

Flexibiliteit als sleutel tot preventie

Een studie naar de invloed van de organisatorische inbedding van wijkverpleegkundigen op het streven naar maatschappelijke gezondheid in de wijk.

Universiteit Utrecht/ Vilans

Elsbeth Zielman (5510074)

Eerste lezer: dr. M.J.M. Hoogenboom, tweede lezer: dr. R.F. Oomkens

Juli 2016

Samenvatting

De overheid bepleit een preventieve focus in de gezondheidszorg. De wijkverpleegkundige speelt een centrale rol om deze focus te bewerkstelligen. In dit onderzoek wordt een vergelijking tussen drie samenwerkingsvormen tussen wijkverpleegkundigen en een multidisciplinair team gemaakt (Ovretveit, 1993). Daarbij wordt gekeken naar de verschillen in de focus op drie vormen van preventie op zowel individueel als gemeenschapsniveau en er wordt gezocht naar verklaringen voor de verschillen (Cooper & Cartwright, 1997; Dekker & Sibai, 2001; McFarlane, 2011; Parker & Barry, 1999; Walker & Shinn, 2002). Daarvoor zijn semigestructureerde interviews afgenomen onder 21 wijkverpleegkundigen. Uit de gesprekken met de wijkverpleegkundigen wordt duidelijk dat de focus op preventie verschilt. Deze verschillen kunnen op individueel niveau vooral verklaard worden door de wijze waarop de cliënten bij de wijkverpleegkundigen terecht komen en op gemeenschapsniveau kunnen de verschillen vooral verklaard worden door de structuur van het team. De teams waar de wijkverpleegkundigen samenwerken met het multidisciplinaire team lijken het meest succesvol te zijn in de preventieve focus. Waarbij de onafhankelijke positie van het team en de flexibiliteit van de structuur van het team de sleutel tot succes lijken. Vanuit deze resultaten is het aan gemeentes aan te bevelen in beleid duidelijker de rol van de wijkverpleegkundigen in het eerste segment uit te werken. Waardoor het aan te bevelen is bepaalde preventieve of zorgverlenende taken uit te besteden aan derden om integrale zorg te verlenen binnen zowel het sociale als gezondheidsdomein.

Trefwoorden: Wijkverpleegkundigen, preventie, multidisciplinair team, samenwerking, flexibiliteit

1. Inleiding

'The nurse is being socialized, made part of a community plan for the communal health. Her contribution to human welfare, unified and harmonized with those powers which aim at care and prevention, rather than at police power and punishment, forms part of the great policy of bringing human being to a higher level.'
(Wald, 1915:60).

Dit citaat uit 1915 geeft het hedendaagse doel weer van de overheid betreffende de functie van wijkverpleegkundigen. De overheid heeft een wijkverpleegkundige voor ogen die zich preventief inzet op het welzijn van de gemeenschap (ZonMw, 2009). De preventieve inzet van de overheid komt voort uit het centrale actiepunt van de World Health Organization (WHO) en de Europese Unie (EU), waar beoogd wordt het welzijn van de gemeenschap te verhogen middels een preventieve invulling van de gezondheidszorg. Het doel is een gemeenschap met burgers die een gezond en actief leven kunnen leiden, oftewel maatschappelijke gezondheid (EU- 282/2014; WHO, 1978). Dit doel is mogelijk door de verschuiving van acute naar meer chronische ziektes, waardoor de focus verschoven is van 'interventie bij ziekte' naar 'toezicht op gezondheid' (Nettleton, 2006). Daarnaast is het doel van de preventieve aanpak, dat deze wijze van zorgverlening de kosten van geleverde zorg zal beperken, overbehandeling tegengaat, en verspilling bestrijdt (Bruggen slaan, 2012).

In Nederland is zorgverlening naar de wijk verplaatst mede door de verschuiving van de verantwoordelijkheid over het sociale domein van de zorg naar gemeenten. De lokale organisatie in de wijk zou het makkelijker voor professionals maken om de burgers te leren kennen en andersom, waardoor de gezondheid van burgers beter in de gaten gehouden kan worden (WHO, 2008).

De wijkverpleegkundige is een van de spelers die wordt ingezet om de zorg dichtbij de mensen te organiseren en in te zetten op preventie. Mede met het project de 'zichtbare schakel' is het pad ingeslagen waar de wijkverpleegkundigen (weer) de spil in de wijk worden als het gaat om zorg, welzijn en wonen (TK DLZ/KZ-U-2902043, 2008; ZonMw, 2009). Wijkverpleegkundigen zijn in staat om (weer) deze spil in de wijk te worden omdat deze de enige professionals zijn die op een laagdrempelige wijze met regelmaat achter de voordeur komen bij burgers met gezondheidsproblemen (ZonMw, 2009). Het doel van het project is om middels het inzetten van extra wijkverpleegkundigen een bijdrage te leveren aan een integrale aanpak in de wijk. Daarnaast richt het project zich op de samenwerking tussen organisaties waardoor beter aangesloten kan worden bij de behoeftes en vragen van de burgers in de wijk (ibid.)

Vanuit de evaluatie van het 'zichtbare schakel' project is naar voren gebracht dat het van belang is meer kennis te vergaren over geschikte en effectieve organisatorische inbeddingen voor wijkverpleegkundigen (ZonMw, 2014). Wanneer er meer kennis is over een geschikte organisatorische inbedding en positionering van wijkverpleegkundigen kan deze gepromoot worden door de overheid bij de gemeentes die op lokaal niveau de verantwoordelijkheid hebben voor deze inbedding en positionering.

Het onderzoek dient niet alleen een maatschappelijk doel, maar levert ook op twee manieren een bijdrage aan de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis. De eerste bijdrage is een conceptualisering van de preventieve focus van maatschappelijke gezondheid in zes focusgebieden. Daarnaast wordt vanuit de visie van maatschappelijke gezondheid die afkomstig is uit de gezondheids- en verpleegwetenschappen het belang van samenwerking naar voren gebracht, echter worden vanuit die visie geen handvaten geboden voor deze samenwerking. Dit onderzoek tracht deze handvaten te bieden door gebruik te maken van de theorie van Ovretveit (1993). Ovretveit onderscheidt drie verschillende organisatorische inbeddingen vanuit een bestuurskundige blik. In dit onderzoek wordt een vergelijking gemaakt tussen de drie organisatorische inbeddingen en de verschillen in de focus op preventie. Daarmee wordt getracht inzicht te verkrijgen in de invloed die de verschillende organisatorische inbeddingen hebben op de preventieve focus van wijkverpleegkundigen.

2. Theoretische verkenning

In deze theoretische verkenning wordt een overzicht geboden van de brede taak van wijkverpleegkundigen en de mogelijke samenwerkingsvormen tussen professionals. Allereerst wordt het concept van de maatschappelijke gezondheid nader toegelicht (2.1), vervolgens wordt de rol van wijkverpleegkundigen binnen het kader van de maatschappelijke gezondheid toegelicht (2.2). Ten slotte wordt er aandacht geschonken aan de organisatorische inbedding van wijkverpleegkundigen (2.3).

2.1 Maatschappelijke gezondheid

De maatschappelijke gezondheid wordt door vele wetenschappers op verschillende wijzen omschreven, welke in deze paragraaf naar voren worden gebracht. Allereerst staat de bevordering van gezondheid en de preventie van ziekte centraal bij maatschappelijke gezondheid (Appleby & Frost, 2005; Baisch, 2009; Goodman, Bunnell & Posner, 2014; Kemp, 2003). Ten tweede gaat het om de bevordering van de gezondheid binnen een specifieke gemeenschap, wat vraagt aan te sluiten bij de karakteristieken en behoeftes van deze gemeenschap (Appleby & Frost, 2005; Baisch, 2009; Goodman et.al., 2014). Ten derde vraagt de focus op maatschappelijke gezondheid om een samenwerking tussen professionals die van belang zijn om de gezondheid van de burgers binnen de gemeenschap te bevorderen (Appleby & Frost, 2005; Baisch; Goodman et.al. 2014). Ten slotte gaat de promotie van gezondheid om de empowerment van

de gemeenschap om met de opgedane kennis de verantwoordelijkheid te nemen om hun eigen gezondheid te bevorderen (Baisch, 2009).

Om een gezonde gemeenschap te kunnen bereiken is het, zoals in de definities aangegeven, van belang dat gezondheid wordt bevorderd en de burger wordt aangezet om verantwoordelijkheid te nemen voor diens eigen gezondheid. Hiermee wordt gezondheid iets waar een burger in zekere mate naar kan streven en zelf invloed op heeft (Takes, 2005). De preventieve benadering moet mensen daarom de gelegenheid geven om zelf vervolgstappen te nemen. Daarnaast dient de benadering positief, dynamisch en participierend te zijn, zodat het mensen prikkelt zelf aan de slag te gaan met een gezonde levensstijl (ibid.) Het is tevens van belang dat de professional de beperkingen van een individu herkent die invloed hebben op bepaalde gezondheidskeuzes die het individu maakt in de omgeving waarin deze werkt en leeft en dat de professional het potentieel van individuen versterkt om de gezondheid te verbeteren zonder dat het individu wordt afgekeurd (ibid.).

Kortom maatschappelijke gezondheid betreft een preventieve benadering van ziekte en de bevordering van gezondheid, waar wordt ingezet op heersende vragen binnen een specifieke gemeenschap. Om de maatschappelijke gezondheid te kunnen bereiken is samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties nodig en moeten burgers in staat gesteld worden verantwoordelijkheid te nemen over hun eigen gezonde levensstijl. Waarbij de kracht van de professional is om ondersteuning te bieden bij de valkuilen van de burger als het gaat om gezondheidskeuzes.

2.2 De wijkverpleegkundige

'the call to the nurse is not only for the bedside care of the sick, but to help in seeking out the deep-lying basic causes of illness and misery, that in the future there may be less sickness to nurse and to cure.'

(Wald, 1915:65).

Wald en Brewster worden met het opzetten van 'The Henry street settlement' gezien als de eerste wijkverpleegkundigen die zich richtten op de gezondheid van de gemeenschap. Zij zagen in het begin van de 20^{ste} eeuw in dat omgevingsfactoren ook van invloed kunnen zijn op de gezondheidsstatus (Anderson, 2011). Wijkverpleegkundigen dienen daarom op zoek te gaan naar de factoren die de gezondheidsproblemen hebben veroorzaakt en dienen deze factoren in te perken. De voornaamste focus van wijkverpleegkundigen ligt daarmee op de bevordering van gezondheid en de preventie van ziekte (Appleby & Frost, 2005; Baisch, 2009; Goodman, et.al., 2014; Kemp, 2003). Deze twee concepten lopen in de literatuur over maatschappelijke gezondheid door elkaar en worden daarom in dit onderzoek samengenomen. Wijkverpleegkundigen kunnen zich binnen de bevordering van gezondheid en preventie

van ziekte richten op de gemeenschap als geheel of op het individu (McFarlane, 2011; Parker & Barry, 1999). Daarnaast is preventie te verdelen in drie verschillende typen (Cooper & Cartwright, 1997; Dekker & Sibai, 2001; McFarlane, 2011; Walker & Shinn, 2002). De twee niveaus en de drie typen van preventie zorgen ervoor dat de taak van wijkverpleegkundigen zes focusgebieden kent.

Figuur 1. De zes focusgebieden van wijkverpleegkundigen

	Primaire preventie	Secundaire preventie	Tertiaire preventie
Individueel niveau	Begeleiding bij gezonde levensstijl	Bewustzijn van risicofactoren op gezondheid creëren	Begeleiding bij gezondheidsproblemen
Gemeenschapsniveau	Gezonde omgeving creëren	Opsporen gezondheidsproblemen en regelmatige controle van gezondheid	Groepsbegeleiding bij gezondheidsproblemen

2.2.1 Primaire preventie

Allereerst is er primaire preventie, dit type is gericht op de gehele gemeenschap en alle individuen. Met primaire preventie wordt beoogd middels universele interventies ziekte te voorkomen (Walker & Shinn 2002). Door de kennis en vaardigheden, betreffende een gezonde levensstijl, van burgers te vergroten kunnen zij beter controle houden over hun leven en gezondheid (Kemp, 2003; Vollman, 2012).

Individueel niveau

Hierbij richten wijkverpleegkundigen zich voornamelijk op de gezonde levensstijl van de burger. Hiervoor kunnen zij inzetten op basale factoren die de gezondheid bevorderen zoals hygiëne of lichaamsbeweging van de burger. Daarnaast kunnen zij inzetten op het voorkomen van specifieke gezondheidsproblemen zoals het voorkomen van hart- en vaatziekten, middels individuele begeleiding om een gezond voedingspatroon te creëren. (McFarlane, 2011).

Gemeenschapsniveau

Hierbij houden wijkverpleegkundigen zich bezig met het creëren van een stimulerende omgeving (Cooper & Cartwright, 1997; Durlak & Wells, 1997; Walker & Shinn 2002). Dit houdt in dat er op gemeenschapsniveau een ondersteunende structuur is die mensen in staat stelt of mensen aanspoort een gezonde levensstijl aan te nemen (Walker & Shinn, 2002). Binnen deze structuur worden risicofactoren ingeperkt en worden bevorderende factoren versterkt (ibid.). Primaire preventie op gemeenschapsniveau is meer indirect dan op individueel niveau, op gemeenschapsniveau beoogt het de omgeving te veranderen waar op individueel

niveau de preventie direct is en gericht is op specifieke individuen (Durlak & Wells, 1997). Een voorbeeld waar risicofactoren worden ingeperkt op gemeenschapsniveau is het gebruik van vaccinaties.

2.2.2 Secundaire preventie

Het tweede type preventie dat onderscheiden kan worden is secundaire preventie. Dit type preventie richt zich op bepaalde risicogroepen en beoogt middels selectieve interventies gezondheidsproblematiek vroegtijdig op te sporen en gezondheidsproblemen vroegtijdig te behandelen (McFarlane, 2011; Rassi, Dias & Marin-Neto, 2009; Walker & Shinn, 2002).

Individueel niveau

Hierbij houden wijkverpleegkundigen zich vooral bezig met het creëren van bewustzijn bij individuen over bepaalde risicofactoren voor hun gezondheid (Cooper & Carwright, 1997). Ze brengen de individuen kennis bij over de oorzaken van hun beginnende gezondheidsproblemen en leren hen vaardigheden aan om hun gezondheidsproblemen terug te dringen (Dekker & Sibai, 2008). Daarnaast plegen de wijkverpleegkundigen vroegtijdige interventies om ervoor te zorgen dat gezondheidsproblemen zich niet verder ontwikkelen (McFarlane, 2011). Een voorbeeld van een vroegtijdige interventie is dat zwangere vrouwen met een verhoogd risico op een te vroeg geboren kindje voedingssupplementen als omega-3 worden geadviseerd.

Gemeenschapsniveau

Hierbij richten wijkverpleegkundigen zich op het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen en het terugdringen van gezondheidsproblemen (Cooper & Cartwright, 1997; McFarlane, 2011). Wijkverpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld seksueel overdraagbare aandoeningen vroegtijdig behandelen om verspreiding van de infectieziekte te voorkomen. Daarnaast controleren de wijkverpleegkundigen periodiek de gezondheid van de gemeenschap, door bijvoorbeeld iedere patiënt boven de zestig jaar te controleren op dikke enkels waar diabetes mee opgespoord kan worden (Cooper & Cartwright, 1997; McFarlane, 2011).

2.2.3 Tertiaire preventie

Ten slotte is tertiaire preventie te onderscheiden, welke gericht is op groepen en individuen die te kampen hebben met gezondheidsproblemen. Met doelmatige interventies wordt zowel op individueel als gemeenschapsniveau beoogt de gezondheidsproblemen zoveel mogelijk in te perken en mensen om te laten gaan met hun gezondheidsproblemen (McFarlane, 2011; Walker & Shinn, 2002).

Individueel niveau

Deze invulling van de wijkverpleegkundige taak komt overeen met de taak van wijkverpleegkundigen die gericht is op 'interventie bij ziekte' in plaats van op 'toezicht op gezondheid' (Nettleton, 2006). Deze wijkverpleegkundigen kunnen door de voornamelijk verpleegtechnische invulling van hun taak als 'verpleegkundigen in de wijk' gezien worden. De verpleegkundigen in de wijk zetten in op het voorlichten over de gezondheidsproblemen van de cliënt. Hoe de cliënt om kan gaan met de gezondheidsproblemen of wat de cliënt kan doen om de ziekte te genezen. Middels deze voorlichting worden extra risico's voorkomen en wordt het leven met een gezondheidsprobleem verbeterd. Wijkverpleegkundigen zetten zich dus voornamelijk in voor het zieke individu door directe zorg te leveren, begeleiding te bieden en de zorg voor het individu te coördineren. Het begeleiden van een individu met diabetes door uitleg te geven over de medicatie en het behandeltraject is een voorbeeld van tertiaire preventie op individueel niveau.

Gemeenschapsniveau

Tertiaire preventie vindt voornamelijk op individueel niveau plaats (Walker & Shinn, 2002). Wanneer wijkverpleegkundigen inzetten op tertiaire preventie op gemeenschapsniveau richten zij zich net als op individueel niveau op het bestrijden van symptomen en het inperken van ziektes. Op het niveau van de gemeenschap gaat het meer om programma's die zijn opgezet voor bepaalde getroffen groepen mensen, zoals een hulpgroep voor mensen met een alcoholverslaving (McFarlane, 2011). Het verschil tussen individueel niveau en gemeenschapsniveau zit daarmee vooral in de groepsgroete bij de begeleiding bij gezondheidsproblemen.

Zoals naar voren is gekomen is de taak van wijkverpleegkundigen die gericht zijn op maatschappelijke gezondheid veelzijdig. Zij dienen in te zetten op de drie vormen van preventie voor zowel de gemeenschap als geheel als voor het individu. Om deze brede taak uit te kunnen voeren is samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen van de sociale- en gezondheidszorg van belang. Door deze samenwerking is het mogelijk passende en allesomvattende zorg te verlenen die aansluit bij de behoeftes van de cliënt of de gemeenschap (Barr, 2005).

2.3 Organisatorische inbedding

Door Wald werd al aangegeven (zie paragraaf 2.2) dat er niet alleen gekeken dient te worden naar de gezondheidsstatus van een individu, maar ook naar de omgevingsfactoren die invloed hebben op de gezondheidstatus (Anderson, 2011). Om ervoor te zorgen dat al deze factoren in oogschouw worden genomen binnen de zorg voor de gemeenschap is het van belang om samen te werken met professionals vanuit verschillende professies en organisaties (Appleby & Frost, 2005; Baisch, 2009; Goodman et.al. 2014; Ovreteit, 1993). In deze paragraaf worden drie categorieën beschreven om als team de zorg en hulp te

coördineren voor de gemeenschap en het individu (Ovretveit, 1993). Een team wordt door Ovretveit opgevat als *'a small group of people who relate to each other to contribute to a common goal'* (Ovretveit, 1993:55). Een team waarin zowel professionals uit het sociale domein als professionals uit de gezondheidszorg samenwerken om de gezondheid en het welzijn van een individu of de gemeenschap te verbeteren. Om de drie categorieën te onderscheiden kijkt Ovretveit (1993) allereerst naar de mate van integratie, wat de nabijheid van professionals ten opzichte van elkaar betreft. Daarnaast heeft Ovretveit (1993) oog voor de structuur van het team. De structuur beslaat de wijze waarop de professional beïnvloed wordt door een eventuele teamleider en vanuit welke disciplines professionals in het team zitten. Het criterium structuur heeft te maken met de mate van autonomie van de professional en de mate waarin de professional gestuurd wordt in haar handelen (Schonenberger, Visser, Duijsters & Dood, 2015). Ten slotte is het pad dat het individu of de gemeenschap volgt een criterium om de verschillende categorieën te onderscheiden (Ovretveit, 1993). Hoe een individu of gemeenschap terecht komt bij een team en hoe deze vervolgens zorg en hulp krijgt van de professionals.

Figuur 2. Overzicht van de drie categorieën waarop zorg en hulp voor een individu of gemeenschap gecoördineerd kan worden.

	'Client teams'	'Network-association teams'	'Formal teams'
Integratie	Laag	Middelmatig	Hoog
Structuur: autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Geen teamleider - Veel autonomie van de professionals 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen vaste formele teamleider - Middelmatige autonomie van de professionals 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaste formele teamleider - Weinig autonomie van de professionals
Pad van de cliënt	Gefragmenteerde hulp en zorg waar iedere professional afzonderlijk hulp of zorg verleent	Na een contactmoment met verschillende professionals biedt een of een aantal professionals vervolgens zelfstandig hulp of zorg	Tijdens proces van hulp of zorg zijn er meerdere contactmomenten met andere professionals om hulp en zorg af stemmen

'Client teams' (hierna te benoemen als projectteams) vallen onder de eerste categorie om zorg en hulp te coördineren voor een individu of gemeenschap. De professionals uit projectteams verlenen op hetzelfde moment zorg of hulp, welke vooral op individueel niveau plaatsvindt. De mate van integratie bij de projectteams ten opzichte van de andere categorieën is volgens Ovretveit laag. In een zorgplan wordt namelijk de taak van iedere professional weergegeven, maar de verschillende professionals hebben in principe geen contact met elkaar. Gezien de professionals geen of nauwelijks contact met elkaar hebben, de professionals niet beïnvloedt worden door een teamleider en zij niet te maken hebben met een vast beleid of vaste procedures, is de mate van autonomie voor de professionals die onderdeel zijn van een projectteam ten opzichte van de twee andere categorieën volgens Ovretveit hoog. Volgens Ovretveit leidt

de wijze waarop de professionals gestructureerd zijn in een projectteam tot gefragmenteerde hulp voor burgers, waar alle professionals hun eigen taak uitvoeren en samenwerking en contactmomenten afwezig zijn. (Ovretveit, 1993).

‘Network-association teams’ (hierna te benoemen als netwerkteams) bevinden zich in het midden van het continuüm van de criteria van Ovretveit (1993). De teams onderscheiden zich echter op het punt van flexibiliteit, wat maakt dat het netwerk vergroot of verkleind kan worden, doelen kunnen veranderen en leden maximaal onafhankelijk zijn (ibid.). De professionals binnen de netwerkteams zijn samengekomen op vrijwillige basis, omdat ze hetzelfde type cliënten of dezelfde gemeenschap hulp en zorg bieden (Axelsson & Axelsson, 2006; Ovretveit, 1996). Het kan zijn dat de professionals de samenwerking alleen gebruiken om mensen door te verwijzen binnen het netwerk. De samenwerking kan echter ook op meer gereguleerde wijze voorkomen met het frequenter inplannen van contactmomenten of met een plan voor primaire preventie in de gemeenschap (Ovretveit, 1993). De mate van integratie van de netwerkteams is volgens Ovretveit groter dan bij projectteams maar lager dan bij vaste teams. De professionals hebben niet te maken met vastgestelde regels of een vastgesteld beleid, maar werken samen op basis van impliciete gewoontes en opvattingen (ibid.). Binnen de netwerkteams hebben de professionals niet te maken met een vaste formele leider, volgens Ovretveit beschikken de professionals daarom vergeleken met de andere twee categorieën over een middelmatige mate van autonomie (ibid.). Een casus kan bij een contactmoment van de professionals naar voren worden gebracht waarna de casus aan een van de professionals wordt toegewezen die vervolgens zelfstandig de zorg verleent of hulp biedt (ibid.).

Ten slotte kunnen professionals deel uitmaken van een vast team, ofwel ‘formal team’ (hierna te benoemen als vaste team), welke volgens Ovretveit het meest succesvol zijn om zorg of hulp te verlenen (Axelsson & Axelsson, 2006; Ovretveit, 1993). Deze teams bestaan uit een vaste groep professionals waarbij het beleid en proces van zorg- en hulpverlening de professionals door een vaste teamleider gestuurd worden (Ovretveit, 1993). Door de vaste bezetting van het team hebben de vaste teams een hoge mate van integratie, waardoor de professionals gemakkelijk samen kunnen werken (Axelsson & Axelsson, 2006; Valentijn, 2015). De duidelijke structuur waarbij de teamleider de professionals op een vaste basis aanstuurt, zorgt er volgens Ovretveit voor dat in vergelijking met de teams in de andere twee categorieën de professionals in vaste teams over een lage mate van autonomie beschikken (Ovretveit, 1993). De professionals uit de vaste teams hebben tijdens het proces van zorg of hulpverlening meerdere contactmomenten waardoor de professionals de zorg of hulpverlening met elkaar kunnen afstemmen. Op die manier kan volgens Ovretveit de beste zorg aan individuen of een gemeenschap verleend worden (Ovretveit, 1993; 1996).

Kortom, als het gaat om de organisatorische inbedding van wijkverpleegkundigen kunnen zij in drie typen teams gepositioneerd zijn. Deze drie verschillende typen onderscheiden zich op de punten van integratie, structuur en op het pad dat de cliënt bewandelt (Ovretveit, 1993).

2.4 Synthese van de theoretische verkenning

Maatschappelijke gezondheid kenmerkt zich allereerst door de bevordering van gezondheid en de preventie van ziekte. De focus ligt daarnaast op een specifieke gemeenschap, waar professionals door samen te werken de gezondheid binnen de gemeenschap kunnen bevorderen en burgers in staat stellen zelf de regie over hun gezondheid te nemen. Wijkverpleegkundigen die inzetten op de maatschappelijke gezondheid hebben daarvoor zes verschillende focusgebieden. Zij richten zich op drie verschillende typen van preventie waar ieder type op zowel individueel als gemeenschapsniveau benaderd kan worden. Daarnaast zijn er drie typen samenwerkingsvormen voor professionals om de gezondheid binnen de gemeenschap te bevorderen. Deze drie typen onderscheiden zich op de mate van integratie, de structuur en het pad dat de cliënt volgt in de hulp of zorgverlening. De verwachting na deze theoretische verkenning is dat de wijkverpleegkundigen in de vaste teams door de nauwe samenwerking het beste integrale zorg kunnen bieden voor zowel individuen als de gemeenschap.

3. Onderzoeksvraag

Op basis van de theoretische verkenning is de volgende vraag leidend in dit onderzoek.

‘Verschillen wijkverpleegkundigen van de drie organisatorische inbeddingen van focus op de drie vormen van preventie op zowel individueel als gemeenschapsniveau en hoe kunnen deze verschillen verklaard worden?’

Om deze vraag te beantwoorden ligt de focus in de resultaten op de volgende drie onderdelen.

1. De verschillen in de focus van de wijkverpleegkundigen van de drie organisatorische inbeddingen op primaire preventie op zowel individueel als gemeenschapsniveau
2. De verschillen in de focus van de wijkverpleegkundigen van de drie organisatorische inbeddingen op secundaire preventie op zowel individueel als gemeenschapsniveau
3. De verschillen in de focus van de wijkverpleegkundigen van de drie organisatorische inbeddingen op tertiaire preventie op zowel individueel als gemeenschapsniveau

4. Methode

In deze methodesectie wordt eerst de keuze voor de onderzoeksmethode naar voren gebracht (4.1). Vervolgens wordt de operationalisering van de theoretische verkenning besproken (4.2) om daarna verder te gaan met de onderzoekspopulatie (4.3) en de wijze waarop de data is verzameld (4.4). Daarna wordt de analysestrategie gepresenteerd (4.5) om vervolgens af te sluiten met de bespreking van de kwaliteit van het onderzoek (4.6).

4.1 Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Bij deze methode ligt de nadruk op de betekenissen, ervaringen en gezichtspunten van alle betrokkenen (Boeije, 2014). Daarnaast kunnen middels kwalitatief onderzoek concepten worden ontwikkeld die een bijdrage kunnen leveren aan het begrip van bepaalde sociale fenomenen in hun natuurlijke context (ibid.). In dit onderzoek is in het theoretisch kader het concept van maatschappelijke gezondheid ontwikkeld. De drie vormen van preventie en de focus op individueel niveau en gemeenschapsniveau maakt dat wijkverpleegkundigen zes focusgebieden kennen. Deze zes focusgebieden zijn nieuw ontwikkelde concepten die middels een kwalitatief onderzoek meer inhoud hebben gekregen, waardoor de validiteit van de concepten is vergroot.

Het kwalitatieve onderzoek is vorm gegeven middels semigestructureerde interviews. Er is gebruik gemaakt van een topiclijst welke is voortgekomen uit de theoretische verkenning. De topiclijst vormde een leidraad gedurende het gesprek en gaf daarnaast ruimte voor de respondent dingen aan te dragen die niet in de literatuur naar voren zijn gekomen (Patton, 2002).

4.2. Operationalisering

Gedurende de interviews is, zoals aangegeven, gebruik gemaakt van een topiclijst die rechtstreeks vanuit de theoretische verkenning is opgebouwd (zie bijlage 1). De organisatorische inbedding is bevraagd op de drie criteria - mate van integratie, structuur en pad van de cliënt – vanuit de theorie van Ovretveit over verschillende categorieën van multidisciplinaire teams (Ovretveit, 1993). Het criterium 'het pad van de cliënt' is bijvoorbeeld opgedeeld in twee onderdelen. Het eerste onderdeel 'hoe komt een individu of gemeenschap bij het team', is in de topiclijst terug gekomen als 'hoe kunnen burgers bij professionals terecht komen voor hulp/zorg?'.

Om te kijken naar de preventieve focus van de wijkverpleegkundigen zijn de zes focusgebieden besproken die in de theoretisch verkenning gepresenteerd zijn. De zes focusgebieden zijn voortgekomen uit de drie vormen van preventie – primair, secundair en tertiair – op individueel en gemeenschapsniveau. Ook hiervan zijn de topics rechtstreeks uit de theoretische verkenning gehaald. Bij primaire preventie op

individueel niveau bijvoorbeeld is in de theoretische verkenning opgesplitst in basale en specifieke factoren om de gezondheid te bevorderen. In de topiclijst zijn deze teruggekomen in de topics 'basale bevordering gezondheid' en 'specifieke bevordering gezondheid'.

Naast de topiclijst is tijdens het gesprek figuur 1 als leidraad gebruikt. Alle zes focusgebieden zijn besproken en de onderzoeker heeft ervoor gezorgd dat de verschillende topics tijdens het interview besproken zijn. Op het moment dat een topic niet besproken was, is de desbetreffende topic aan het einde van het gesprek bevestigd.

4.3 Onderzoekspopulatie

De semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij wijkverpleegkundigen. Het streven was in ieder van de drie organisatorische inbeddingen interviews af te nemen tot verzadiging optrad, het richtgetal hiervoor was zeven interviews per categorie. Het onderscheid is op organisatorische grond gemaakt, waarbij rekening is gehouden met de criteria van Ovretveit (1993). De wijkverpleegkundige konden los van het multidisciplinaire team staan, onderdeel van het team zijn of alleen samenwerken met het multidisciplinaire team. Voor dit onderzoek zijn sociale wijkteams en 'Assertive Community Treatment teams' (ACT-teams) gebruikt als multidisciplinair team. Deze multidisciplinaire teams zijn ontwikkeld sinds de verschuiving van de verantwoordelijken voor het sociale domein van de zorg naar de gemeente. In de praktijk staat twee procent van de wijkverpleegkundigen buiten dit team, is 51 procent van de wijkverpleegkundigen werkzaam binnen een sociaal wijkteam of een ACT-team en werkt 31 procent van de wijkverpleegkundigen samen met het sociaal wijkteam of ACT-team (Movisie, 2015; Vilans, 2015). Tijdens een van de interviews moest de conclusie getrokken worden op basis van de criteria van Ovretveit (1993) dat zij niet behoorde tot de groep die vooraf was vastgesteld. De resultaten van dat interview zijn daarom verplaatst naar de nieuw vastgestelde categorie.

4.4 Dataverzameling

Om in gesprek te komen met wijkverpleegkundigen uit de drie organisatorische inbeddingen zijn drie verschillende organisaties geselecteerd. Een organisatie waar de wijkverpleegkundigen volledig los staan van het multidisciplinaire team, een organisatie waar de wijkverpleegkundigen werkzaam zijn in het multidisciplinaire team en een organisatie waar de wijkverpleegkundigen alleen samenwerken met het multidisciplinaire team, maar hier geen onderdeel van zijn. De respondenten zijn binnen drie organisaties verkregen om de verschillen binnen een bepaalde organisatorische inbedding zoveel mogelijk in te perken, echter beschikte de organisatie waar de wijkverpleegkundigen werkzaam zijn in het multidisciplinaire team over vijf geschikte wijkverpleegkundigen. De twee extra respondenten die werkzaam zijn in een multidisciplinair team zijn verkregen via een van de andere deelnemende organisaties aan dit onderzoek.

4.5 Analysestrategie

Voordat de data geanalyseerd is zijn allereerst de semigestructureerde interviews afgenomen. Voorafgaand aan het interview is de respondent om goedkeuring gevraagd voor het opnemen van het interview met een voice recorder, hier stemden alle wijkverpleegkundigen mee in. Het interview was zo opgebouwd dat topics betreffende de organisatorische inbedding als eerste aan bod zijn gekomen en vervolgens de wijze waarop de wijkverpleegkundige invulling geeft aan het streven naar maatschappelijke gezondheid. Er is voor deze volgorde gekozen omdat met deze opbouw respondenten de ruimte kregen in het gesprek te komen. Waar eerst algemene vragen gesteld werden over de organisatie om vervolgens misschien meer gevoelige vragen aan bod te laten komen, waar het ging over hoe zij als professional handelen. De opgenomen interviews zijn daarna getranscribeerd.

De data is vervolgens geanalyseerd middels verschillende rondes coderen in het data analyseprogramma Nvivo. Bij de eerste ronde coderen is de data op een deductieve wijze gecodeerd aan de hand van de topics die zijn voortgekomen uit de theoretische verkenning. In deze ronde van coderen is de organisatorische inbedding van Ovretveit getoetst. Daarnaast zijn de zes focusgebieden van de preventieve focus van de wijkverpleegkundigen getoetst. De tweede ronde van coderen is op een inductieve wijze verlopen. In deze ronde werd gekeken naar thema's die in de interviews naar voren zijn gebracht die niet geplaatst konden worden in de concepten van de theoretische verkenning. Gedurende beide rondes van coderen zijn memo's bijgehouden. Memo's zijn notities of gedachtegangen van de onderzoeker die van belang kunnen zijn bij de verdere analyse. (Patton, 2002).

4.6 Kwaliteit van het onderzoek

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen dient rekening gehouden te worden met de betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit van het onderzoek. Bij betrouwbaarheid gaat het om de precisie van de methode van dataverzameling of om de precisie van de meetinstrumenten. Daarnaast gaat betrouwbaarheid om de herhaalbaarheid van een onderzoek. Wat inhoudt dat de uitkomsten van het onderzoek gelijk blijven op het moment dat deze nogmaals wordt uitgevoerd waarbij hetgeen dat gemeten wordt onveranderd is (Boeije, 2014). In dit onderzoek is getracht de betrouwbaarheid te waarborgen door allereerst alle wijkverpleegkundigen van een bepaalde organisatorische inbedding zoveel mogelijk via dezelfde organisaties te verkrijgen. Op die manier worden toevalligheden die veroorzaakt worden door verschillende werkwijzen van organisaties zo veel mogelijk ingeperkt. Daarnaast zijn alle interviews aan de hand van dezelfde codeboom, die is voortgekomen uit de theoretische verkenning, geanalyseerd in NVivo. Ten slotte zijn alle interviews door dezelfde onderzoeker afgenomen, waardoor alle respondenten op dezelfde wijze benaderd zijn door de onderzoeker.

Het gebruik van een topiclijst verhoogt aan de ene kant de validiteit en betrouwbaarheid van een onderzoek, maar aan de andere kant tast het ook de betrouwbaarheid van een onderzoek aan (ibid.). Interne validiteit wordt opgevat of er gemeten wordt wat de onderzoeker wilt meten (ibid.). Een topiclijst maakt het mogelijk om de vragen aan te passen aan een respondent zodat de onderzoeker beter kan meten wat deze wilt meten, dit betekent echter ook dat niet tijdens ieder interview precies dezelfde vragen gesteld zijn wat de betrouwbaarheid van het onderzoek aantast. Verder is de validiteit van een kwalitatief onderzoek beperkt omdat er in zekere mate sprake is van de interpretatie van de onderzoeker (ibid.). Ten slotte is de externe validiteit bepalend voor de kwaliteit van het onderzoek. Externe validiteit betreft de generaliseerbaarheid van het onderzoek naar een andere sociale setting (Bryman, 2008). Wijkverpleegkundigen vormen zoals in de inleiding al is aangegeven een onderscheidende groep professionals in de wijk, omdat zij als enige op een laagdrempelige manier vroegtijdig bij mensen achter de voordeur komen. Dit maakt dat het onderzoek beperkt generaliseerbaar is naar professionals van andere disciplines in de wijk. Om een goed beeld te krijgen van wijkverpleegkundigen is wel gepoogd de sample representatief te maken voor de hele populatie wijkverpleegkundigen (ibid.) Daarvoor zijn wijkverpleegkundigen geselecteerd van de drie meest voorkomende organisatorische inbeddingen die in de publicatie van Movisie (2015) gepresenteerd worden. Het is echter niet te zeggen of de sample ook echt representatief is voor alle wijkverpleegkundigen in Nederland.

Hoofdstuk 5. Resultaten

In de resultatensectie worden allereerst de 21 wijkverpleegkundigen gepresenteerd (5.1). Vervolgens worden de verschillen tussen de drie organisatorische inbeddingen op alle drie de vormen van preventie gepresenteerd (5.2 – 5.4).

5.1 De wijkverpleegkundigen

De leeftijd van de wijkverpleegkundigen varieert tussen de 23 en 60 jaar met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar. De wijkverpleegkundigen zijn allemaal werkzaam als segment 1 wijkverpleegkundige, welke bestaat sinds 2015. Wijkverpleegkundigen in het eerste segment zijn volgens de functieomschrijving de verbindende schakel tussen zorgvragers en zorgaanbieders binnen de domeinen van zorg, wonen en welzijn (TK-372641-120912-CZ). De wijkverpleegkundige is op een laagdrempelige manier bereikbaar voor iedereen en richt zich op het uitvoeren van wijkgerichte activiteiten (ibid.). De werkervaring in de wijk van de deelnemende wijkverpleegkundigen varieert tussen de zes maanden en 33 jaar met een gemiddelde van 11,4 jaar. De wijkverpleegkundigen zijn allen werkzaam in Noord- en Zuid-Holland. Van de 21 wijkverpleegkundigen zijn 18 wijkverpleegkundigen werkzaam in kleine tot middelgrote plaatsen en drie wijkverpleegkundigen zijn werkzaam in een grote stad.

In dit onderzoek wordt een vergelijking gemaakt tussen drie organisatorische inbeddingen waarin wijkverpleegkundigen werkzaam kunnen zijn. De zeven wijkverpleegkundigen van Zorggroep Apollo (fictieve naam) zijn onderdeel van een projectteam. Dit betekent dat de wijkverpleegkundigen verbonden zijn met andere professionals omdat zij allen bezig zijn met de zorgverlening voor een specifiek individu of een bepaalde wijk (Ovretveit, 1993). Voor de wijkverpleegkundigen van zorggroep Apollo, die alle zeven in dezelfde stad werken, houdt dit in dat zij volledig buiten het multidisciplinaire team werken. Het multidisciplinaire team is in hun stad voornamelijk gericht op de doelgroep jeugd, waardoor de wijkverpleegkundigen geen aansluiting vinden met het multidisciplinaire team. De wijkverpleegkundigen hebben wel veel contact met het zelfsturende thuiszorg team waar zij zelf onderdeel van zijn, huisartsen, praktijkondersteuners van de huisarts en een organisatie die gericht is op dementerende ouderen. De zuivere vorm van een projectteam die door Ovretveit is beschreven kent in de praktijk voor deze wijkverpleegkundigen een meer vervaagd beeld (Ovretveit, 1993). De wijkverpleegkundigen van zorggroep Apollo hebben namelijk door het zichtbare schakel project wel een netwerk opgebouwd van professionals uit verschillende disciplines waar zij geregeld contact mee hebben alleen is dit contact niet op vaste basis.

De groep wijkverpleegkundigen die onderdeel is van het multidisciplinaire team, ofwel het vaste team, is samengesteld vanuit twee organisaties. Drie wijkverpleegkundigen komen van zorggroep Iris (fictieve naam) en vijf wijkverpleegkundigen zijn werkzaam voor zorggroep Hera (fictieve naam). Een vast team is een vaste groep professionals die gemakkelijk met elkaar samenwerken en werken onder een vaste teamleider (Ovretveit, 1993). De drie wijkverpleegkundigen van zorggroep Iris werken in een grote stad en de wijkverpleegkundigen van zorggroep Hera werken in verschillende kleine tot middelgrote steden. Het multidisciplinaire team is bij alle wijkverpleegkundigen ongeveer op dezelfde manier samengesteld. Er zitten maatschappelijk werkers in, welzijnswerkers, professionals vanuit de gehandicaptenzorg, jeugdhulpverleners en in sommige teams heeft de gemeente ook een plek vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of participatie. Daarnaast beschikt ieder multidisciplinair team over een coördinator, deze coördinator heeft een adviserende en waar nodig sturende functie.

De andere zes wijkverpleegkundigen van zorggroep Iris maken deel uit van een netwerkteam. Volgens Ovretveit komen professionals in een netwerkteam vanuit verschillende disciplines bij elkaar omdat zij hetzelfde type cliënt of dezelfde gemeenschap hulp en zorg bieden (ibid). Voor de wijkverpleegkundigen betekent dit dat ze naast het multidisciplinaire team staan. Waarbij een aantal wijkverpleegkundigen wordt opgeroepen door het multidisciplinaire team wanneer er een vraag betreffende het gezondheidsdomein binnenkomt, maar het overgrote deel aanwezig is bij de plenaire casusverdeling van het multidisciplinaire team. Daarnaast heeft maar een wijkverpleegkundige deelgenomen aan het eerder genoemde project 'de

zichtbare schakel'. Dit betekent dat de wijkverpleegkundigen van zorggroep Iris het afgelopen jaar voornamelijk bezig zijn geweest met het opbouwen van een netwerk en het ontwikkelen van een sociale kaart van hun wijk.

Deze drie verschillende posities maken dat de wijkverpleegkundigen op verschillende manieren samenwerken met professionals van andere disciplines. In de volgende paragrafen wordt de invloed van deze verschillende organisatorische inbeddingen op de vormen van preventie gepresenteerd.

5.2 Primaire preventie

Primaire preventie is gericht op alle burgers. Middels universele interventies worden ziektes voorkomen en door vaardigheden en kennis bij te brengen wordt een gezonde levensstijl gestimuleerd (Walker & Shinn, 2002; Kemp, 2003; Vollman, 2012). Deze vorm van preventie zou volgens de functieomschrijving van de wijkverpleegkundige centraal staan in haar werkzaamheden (TK-372641-120912-CZ). De drie groepen wijkverpleegkundigen ondernemen echter nauwelijks preventie activiteiten en de ondernomen activiteiten richten zich alleen op het wegnemen van risico's op gemeenschapsniveau (Walker & Shinn, 2002). De wijkverpleegkundigen van de netwerkteams brengen als enige vanuit hun onafhankelijke positie wel concrete activiteiten naar voren; de rollatorloop, de organisatie van maaltijdondersteuning of zoals een wijkverpleegkundige aangeeft een preventief project om schulden te voorkomen waarbij zij de samenwerking opzoekt met het multidisciplinaire team.

'Ik heb nu met iemand van het sociale team besproken wat ik eigenlijk wil. Dat is ervoor gaan zitten en te voorkomen dat mensen in de schulden komen. (...) Nu heb ik het geïnitieerd en onderzocht en doorgezet naar het sociale team. (...) Ik ben daar nu uitgestapt, maar ik heb er wel voor gezorgd dat daar aandacht voor komt. (...) Dan zijn er allerlei modules waar ze gebruik van kunnen maken. Die liggen op de plank. Dat kan gaan om het ordenen van papieren, hoe maak ik een map.' (respondent 21).

Van de wijkverpleegkundigen die onderdeel zijn van een projectteam geeft een kleine minderheid aan dat zij wel in contact is met een woningbouwvereniging om ervoor te zorgen dat de oude flatgebouwen zonder lift en met hoge drempels, zo aangepast worden dat risico's worden weggenomen waardoor ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Dit is echter de enige focus die op primaire preventie van deze groep wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen van zorggroep Apollo hebben in tegenstelling tot de wijkverpleegkundigen van de andere twee groepen ook de taak om zorg te indiceren, waardoor de focus voor hen meer op zorgverlening ligt dan op primaire preventie. De wijkverpleegkundigen van de vaste teams zetten tot slot helemaal niet in op primaire preventie. Een aantal wijkverpleegkundigen signaleert bijvoorbeeld wel dat het openbaar vervoer niet op alle plekken ondersteuning biedt voor ouderen om

zelfstandig te kunnen blijven, maar het blijft alleen bij signaleren. Zij geven aan dat ze op dit moment vanuit hun functie niet in contact komen met de gezonde burgers en daarom niet inzetten op primaire preventie.

Kortom de wijkverpleegkundigen zetten nauwelijks in op primaire preventie. Alleen de wijkverpleegkundigen van netwerkteams zetten enkele activiteiten op in samenwerking met het multidisciplinaire team. Dit lijkt vooral te maken te hebben met de structuur van de teams. Waar voor de projectteams gestuurd wordt op indiceren en zorg, wordt in de vaste teams gestuurd op de andere vormen van preventie. De netwerkteams hebben door de onafhankelijkheid van het team de ruimte om in te zetten op primaire preventie.

5.3 Secundaire preventie

Secundaire preventie is gericht op mensen en groepen mensen die risico lopen om gezondheidsproblemen te ontwikkelen (McFarlane, 2011; Rassi, Dias & Marin-Neto, 2009; Walker & Shinn, 2002). Vanuit alle drie de groepen wijkverpleegkundigen wordt de brede blik, welke volgens hen de onderscheidende kracht van de wijkverpleegkundigen is, naar voren gebracht om risico's in kaart te brengen. Het is een visie die vanuit de opleiding en door ervaring een tweede natuur is geworden, zoals onder andere een wijkverpleegkundige van Zorggroep Iris aangeeft begint er een filmpje af te spelen op het moment dat ze bij iemand binnenstapt.

'Met de knie is iets aan de hand, ik zie dat er een zwak sociaal netwerk is. Dat heeft invloed op haar gezondheid. Als ze staat dan gaat het al automatisch van hoe gaat het dan met het douchen.' (respondent 14).

Met de brede blik speuren de wijkverpleegkundigen alle losliggende kleedjes op om valgevaar tegen te gaan of kijken ze naar iemands persoonlijke verzorging. Het creëren van vertrouwen valt eveneens onder deze brede blik. Het gaat om het vertrouwen om bij mensen binnen te kunnen komen door eerlijk te zijn en beloftes na te komen. Een andere invulling van vertrouwen is het vertrouwen dat de wijkverpleegkundigen mensen geven door hen over een drempel heen helpen, waarna mensen zelf de vervolgstappen kunnen nemen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundigen de eerste keer mee kunnen gaan naar een sportclubje, maaltijdondersteuning of dagbesteding om de drempel ernaar toe te verlagen.

De brede blik van de wijkverpleegkundigen zorgt ervoor dat alle wijkverpleegkundigen veel bezig zijn op individueel niveau met het creëren van bewustzijn over gezondheidsproblemen en het inzetten van vroegtijdige interventies (Cooper & Carwright, 1997; McFarlane, 2011). De wijkverpleegkundigen doen dit echter vooral zelfstandig, dus in geringe samenwerking met het multidisciplinaire team. Alleen de

wijkverpleegkundigen van zorggroep Apollo werken, door hun positie in het thuiszorgteam, nauw samen om zorg te kunnen bieden. Het lijkt daardoor dat de integratie tussen de wijkverpleegkundigen van zorggroep Apollo en het thuiszorgteam hoog is, zoals een wijkverpleegkundige zelfs in de wij-vorm spreekt op het moment dat ze het over het thuiszorgteam heeft.

‘Toen kwamen we vier keer per dag voor de insuline en toen zijn wij het hen dus gaan aanleren omdat het dus wel duidelijk was dat meneer wel het vermogen had om dat zelf aan te leren.’ (respondent 4).

Voor de wijkverpleegkundigen uit de vaste teams gaat de brede blik van de wijkverpleegkundige in een grotere mate ook uit naar de sociale risicofactoren op de gezondheid van individuen. Het gaat daarbij niet alleen om risicofactoren als voeding en beweging, maar ook om factoren als de financiële situatie. Omdat alle meldingen van cliënten bij het vaste team terecht komen, komen de wijkverpleegkundigen achter voordeuren waar niet per se zorg nodig is. Wat maakt dat zij per situatie binnen zowel het sociale als gezondheidsdomein kunnen kijken waar specialistische hulp ingezet kan worden. Daarnaast geeft de meerderheid van de wijkverpleegkundigen aan de ruimte te ervaren om regelmatig een oogje in het zeil te houden bij mensen door af en toe langs te gaan of voor de ramen te staan, omdat zij nog niet op een specifieke zorgvraag hoeven in te spelen.

De wijkverpleegkundigen van zorggroep Iris in het netwerkteam geven aan vooral in te zetten op korte trajecten of adviestrajecten over bijvoorbeeld juist medicatiegebruik om gezondheidsproblemen vroegtijdig terug te dringen of bewustzijn te creëren over risicofactoren (Cooper & Carwright, 1997; McFarlane, 2011). Het lijkt dat de wijkverpleegkundigen alleen korte adviestrajecten inzetten zodat zij zich ook op de andere focusgebieden kunnen focussen. Daarnaast maken deze wijkverpleegkundigen tijdens deze korte trajecten gebruik van het flexibele karakter van het netwerkteam. De wijkverpleegkundigen zoeken vooral aansluiting bij professionals van andere disciplines die op dat moment van belang zijn. Dit kan met een huisarts zijn, maar ook met een diabetesverpleegkundige om iemand door te verwijzen voor een langer begeleidingstraject.

Op het niveau van de gemeenschap zijn alle drie de groepen wijkverpleegkundigen bezig met zichtbaarheid. Zichtbaarheid om mensen te kunnen bereiken en te laten zien dat de wijkverpleegkundigen op een laagdrempelige manier benaderd kunnen worden voor allerlei vragen. Dit doen de wijkverpleegkundigen door onder andere stukjes in de plaatselijke krant te zetten, flyers uit te delen, op markten te staan met een stand of gebruik te maken van sociale media. Voor de wijkverpleegkundigen van de projectteams is het creëren van bekendheid bedoeld om te laten zien aan de burgers waar ze terecht kunnen met hun vragen over hun gezondheid en welzijn. Voor de wijkverpleegkundigen van de vaste teams is de bekendheid vooral gericht op de bekendheid van het multidisciplinaire team, waar alle burgers met al hun vragen terecht

kunnen. Hiervoor maken de wijkverpleegkundigen vaak gebruik van koffieochtenden die zij zelf organiseren of zij sluiten aan bij koffieochtenden die buurthuizen georganiseerd worden. De wijkverpleegkundigen van de netwerkteams willen aan zowel de burgers als andere professionals laten zien dat zij er zijn voor vragen die vallen binnen het sociale en gezondheidsdomein. Hiervoor is deze groep wijkverpleegkundigen aanwezig bij allerlei activiteiten die in de buurt georganiseerd worden. Zoals ook de volgende wijkverpleegkundige via een yogaclubje in contact probeert te komen met mogelijke cliënten.

‘Bij de Hindoestaanse vereniging hebben ze ook heel veel yogaclubjes. Daar ga ik dan langs. Dat zijn meestal niet de mensen die ik wil bereiken, want als je op yoga zit dan ben je meestal niet zo bang om te vallen, maar zij kennen wel altijd iemand in hun omgeving die ze dan kunnen doorverwijzen’ (respondent 19).

Naast het creëren van bekendheid is voorlichting een belangrijk speerpunt om op gemeenschapsniveau gezondheidsproblemen vroegtijdig terug te dringen en bewustzijn te creëren over gezondheidsrisico's (Cooper & Cartwright, 1997; McFarlane, 2011). De wijkverpleegkundigen van zorggroep Apollo geven aan dat zij niets doen op gemeenschapsniveau behalve het creëren van bekendheid, omdat zij teveel bezig zijn met individuele casuïstiek. Het lijkt dat de nauwe samenwerking met het thuiszorgteam en huisartsen ervoor zorgt dat de wijkverpleegkundigen nauw betrokken zijn en snel betrokken worden bij veel individuele casussen, waardoor er geen uren overblijven in de werkweek om te besteden aan preventie in de wijk. Vanuit de vaste teams krijgt voorlichting een belangrijkere positie. Door nauwe samenwerking tussen de verschillende disciplines in het team kunnen thema's makkelijk vanuit verschillende disciplines aangevlogen worden. Een van de wijkverpleegkundigen brengt bijvoorbeeld een project naar voren dat tot stand is gekomen door het vaste team, genaamd 'voor senioren, door senioren', waarbij het niet alleen om gezondheid hoeft te gaan maar ook om het welzijn van mensen waar welzijnsorganisaties vanuit het team zich meer mee bezighouden.

‘Ga maar eens met groepjes bij elkaar zitten en ga maar eens met elkaar praten van hoe blijf je in beweging, hoe hou je je sociale contacten, hoe ga je om met je beperkingen. Met het idee dat mensen dan elkaar tips konden geven.’ (respondent 19).

De wijkverpleegkundigen van het netwerkteam maken bij het organiseren van voorlichtingen voornamelijk gebruik van de flexibiliteit van het team en het netwerk dat zij het afgelopen jaar hebben opgebouwd. Dit kan zijn dat het multidisciplinaire team daarbij betrokken is, maar het is afhankelijk van de voorlichting welke professionals van belang zijn om te betrekken. Een wijkverpleegkundige is op dit moment bezig met de organisatie van een voorlichting over veiligheid in en om het huis. Hiervoor heeft zij de samenwerking opgezocht met een ergotherapeut. Een andere wijkverpleegkundige geeft aan dat ze op dit moment in

contact is met het ziekenhuis om te regelen dat ze een melding krijgt op het moment dat iemand ontslagen wordt uit het ziekenhuis en er geen thuiszorg is in gezet. Zij wordt echter in deze poging van het kastje naar de muur gestuurd.

De wijkverpleegkundigen lopen vaker vast op de samenwerking met andere professionals in het belang van de gezondheid en het welzijn van cliënten. Waar de wijkverpleegkundigen van zorggroep Apollo nauw in contact staan met de huisartsen is dat voor de meerderheid van de wijkverpleegkundigen van de andere twee organisaties, zoals de volgende wijkverpleegkundige van zorggroep Iris aangeeft, nog een uitdaging die veel tijd en energie kost.

‘Met huisartsen is het altijd een beetje een lastig punt. (...) Die vinden het allemaal wel een beetje lastig. (Zorggroep Iris) is natuurlijk vrij nieuw, van weer een nieuwe speler in het veld en wat moet ik daarmee.’ (respondent 17).

Het project ‘de zichtbare schakel’ heeft vooral de nauwe samenwerking met huisartsen bewerkstelligd. Het gevolg hiervan lijkt te zijn dat de wijkverpleegkundigen van zorggroep Hera en Iris zich meer richten op het sociale domein, omdat het contact voor een deel van hen met het gezondheidsdomein nog stroef verloopt.

Kortom, secundaire preventie wordt door de wijkverpleegkundigen op individueel niveau vooral bepaald door de wijze waarop de cliënt bij de wijkverpleegkundige terecht komt. Waar de cliënten bij de projectteams vooral vanuit het gezondheidsdomein bij de wijkverpleegkundigen terecht komen, komen de cliënten bij wijkverpleegkundigen uit de vaste teams terecht vanuit de brede ingang van het multidisciplinaire team. Daarnaast ontstaan de verschillen op gemeenschapsniveau door de integratie met andere professionals. Waar de hoge mate van integratie voor de wijkverpleegkundigen uit de projectteams een beperkende invloed heeft zorgt de hoge mate van integratie voor de andere twee soorten teams juist voor de ontwikkeling van activiteiten op gemeenschapsniveau.

5.4 Tertiaire preventie

Tertiaire preventie is vooral bedoeld voor groepen en individuen die al met gezondheidsproblemen te maken hebben. Op individueel niveau houden alle 21 wijkverpleegkundigen zich bezig met het terugdringen van gezondheidsproblemen en het leren omgaan met de gezondheidsproblemen (McFarlane, 2011; Walker & Shinn, 2002). De meerderheid van de wijkverpleegkundigen die onderdeel is van een vast team geeft echter aan dat zij niet inzet op tertiaire preventie, omdat zij geen behandelaar is maar vooral een wegwijzer. Dit komt overeen met de functieomschrijving van de wijkverpleegkundigen uit het segment 1 (TK-372641-120912-CZ). De wijkverpleegkundigen die onderdeel zijn van een vast team komen in veel

situaties terecht die volledig uit de hand zijn gelopen. Zij komen hier als lid van het multidisciplinaire team, waardoor er niet per definitie een zorgvraag hoeft te zijn. De wijkverpleegkundigen komen de gezondheidsproblemen echter wel tegen op het moment dat zij in contact komen met iemand en vanaf dat moment lijkt het zo te zijn dat ze bezig zijn met tertiaire preventie. Vanuit de huisarts is een zeer bevuilde meneer bijvoorbeeld doorgestuurd naar het multidisciplinaire team, omdat de meneer financiële problemen heeft.

‘Die man komt met z’n shoppers, hij komt hier met een korte broek in de winter. (...) Dan zeggen ze ja hij moet een AOW aanvraag, maar dat slaat nergens op. (...) die mensen hebben geen zorgvraag, maar je moet ze zien te motiveren (...) En hij kon een halfjaar niet douchen want het water was afgesloten.. (...) ik laat mijn werk uit mijn handen klappen, en dan ga ik met hem mee (...) ik hoor hem hijgen hijgen hijgen, en hij heeft 6 keer moeten stoppen en het was twee straten hierachter. Mankeer je wat aan je hart of aan je longen. En hij wist niet wat het was (..) ik moest regelen dat hij kon douchen, want daarna kan hij naar het ziekenhuis (...) ik moet ook mensen vinden die willen meewerken. (...) Bij het leger des heils zijn ze met een bemoeiteam gestart. (...) En vanuit de thuiszorg heb ik mensen gevonden die willen helpen met wassen.’ (respondent 13).

Uiteindelijk krijgt de wijkverpleegkundige een ingang bij meneer door bij hem aan te sluiten en komt ze daardoor ook meer te weten over zijn gezondheid. De wijkverpleegkundige heeft door haar netwerk en haar collega’s van het multidisciplinaire team in te zetten de mogelijkheid gehad zich te richten op zijn financiële problemen, hygiëneproblemen en gezondheidsproblemen.

De wijkverpleegkundigen die onderdeel zijn van een projectteam komen daarentegen vooral bij mensen terecht waar een duidelijke zorgvraag is. Deze vraag wordt voornamelijk door de huisarts en het thuiszorgteam bij de wijkverpleegkundige neergelegd. Op het moment dat de wijkverpleegkundige dan in een situatie terecht komt blijkt vaak dat er ook nog andere problemen dan de gezondheidsproblemen aan de orde zijn. In tegenstelling tot de wijkverpleegkundigen in de andere twee organisatorische inbeddingen lijkt duur van de trajecten die de wijkverpleegkundigen met cliënten vervolgens doorlopen vaak langer te zijn. Waar de wijkverpleegkundigen van de andere twee typen teams trajecten zo snel mogelijk door willen schakelen naar bijvoorbeeld de thuiszorg, blijven de wijkverpleegkundigen van de projectteams langer verbonden aan een traject. Een reden hiervoor lijkt te zijn dat de lijntjes met het thuiszorgteam en huisartsen korter zijn waardoor zij sneller en vaker ingeroepen worden bij casussen (zoals ook in paragraaf 5.3 naar voren komt). De zorg die niet geïndiceerd kan worden, wordt dan eerder door de wijkverpleegkundige opgevangen, waardoor integrale zorg veleend kan worden op individueel niveau.

Kortom, de weg om bij de gezondheidsproblemen te komen is dus voor de wijkverpleegkundigen van de projectteams en vaste teams tegenovergesteld aan elkaar.

Op het niveau van de gemeenschap hebben de wijkverpleegkundigen als onderdeel van een netwerkteam een onderscheidende positie. Alleen de wijkverpleegkundigen die onderdeel zijn van een netwerkteam brengen activiteiten naar voren waarmee zij inzetten op het begeleiden van gezondheidsproblemen op gemeenschapsniveau. Het lijkt dat dit komt doordat het netwerkteam flexibel is om voor ieder project aan te passen. Een wijkverpleegkundige brengt bijvoorbeeld een voorlichting naar voren over dementie voor mantelzorgers, die echter door te weinig animo niet van de grond is gekomen.

‘Ja en uiteindelijk had ik wel samen met de dementieconsulent dat we wilden we gaan starten. Hadden we ook mensen voor uitgenodigd. (...) Je gaat dan toch iets aanbieden en blijkbaar is de tijd er nog niet voor. Die hebben we dus zo maar weer op de plank geschoven. Daarmee werk ik dus wel samen met de dementieconsulent.’ (respondent 15).

Hierin werkt de wijkverpleegkundige samen met mensen uit het netwerk dat zij het afgelopen jaar heeft opgebouwd. Een minderheid van de wijkverpleegkundigen uit de vaste teams geeft aan niet in te zetten op groepsbegeleiding omdat zij van mening is dat hun taak bij de primaire en secundaire preventie ligt. Zij verwijzen daarom vooral door naar groepsbegeleiding die door andere organisaties wordt georganiseerd. Een minderheid van de wijkverpleegkundigen van de projectteams geeft aan geen tijd te hebben om groepen te begeleiden, omdat zij veel tijd besteden aan individuele casuïstiek. Daarnaast zijn zij bezig om ervoor te zorgen dat alle indicaties op orde zijn en de thuiszorg teams draaiende worden gehouden. De prioriteit ligt daarom niet op groepsbegeleiding.

Kortom, op individueel niveau zijn alle wijkverpleegkundigen bezig met tertiaire preventie, maar de weg om bij gezondheidsproblemen te komen verschilt, de weg die wordt bepaald door de wijze waarop een cliënt bij de wijkverpleegkundige terecht komt. Waar de wijkverpleegkundigen van de projectteams met een directe zorgvraag bij individuen terecht komen, kunnen de wijkverpleegkundigen uit de vaste teams via een andere hulpvraag bij eventuele zorgvragen terecht komen. Op gemeenschapsniveau zijn de wijkverpleegkundigen van de netwerkteams de enigen die inzetten op groepsbegeleiding bij gezondheidsproblemen, wat lijkt te komen door de flexibele structuur van het netwerkteam. De wijkverpleegkundigen zoeken in het netwerkteam vooral de samenwerking met verschillende partijen uit het netwerk dat zij het afgelopen jaar hebben opgebouwd. De projectteams worden door de structuur van het team gestuurd naar individuele zorgverlening en de vaste teams worden vanuit de structuur gewezen op hun positie als wegwijzer waardoor groepsbegeleiding geen prioriteit krijgt.

6. Conclusie en discussie

Vanuit de overheid wordt op dit moment een focus op preventie bepleit voor de gezondheidszorg. Hiervoor is het van belang de zorg dichterbij de burgers te brengen. Wijkverpleegkundigen spelen hierbij een centrale rol. De wijkverpleegkundigen worden (weer) de spil in de wijk op het gebied van zorg, welzijn en wonen (TK DLZ/KZ-U-2902043, 2008; ZonMw, 2009). Vanuit die positie kunnen de wijkverpleegkundigen een bijdrage leveren aan de maatschappelijke gezondheid, welke zich kenmerkt door de bevordering van gezondheid en de preventie van ziekte (Appleby & Frost, 2005; Baisch, 2009; Goodman, et.al., 2014; Kemp, 2003).

In dit onderzoek is gekeken naar de samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines, waarmee de gezondheid wordt bevorderd en ziekte wordt voorkomen, ofwel de focus op preventie. Er zijn drie verschillende samenwerkingsvormen – een projectteam, een vast team en een netwerkteam - met elkaar vergeleken. Deze drie onderscheiden zich op de drie criteria van Ovretveit (1993); mate van integratie, structuur van het team en het pad van de cliënt. In 21 semigestructureerde interviews zijn de wijkverpleegkundigen bevestigd over de focus die zij leggen op preventie. Hiervoor zijn zes focusgebieden voor de wijkverpleegkundigen onderscheiden. Zij kan zich bezighouden met drie typen van preventie – primair, secundair, tertiair - op zowel individueel als gemeenschapsniveau (Cooper & Cartwright, 1997; Dekker & Sibai, 2001; McFarlane, 2011; Parker & Barry, 1999; Walker & Shinn, 2002). Voor deze vergelijking is de volgende vraag leidend in dit onderzoek.

‘Verschillen wijkverpleegkundigen van de drie organisatorische inbeddingen van focus op de drie vormen van preventie op zowel individueel als gemeenschapsniveau en hoe kunnen deze verschillen verklaard worden?’

Vanuit de resultaten is naar voren gekomen dat de wijkverpleegkundigen van verschillende organisatorische inbeddingen wel degelijk verschillen in de focus op preventie. Deze verschillen kunnen vooral verklaard worden aan de hand van de drie criteria van Ovretveit (1993). De wijkverpleegkundigen in de projectteams richten zich vooral op het gezondheidsdomein op individueel niveau. Door de grote hoeveelheid aan individuele casuïstiek hebben zij nauwelijks ruimte om in te zetten op gemeenschapsniveau. Deze focus lijkt vooral te maken te hebben met de structuur van het team en het pad van de cliënt. De structuur van het team maakt dat de wijkverpleegkundigen vooral samenwerken met professionals binnen het gezondheidsdomein, wat tevens de route is voor cliënten om bij de wijkverpleegkundigen terecht te komen. De focus van de wijkverpleegkundigen op het gezondheidsdomein maakt dat deze samenwerkingsvorm leidt tot een integrale aanpak voor individuele cliënten binnen het gezondheidsdomein.

De wijkverpleegkundigen in de vaste teams hebben een brede focus op zowel individueel als gemeenschapsniveau, waarbij zij zich niet alleen richten op het gezondheidsdomein maar het sociale domein ook een belangrijke rol speelt. Deze focus lijkt eveneens vooral bepaald te worden door de structuur van het team en het pad van de cliënt. De cliënten komen bij de wijkverpleegkundigen terecht via het brede multidisciplinaire teams welke niet alleen gericht is op gezondheidsvragen, waardoor mensen met een vraag binnen het sociale domein ook terecht kunnen komen bij de wijkverpleegkundigen. Daarnaast zorgt de positie van de wijkverpleegkundigen in het multidisciplinaire team ervoor dat zij makkelijk samen kunnen werken met professionals van andere disciplines om bijvoorbeeld preventieve activiteiten op gemeenschapsniveau op te zetten. Volgens Ovretveit (1993) is deze organisatorische inbedding het meest succesvol om goede zorg te verlenen. De resultaten van dit onderzoek laten echter zien dat het netwerkteam de meest succesvolle samenwerkingsvorm is om in te zetten op de preventieve focus.

De structuur van de netwerkteams lijkt voornamelijk het succes van de netwerkteams te bepalen. De wijkverpleegkundigen hebben een onafhankelijke positie in de wijk waardoor zij zelf voor een groot deel kunnen bepalen waar zij in hun werkzaamheden de focus op leggen. Daarnaast is het netwerkteam flexibel in samenstelling en doel, wat de sleutel tot succes lijkt voor de wijkverpleegkundigen. De flexibiliteit maakt dat de wijkverpleegkundigen kunnen bepalen wat belangrijk is voor individuen en voor de wijk. Vervolgens kunnen zij per casus of thema bepalen welke partijen zij nodig hebben om goede hulp te verlenen. Dit maakt dat de wijkverpleegkundigen zich op vijf van de zes focusgebieden richten. Op gemeenschapsniveau richten zij zich op alle vormen van preventie en op individueel niveau focussen zij zich op secundaire en tertiaire preventie. Vanuit deze resultaten lijken de wijkverpleegkundigen door hun onafhankelijkheid en flexibiliteit over de meeste autonomie te beschikken van de drie organisatorische inbeddingen, in tegenstelling tot de stelling van Ovretveit (1993) waar de professionals uit de projectteams over de meeste autonomie zouden beschikken.

Naast de krachten van het onderzoek kent het onderzoek echter ook een aantal beperkingen, welke voornamelijk te maken hebben met de samenstelling van de groepen wijkverpleegkundigen. Allereerst was het streven dat de drie verschillende groepen wijkverpleegkundigen ieder via een organisatie verkregen zouden worden. Dit bleek echter niet mogelijk waardoor de wijkverpleegkundigen uit de vaste teams van twee verschillende organisaties komen. Daarnaast zijn drie wijkverpleegkundigen van de vaste teams werkzaam in een grote stad terwijl de andere wijkverpleegkundigen allemaal in kleine tot middelgrote steden werkzaam zijn. Beide beperkingen kunnen invloed hebben op de verschillen tussen de wijkverpleegkundigen binnen de vaste teams, terwijl dit onderzoek is gericht op de verschillen tussen de

groepen. Deze beperkingen in de groepssamenstelling kunnen de verschillen tussen de groepen daarom bevuild hebben. Ten slotte is dit onderzoek beperkt tot drie organisatorische inbeddingen, maar vanuit het onderzoek van Movisie (2015) zijn meer organisatorische inbeddingen gepresenteerd die niet meegenomen zijn in dit onderzoek.

Dit onderzoek richt zich op wijkverpleegkundigen, maar zoals in de theoretische verkenning naar voren is gebracht is de empowerment en de eigen regie van burgers ook van belang voor maatschappelijke gezondheid. Voor verder onderzoek is het interessant om te kijken op welke manier wijkverpleegkundigen zich inzetten op de eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van burgers, om maatschappelijke gezondheid te kunnen bereiken (Baisch, 2009). Daarnaast is het interessant om te kijken of de verschillen tussen de organisatorische inbeddingen bij de focus op empowerment en eigen regie op dezelfde wijze ontstaan als de verschillen in de focus op preventie. Tot slot is het interessant voor vervolgonderzoek om te kijken naar de invloed van de bestaansduur van teams op de verschillende samenwerkingsvormen. De meerderheid van de wijkverpleegkundigen geeft namelijk aan problemen te ervaren in de samenwerking met huisartsen, waar de wijkverpleegkundigen in de projectteams hier geen problemen meer mee ervaren door een jarenlange deelname aan het 'zichtbare schakel' project. Het lijkt hieruit dat de bestaansduur invloed heeft op de samenwerking, maar het is interessant om te kijken wat de invloed inhoudt en wat de gevolgen hiervan zijn op de werkwijze van de wijkverpleegkundigen.

Voor de praktijk kan ook een aantal aanbevelingen gedaan worden. In dit onderzoek wordt duidelijk dat de wijkverpleegkundigen in projectteams integrale zorg kunnen verlenen op individueel niveau, maar om dat te kunnen bereiken moeten zij inleveren op gemeenschapsniveau. Alleen de netwerkteams lijken succesvol te zijn om zich zowel op gemeenschapsniveau als individueel niveau te richten. Het gevolg hiervan is echter dat de wijkverpleegkundigen de integrale zorg zoals de wijkverpleegkundigen in de projectteams verlenen niet kunnen evenaren en meer op kortstondige trajecten zijn gericht. Het is aan gemeentes aan te bevelen een duidelijker beeld te geven wat hun doel is met de wijkverpleegkundigen in segment 1. Waarbij de keuze dus kan liggen op bijvoorbeeld de integrale zorgverlening op individueel niveau, maar dan zouden andere professionals de preventieve focus op gemeenschapsniveau op zich moeten nemen. Wanneer daarentegen de keuze gemaakt wordt om in te zetten op het brede spectrum van de wijkverpleegkundigen van het netwerkteam, moet de integrale zorgverlening worden opgevangen door andere partijen.

Kortom de wijkverpleegkundige die gericht is op maatschappelijke gezondheid zoals Wald in 1915 al voor ogen had, komt anno 2016 het beste tot haar recht in een netwerkteam, waar flexibiliteit de sleutel tot het succes lijkt te zijn.

7. Referenties

- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health: A conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 21(1), 75-88.
- Anderson, E.T. (2011) Community health nursing: Essentials of practice. In Anderson, E.T. & McFarlane, J. (eds.) *Community as partner; theory and practice in nursing*. Philadelphia: Wolters kluwer Health.
- Appleby, F., Frost, M. (2005) Public health nursing; Health visiting. In Sines, D., Appleby, F., Frost, M. (eds.) *Community health care nursing* (114-127). Oxford: Blackwell.
- Baisch, M. J. (2009). Community health: An evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2464-2476.
- Barr, O. (2005) Inter-professional practice and teamwork. In Sines, D., Appleby, F., Frost, M. (eds.) *Community health care nursing* (257-267). Oxford: Blackwell.
- Boeije, H. (2014) *Kwalitatief onderzoek analyseren: Denken en doen*. Den Haag: Boom.
- Bryman, A. (2008) *Social research methods*. New York: Oxford university press
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of psychosomatic research*, 43(1), 7-16.
- Dekker, G., & Sibai, B. (2001). Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. *The Lancet*, 357(9251), 209-215
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 25(2), 115-152.
- EU (2014) Verordening nr. 282/2014 Van het Europees parlement en de raad. Van 11 maart 2014. *Tot vaststelling van een derde actieprogramma voor de Unie op het gebied van gezondheid (2014-2020) en tot intrekking van Besluit nr. 1350/2007/EG*. Geraadpleegd op 8 maart 2016 op <http://eur->

lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0282&qid=1457467091080&from=EN

Goodman, R. A., Bunnell, R., & Posner, S. F. (2014). What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive medicine*, 67, 58-61.

Kemp, C. E. (2003). Community health nursing education: Where we are going and how to get there. *Nursing Education Perspectives*, 24(3), 144-150.

McFarlane, J. (2011) Epidemiology, demography, and community health. In Anderson, E.T. & McFarlane, J. (eds.) *community as partner; Theory and practice in nursing*. Philadelphia: Wolters kluwer Health.

Movisie (2015) *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht: State of the art najaar 2014*. Utrecht.

Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.

Ovretveit, J. (1993). *Co-ordinating community care: Multidisciplinary teams and care management*. Buckingham: Open university press.

Ovretveit, J. (1996) Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of interprofessional care*, 10(2), 163-171.

Parker, M., & Barry, C. (1999). Community practice guided by a nursing model. *Nursing science quarterly*, 12(2), 125-131.

Patton, M.C. (2002) *Qualitative research & evaluation methods*. London: Sage.

Rassi, A., Dias, J. C. P., & Marin-Neto, J. A. (2009). Challenges and opportunities for primary, secondary, and tertiary prevention of Chagas' disease. *Heart*, 95(7), 524-534

Rijksoverheid (2012) *Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PvdA*. Den Haag

Schönenberger, M., Visser, M. A., Duijsters, M. J. G., & de Dood, B. (2015). Wijkverpleegkundige zorg in de wijk: Waar let je op? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(5), 183-190.

Takes, A. (2005) Primary health care in the community. In Sines, D., Appleby, F., Frost, M. (eds.) *Community health care nursing* (26-40). Oxford: Blackwell.

TK (2008) *Uitvoering motie Hamer*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007/2008, DLZ/KZ-U-2902043.

TK (2015) Kamerbrief met reactie op onderzoeksrapport “Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019”. Tweede kamer, staatssecretaris volksgezondheid, welzijn en sport, TK-372641-120912-CZ.

Valentijn, P. (2015). *Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care* (proefschrift). Tilburg: Universiteit Tilburg.

Vilans (2015) *Hoe werken wijkverpleegkundigen samen met het sociale domein*. geraadpleegd op 23 februari 2016 op <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/wijkverpleegkundige-sociale-domein.pdf>

Vollman, A.R. (2012) Population health promotion: Essentials and essence of practice. In Vollman, A.R., Anderson, E.T. & McFarlane, J. (eds.) *Canadian community as partner; theory and interdisciplinary practice* (3-25). Philadelphia: Wolters kluwer Health.

Wald, L.D. (1915) *The house on Henry Street*. New York: Henry Holt and company.

Walker, H. M., & Shinn, M. R. (2002). Structuring school-based interventions to achieve integrated primary, secondary, and tertiary prevention goals for safe and effective schools. In Shinn, M. R., Walker, H. M., & Stoner, G. E. (eds.) *Interventions for academic and behavior problems II: Preventive and remedial approaches* (1-25). National Association of School Psychologists.

WHO (1978) *International conference on primary health care*. Geneva: Alma Ata.

WHO (2008) *The world health report 2008 – primary health care; now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

ZonMw (2009) *Uitvoeringsprogramma zichtbare schakel: De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt*. Den Haag.

ZonMw (2014) *Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt: Externe programma-evaluatie*. Den Haag.