: 10.12968/bjcn.2016.21.12.594
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag*. Geraadpleegd op 24 september 2020, van <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J.E., & Gardner, A. (2016). Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia – a multiple case study using mixed methods. *BMC Family Practice*, 17(99), 1–16. doi:10.1186/s12875-

Taskforce. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft?*. Den Haag: Auteur.

Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., . . . Maxwell, M. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 2020 (104), 1–21.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>

Van der Biezen, M., Wensing, M., Poghosyan, L., Van der Burgt, R., & Laurant, M. (2017). Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(589), 1–9.
doi:10.1186/s12913-017-2548-x

Van Erp, R., Van Doorn-Klompberg, A., Laurant, M., Van der Brink, G., & Van Vught, A. (2019). *De rol van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten in de Anderhalvelijnszorg. Een systemische literatuurstudie*. Geraadpleegd op 26 april 2021, van <https://zorgmasters.nl/extdocs/De-rol-van-Physician-Assistants-en-Verpleegkundig-Specialisten-in-de-Anderhalvelijnszorg.pdf>

Van Rooij, P. (2018). Meer tijd voor de patiënt, voor zorg op de juiste plek. *Tijdschrift gezondheidswet*, 2018(96), 226–227.
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0170-x>

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom.

Visser, A. (2018). Ouderenzorg op de juiste plaats. *Tijdschrift gezondheidswet*, 2018(96), 340–341. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0208-0>

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2015). *Beroepscode van verpleegkundigen en Verzorgenden*. Geraadpleegd op 8 november 2020, van <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voorverpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>

Volksgezondheid en zorg. (2020). *Vergrijzing*. Geraadpleegd op 24 september 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/vergrijzing>

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2019). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: Auteur.

Wallenburg, I., Janssen, M., & De Bont, A. (2015). De rol van de verpleegkundig specialist en psychian assistant in de zorg. Erasmus universiteit Rotterdam. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 1-76.
doi:10.13140/RG.2.1.2947.2481

Wijers, N., Van der Burgt, R., & Laurant, M. (2013). *Verpleegkundig Specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven*. Geraadpleegd op 26 april 2021, van https://www.iqhealthcare.nl/media/70567/eindrapport_inzet_vs_spoedpost.pdf

Bijlagen

Bijlage A Informatiebrief huisartsen, medisch specialisten en praktijkondersteuners



Onderzoek naar de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist.

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Noëlle Messink. Ten behoeve van mijn 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 'De verpleegkundig specialist in de wijk'.

Door middel van deze brief wil ik u informeren over het doel en de opzet van dit onderzoek en vragen om uw medewerking.

Achtergrond:

Als gevolg van de vergrijzing en de toename van het aantal ouderen met multimorbiditeit is er een toenemende vraag naar medische zorg en hoog complexe verpleegkundige zorg. Deze zorg verschuift steeds meer van het ziekenhuis richting thuis bij de cliënt. Mede hierdoor is er sinds een aantal jaar de functie van verpleegkundig specialist geïmplementeerd binnen Buurtzorg Nederland. Echter is deze functie nog niet geëvalueerd.

Doel:

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist .

Mijn vraag aan u:

Bent u huisarts, medisch specialist of praktijkondersteuner die ervaring heeft met de inzet van één van de verpleegkundig specialisten van 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 om zo inzicht te krijgen in uw ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist in de eerstelijnszorg. Het interview zal online afgenomen worden.

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 opname van het interview zal, na het verwerken van de gegevens, de opname gewist worden. De uitwerking van het gesprek zal in een beveiligde omgeving bewaard worden tot na afronding van het onderzoek. Nadien 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 die het onderzoek ‘De verpleegkundig specialist in de wijk’ leiden. Als u wilt, kan er een kopie opgestuurd worden.

Vragen en klachten

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

Wilt u deelnemen?

Een week na ontvangst van de informatiebrief zal er contact opgenomen worden met de vraag of u wel of niet wil deelnemen. Weet u het al eerder dan kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Ik zie uw aanmelding graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

N. Messink
Verpleegkundig Specialist in opleiding.

Contactgegevens:

Mailadres: n.messink@buurtzorgnederland.com

Telefoonnummer: 06-12775850

Bijlage B Informatiebrief verpleegkundig specialisten



Onderzoek naar de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist.

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Noëlle Messink. Ten behoeve van mijn 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 'De verpleegkundig specialist in de wijk'.

Door middel van deze brief wil ik u informeren over het doel en de opzet van dit onderzoek en vragen om uw medewerking.

Achtergrond:

Als gevolg van de vergrijzing en de toename van het aantal ouderen met multimorbiditeit is er een toenemende vraag naar medische zorg en hoog complexe verpleegkundige zorg. Deze zorg verschuift steeds meer van het ziekenhuis richting thuis bij de cliënt. Mede hierdoor is er sinds een aantal jaar de functie van verpleegkundig specialist geïmplementeerd binnen Buurtzorg Nederland. Echter is deze functie nog niet geëvalueerd.

Doel:

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist .

Mijn vraag aan u:

Bent u Verpleegkundig Specialist en minimaal twee jaar werkzaam 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 om zo inzicht te krijgen in uw ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist in de eerstelijnszorg. Het interview zal online afgenomen worden.

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 opname van het interview zal, na het verwerken van de gegevens, de opname gewist worden. De uitwerking van het gesprek zal in een beveiligde omgeving bewaard worden tot na afronding van het onderzoek. Nadien 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 die het onderzoek 'De verpleegkundig specialist in de wijk' leiden. Als u wilt, kan er een kopie opgestuurd worden.

Vragen en klachten

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

Wilt u deelnemen?

Een week na ontvangst van de informatiebrief zal er contact opgenomen worden met de vraag of u wel of niet wil deelnemen. Weet u het al eerder dan kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Ik zie uw aanmelding graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

N. Messink

Verpleegkundig Specialist in opleiding.

Contactgegevens:

Mailadres: n.messink@buurtzorgnederland.com

Telefoonnummer: 06-12775850

Bijlage C Toestemmingsverklaring



Toestemmingsverklaring

Betreft: Het onderzoek naar de ervaren waarde met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist binnen Buurtzorg Nederland vanuit het perspectief van medische zorgprofessionals.

Hierbij verklaar ik dat ik:

- De informatiebrief heb gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord.
- Voldoende tijd heb gehad om na te denken over participatie aan dit onderzoek.
- Geheel vrijwillig deelneem aan dit onderzoek.
- Toestemming geef om de resultaten te gebruiken ten behoeve van het 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 opnameapparatuur opgenomen wordt.
- De 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 hem/haar daar tijdig van op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Bijlage D Toestemming uitvoeren onderzoek

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 medici 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: