



HOGESCHOOL
UTRECHT

VERNIEUWING IN VERGRIJZING: DUURZAME ZORG VOOR OUDEREN THUIS

OPENBARE LES
UITGESPROKEN OP
17 MEI 2018
DR. NIENKE BLEIJENBERG

LECTOR PROACTIEVE OUDERENZORG
LECTORAAT CHRONISCH ZIEKEN

1. OPENING

Geachte aanwezigen, collega's, docenten, verpleegkundigen, familie en opa en oma, fijn dat jullie hier zijn op deze bijzondere dag.

Ik herinner het mij nog als de dag van gister. Het was juni 2007, de laatste weken van mijn stage in de wijk waren aangebroken. Ik fietste als bijna afgestudeerde verpleegkundige door Utrecht van cliënt naar cliënt. Iedere ochtend kwam ik bij meneer de Vries. Meneer de Vries was 63 jaar, woonde alleen thuis, had nooit een partner gehad, was diabeet en had chronisch nierfalen (zijn nieren werkten slecht) waardoor hij drie keer per week naar het UMC Utrecht ging voor dialyse. Ik kwam daar dagelijks om zijn medicijnen aan te reiken en insuline te spuiten want meneer nam het niet zo nauw met zijn medicijnen. Daarnaast was zijn leefstijl slecht: het liefst begon hij de dag om 10.00 's ochtends met een Bacardi Cola en een beschuit en daarna zat hij dan in zijn stoel te wachten op de wijkverpleging. Meneer de Vries was een man van weinig woorden. Iedere ochtend verliep vrijwel hetzelfde.

Tot die ene ochtend. Ik riep in de gang 'goedemorgen' maar kreeg geen reactie. In de woonkamer trof ik hem niet aan in zijn stoel. Vreemd. Ik liep naar zijn slaapkamer waar hij nog in bed lag, half onderuitgezakt, en ik herinner mij dat hij niet goed kon praten, gaf aan zich niet lekker te voelen en het lukte hem niet om uit bed te komen. Alarmbellen begonnen bij mij te rinkelen. Ik stelde een paar vragen of hij pijn had, voelde zijn pols, nam de bloeddruk op en belde mijn sta-gebegeleider en direct daarna de huisarts. Die kwam gelukkig snel, gevolgd door de ambulance die hem vervolgens mee nam. Die middag hoorde ik van de huis-arts dat het kalium in zijn bloed zo gevaarlijk hoog was, dat het niet veel langer had moeten duren anders was het niet goed afgelopen. Onbewust was ik als wijk-verpleegkundige precies de juiste persoon op precies het juiste moment geweest.

Dit is één van mijn verhalen, maar zo zijn er dagelijks duizenden verhalen, want meer dan 500.000 mensen in Nederland ontvangen wijkverpleging. Geleverd door zo'n 8800 wijkverpleegkundigen en 11.000 verzorgenden. Achter iedere voordeur treffen zij een uniek verhaal aan waarin zij een belangrijke rol spelen en bijdragen aan kwaliteit van leven van mensen. Ze moeten altijd hun oren en ogen open houden om te begrijpen wat iemand nodig heeft op dat ene moment, en ze moeten in staat zijn om snel belangrijke beslissingen te nemen. Continu zijn ze bezig risico's in te schatten om zo onnodige complicaties te voorkomen. Kortom, wijkverpleegkundigen zijn een belangrijke schakel in ons zorgsysteem én het zijn échte aanpakkers. Maar wat is de impact van hun handelen en is deze voldoende onderbouwd?

Na mijn stage kon ik direct als wijkverpleegkundige in hetzelfde team aan de slag. Wat mij als wijkverpleegkundige het meest opviel was dat ik vaak te laat bij mensen binnen kwam, als er al problemen waren én dat veel van mijn handelen eigenlijk helemaal niet wetenschappelijk was onderbouwd. Ik realiseerde mij dat het beter kon en dat daar onderzoek en kennis voor nodig was. Dáár wilde ik aan bijdragen. Daarom besloot ik om tijdens de HBO-V te starten met de pre-master verplegingswetenschap en klopte in 2008 voor mijn afstudeeronderzoek aan bij het lectoraat Verpleegkundige en Paramedische Zorg voor Mensen met Chronische aandoeningen van prof.dr Marieke Schuurmans en prof.dr. Mia Duijnstee.

En nu tien jaar later sta ik hier als nieuwe lector van het lectoraat Chronisch Zieken, een enorme eer.

Als onderzoeker en verpleegkundige kan ik u op talloze manieren uitleggen waarom het werk van verpleegkundigen en het lectoraat zo belangrijk is, maar een citaat van mijn eigen oma vat het prachtig samen. In mijn laatste vlog vroeg ik haar wat voor haar het allerbelangrijkste is in het leven. Ze antwoordde: “Gewoon de dingen blijven doen die ik wil en belangrijk vind”. Dit is in één zin waar het werk van verpleegkundigen over gaat, namelijk het functioneren van mensen en hen in staat stellen de dingen te doen die voor hen belangrijk zijn, ondanks ziekte en uitdagingen die zij ervaren. Hoewel mijn oma natuurlijk uniek is, is haar antwoord dat niet. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dit wereldwijd consistent is. Thuiswonende ouderen willen namelijk maar één ding en dat is zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren. ^{1,2}

Maar hoe zorgen we daarvoor en wat is de rol van de verpleegkundige hierin? Dat de wijkverpleegkundige een sleutelrol te vervullen heeft staat voor mij vast, maar hoe we die rol in de toekomst precies moeten invullen, dat is een vraag waar ik vandaag graag op reflecteer. Die reflectie is urgent, want in de zorg voor ouderen thuis staan we voor een enorme opgave. Door vergrijzing en toenemende complexiteit enerzijds, en een zorgwekkend tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden anderzijds staat voor mij de volgende vraag centraal: hoe kunnen we nu en in de toekomst duurzame zorg aan ouderen thuis bieden die bijdraagt aan kwaliteit van leven en zelfredzaamheid? Het is daarom een groot voorrecht om hier vandaag te staan en met u te kunnen delen wat de uitdagingen zijn waar we voor staan en wat de ambities van het lectoraat zijn om daaraan bij te dragen.

2. IMAGO EN BEELDVORMING

Laat ik beginnen met misschien wel de grootste uitdaging waar de wijkverpleging voor staat en dat is dat weinig studenten verpleegkunde kiezen voor het werken in de wijk. Mijn afstudeeronderzoek richtte zich op de kennis en houding van verpleegkundestudenten tegenover ouderen en we vroegen hen waar ze na hun opleiding wilden gaan werken. Ik stuitte op schrikbarende cijfers:

minder dan 5% wilde graag met ouderen werken, en slechts 6% koos voor een carrière in de wijk.³ Daarnaast laat het onderzoek van Jeroen Dikken zien dat beginnende verpleegkundigen in het ziekenhuis weinig kennis hebben over ouderen.⁴ Vorige maand gaf ik college aan 60 internationale studenten verpleegkunde, slechts vijf staken hun hand op toen ik vroeg wie er in de wijk wilde werken. Uit recent kwalitatief onderzoek blijkt dat het beeld dat studenten hebben van het werken in de wijk niet altijd klopt met realiteit.⁵

Zeker in relatie tot de demografische ontwikkelingen en sterk stijgende zorgvraag is dit imago probleem van de wijkverpleegkunde uiterst zorgwekkend. In 2040 zal 1 op 4 mensen in Nederland 65-plusser zijn en zijn er twee miljoen 80-plussers, een verdubbeling ten opzichte van nu. Het aantal 100 plussers is in 2040 verviervoudigd. Tegelijkertijd wonen mensen langer thuis. In 2017 woonde maar liefst 88% van de 75 plussers zelfstandig, terwijl 25 jaar geleden 70% van de 80 plussers thuis woonde.⁶ Wie zorgt er straks voor deze thuiswonende ouderen? Hoe voorkomen we dat verpleegkunde studenten via de voordeur de wijk binnenkomen en via de achterdeur de wijk weer snel verlaten?

3. TERUGBLIKKEN OM VOORUIT TE KOMEN

Laten we eens kort terugblikken naar een tijd waarin werken in de wijk helemaal 'hot' was. Daarvoor gaan we terug naar het ontstaan van deze beroepsgroep, rond het jaar 1900. In 1900 hadden medici een enorme behoefte hadden aan professionele verpleegsters in de wijk omdat er in die tijd veel mensen thuis stierven aan o.a. tuberculose. De pionier van de wijkverpleging in Nederland was Aafke Gesina van Hulst (1868-1930). In 1894 begon zij wijkverpleging op de kaart te zetten en streed voor verdere professionalisering en goed onderwijs. Kenmerkend voor de wijkverpleegkundigen van toen was dat het aanpakkers waren die creatief, doortastend en innovatief waren. Preventie was core business en integraal werken en denken een must. In januari 1927 werd in Utrecht onder leiding van onder andere Aafke Gesina van Hulst de Nederlandse Bond van Wijkverpleegsters opgericht. Aan de professionele autonomie van de wijkverpleegkundige twijfelde niemand. Naast de burgemeester, de dominee en de huisarts was de wijkverpleegkundige de witte motor van het dorp (bron: Florence Nightingale Instituut). Internationaal kennen we de flying doctors, maar in Nederland hadden we de zoevende zusters.

Als we vervolgens in vogelvlucht kijken naar hoe de wijkverpleging in de twintigste eeuw zich heeft ontwikkeld, dan zien we veel veranderingen. Onder druk van de markt en efficiency denken moesten wijkverpleegsters zich steeds meer gaan specialiseren en ze leverden zo hun integrale inzetbaarheid in. In de jaren negentig werd de rol van de wijkverpleegkundige flink ingeperkt doordat zij niet meer zelf mochten indiceren. Dat was van oudsher een kerntaak maar werd nu overgeheveld aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Productiegericht werken nam de overhand, preventieve activiteiten namen af. Gechargeerd zouden we kunnen zeggen dat efficiencydrang de wijkverpleegkunde langzaam had uitgehold.

Dit is ook wetenschappelijk aangetoond. Het onderzoek van Van der Boom (2008) laat zien dat deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan een afbrokkeling van de autonomie en kwaliteit van wijkverpleging.⁷ De bevindingen van dit onderzoek heeft een kentering teweeggebracht in het denken over de wijkverpleging en politiek draagvlak gecreëerd voor verandering.

Zo werd in 2008 de Motie Hamer (18-9-2008) met een grote meerderheid in de Kamer aangenomen, een startschot voor de inzet van meer wijkverpleegkundigen en een uitbreiding van hun taken. ZonMw, de financier van gezondheids-onderzoek en zorginnovatie, gaf uitvoering aan deze motie en voerde in de periode 2009-2017 het programma 'Zichtbare Schakel' uit waaruit veel mooie

projecten zijn voortgekomen gericht op versterking en professionalisering van de beroepsgroep. Een voorbeeld zijn de leernetwerken wijkverpleging, dat ook is opgezet in docenten verpleegkunde in Utrecht, waarin onderzoek en de praktijk nauw samenwerken.

Een echt belangrijke omslag voor ons vakgebied vond plaats in 2015. Toen werd de wijkverpleging onderdeel van de Zorgverzekeringswet. De rol en positionering van de wijkverpleegkundige is hiermee ten positieve veranderd. De wijkverpleegkundige wordt nu weer gezien als dé generalist in de wijk die naast de huisarts, achter de voordeur komt, regie voert en weer zelfstandig indiceert welke zorg iemand nodig heeft. De schakel tussen het medisch en sociaal domein. Naast zorg voor het individu houdt de wijkverpleegkundige zich ook bezig met wijk-gerichte preventie en gezondheidsbevordering in de wijk of buurt.

Er wordt de komende jaren veel verwacht van wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Dat blijkt zowel uit het nieuwe kwaliteitskader wijkverpleging als uit het adviesrapport Taskforce VWS 'de juiste zorg op de juiste plek'.⁸ Om het rapport te citeren: "In de huidige visie op zorg en gezondheid gaat het erom wat mensen nodig hebben om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren en regie te voeren". Met andere woorden: wat kunnen en willen mensen zelf en hoe kunnen zij dat zo lang mogelijk blijven doen?

Het is aan de beroepsgroep om op deze belangrijke vraag antwoorden te geven. Dat is natuurlijk fantastische ambitie. Maar zijn wijkverpleegkundigen, de organisaties waar zij werken, de financiers en bekostiging hier al voldoende op toegerust? Het gevaar bestaat dat de wijkverpleegkundige wordt gezien als de oplossing voor alles, de Haarlemmer olie van het zorgsysteem. Om aan de hooggespannen ambities te kunnen voldoen is onderzoek nodig naar onder andere de rol en competenties die wijkverpleegkundigen nodig hebben om bij te dragen aan het functioneren van mensen.

4. DAGELIJKS FUNCTIONEREN ALS UITGANGSPUNT

Het ideaal is dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig functioneren. Maar wat verstaan we onder functioneren? Onder functioneren verstaan we de activiteiten die essentieel zijn om zelfstandig te kunnen wonen zoals boodschappen doen, koken, wassen en aankleden, maar ook medicijnen innemen en financiën beheren.^{9,10,11} Sinds de start van het lectoraat in 2002, richt de kennisontwikkeling zich op het beter begrijpen van het dagelijks functioneren van ouderen met chronische ziekten; wat zijn risico factoren van functieverlies en hoe kunnen we door middel van het ontwikkelen van effectieve interventies er voor zorgen dat het functioneren zo lang mogelijk behouden blijft of juist verbeterd, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname.

Het zal u niet verbazen dat het risico op het ontwikkelen van functieverlies toeneemt naarmate men ouder wordt.^{12,13} En hoe ouder mensen worden, hoe groter de kans dat zij meerdere chronische ziekten tegelijkertijd hebben, ook wel multimorbiditeit genoemd. Dit verhoogt het risico op functieverlies. Anders dan 100 jaar geleden is multimorbiditeit onder ouderen van nu eerder regel dan uitzondering, bij 85% van de 85 jarigen is er sprake van multimorbiditeit. Naar verwachting heeft in 2040 1 op de drie Nederlanders twee of meerdere aandoeningen.¹⁴ Veel verschillende factoren hebben impact op de prognose en het beloop van dagelijks functioneren.¹⁵

Het staat vast dat als we functieverlies willen voorkomen het belangrijk is dat signalen herkend worden en we de risicofactoren zoals multimorbiditeit beter begrijpen. Zeker bij ouderen is dat complex omdat de groep heel heterogeen is ¹⁶: de ene 80 plusser met multimorbiditeit staat nog op de ski's en de andere 70 plusser met multimorbiditeit kan met moeite een rondje om het huis lopen. Wat is precies het moment waarop een oudere niet meer zelf naar de supermarkt kan of kan koken? Welke factoren spelen hier een rol en wat is de 'druppel', het moment waarop iemand ervaart dat het echt niet meer gaat en dat ook erkent?

Sigrid Mueller van het lectoraat heeft onderzoek gedaan naar de risico factoren van functieverlies en naar het beloop. Mueller constateerde dat er weliswaar redelijk wat onderzoek naar functieverlies is gedaan, maar dat heel weinig studies hierbij keken naar beperkingen in de individuele activiteiten van het dagelijks leven van ouderen. Functieverlies wordt in veel studies beschouwd als een dichotome uitkomst, een één-nul kwestie: ouderen functioneren wél of niet meer zelfstandig. Maar Mueller onderzocht: welke mensen ontwikkelen op welk moment functieverlies in welke activiteiten? Zij bestudeerde 15 activiteiten van het dagelijks leven. In een dataset van ruim 9000 ouderen in Nederland met multi-

morbiditeit vond zij dat fysieke activiteiten als eerst werden aangetast en pleit ervoor dat ouderen al tijdig preventieve maatregelen treffen om functieverlies uit te stellen. U kunt hierbij denken aan bijvoorbeeld fietsen, of wandelen of onder de mensen blijven. Dat klinkt zo logisch, wie gezond wil blijven moet bewegen, maar tegelijkertijd weten we dat het in de praktijk niet zo eenvoudig is om effectieve interventies op maat in te zetten die in staat zijn het gedrag te veranderen en daardoor invloed uitoefenen op het beloop. Dat is een enorme uitdaging, want we weten hier gewoon nog te weinig van.

Dat blijkt ook uit de studie van Linda Smit uit het lectoraat. Zij concludeerde in een van haar studies dat veel proactieve interventies gericht op preventie van functieverlies suboptimaal zijn ontwikkeld en niet goed aansluiten bij de praktijk.¹⁷ Ook is nog heel weinig bekend over de relatie tussen het handelen van verpleegkundigen en het resultaat op uitkomsten als het functioneren en zorgconsumptie.

De studies van Mueller en Smit tonen aan hoe belangrijk verder onderzoek is op dit gebied. Tegelijkertijd is er nog een wereld te winnen op het gebied van preventie en vroegsignalering en blijven er nu nog veel kansen onbenut. In mijn ogen zou preventie zowel thuis als op populatieniveau in de wijk net als vroeger weer core-business moeten zijn, zeker in tijden van schaarste. Concreet betekent dat: meer aandacht voor vroegsignalering en tijdig de juiste interventies inzetten die bijdragen aan het behoud of bevorderen van het functioneren. Maar om de effectiviteit en slagingskans van interventies te verhogen is het cruciaal om zowel die veranderende cliënt van de toekomst als veranderende context beter te begrijpen. Ik zie het als een belangrijke taak van het lectoraat om door middel van onderzoek en onderwijs daar effectief op in te spelen.

5. DE CLIËNT VAN DE TOEKOMST IN EEN VERANDERENDE CONTEXT

Als we kijken naar de cliënt van de toekomst dan vallen een aantal dingen op. Zoals ik hierboven al schetste weten we dat de cliënt vaker en langer thuis woont, daarnaast weten we ook dat hij of zij vaker alleenstaand is en vaak multimorbiditeit heeft. Tot zover is er een min of meer eenduidig beeld. Maar in zowel de literatuur als in gesprek met verpleegkundigen, wordt ook duidelijk dat zich een tweedeling aftekent. Aan de ene kant zijn er cliënten die door de komst van nieuwe technologie beter geïnformeerd zijn, mondig zijn en actief opkomen voor hun eigen gezondheid. Kortom, ze nemen regie en roepen professionals kort en op onderdelen van de zorg in. Ze zien de professional als samenwerkingspartner en hebben daarnaast zelf een breed sociaal netwerk. Een mooi voorbeeld hiervan is een 63 jarige diabeet die op de website www.thuisarts.nl een betrouwbare website die advies geeft op basis van richtlijnen van huisartsen, zijn vraag over insuline en alcoholgebruik intypt en hierdoor een bezoek aan de huisarts heeft bespaard. Dit is een klein voorbeeld van hoe technologie de rol van de cliënt verandert, en dit zal natuurlijk alleen maar toenemen door apps en devices die mensen helpen om hun gezondheid zelf te monitoren. Aan de andere kant verandert ook de rol van de verpleegkundige door de komst van technologie en zal er steeds meer zorg op afstand worden geleverd.

Maar we kunnen er niet vanuit gaan dat elke oudere vanzelf zijn of haar eigen zorg goed organiseert. Denk aan meneer de Vries waarbij sprake is van meer-voudige en complexe problematiek, die over geringe gezondheidsvaardigheden beschikt en die niet zo snel aan de bel trekt als er wat is.

De ideale wijkverpleegkundige van de toekomst herkent direct op basis van klinisch redeneren een cliënt met een hoge mate van zelfredzaamheid en eigen regie en vliegt dan heel maatgericht in, bijvoorbeeld kortdurende zorg na een ziekenhuisopname. Voor een cliënt met een lage zelfredzaamheid en weinig regie zal de wijkverpleegkundige de generalist zijn die signalen herkent, soms zonder dat cliënten deze zelf duidelijk geven en tijdig de juiste interventies inzet.

6. UITDAGINGEN IN DE WIJK VANDAAG DE DAG

Maar we weten allemaal dat dit een ideaalbeeld nog niet de huidige werkelijkheid is in de praktijk. Werken als wijkverpleegkundige anno 2018 betekent hoge werkdruk en structureel te weinig personeel. Als we nu niks doen zijn er anno 2020 125.000 verpleegkundigen en verzorgenden nodig. Het betekent ook dat vandaag de dag wijkverpleegkundigen 40% van hun tijd kwijt zijn aan registratie en er worden onnodige handelingen uitgevoerd die niet effectief zijn, alleen maar tijd kosten en ze beter kunnen laten.¹⁸ Dit maakt het werken in de wijk een serieuze uitdaging en het gevaar bestaat dat jonge wijkverpleegkundigen daardoor snel het vak verlaten.

In mijn ogen biedt dit ook kansen, een nieuw perspectief om na te denken hoe het anders kan. En dat besef zie ik ook om mij heen, in de praktijk, in het onderwijs en in de politiek. Een voorbeeld is het Manifest Kwaliteit van Zorg dat ik samen met collega's heb geschreven.¹⁹ In dit manifest pleiten we voor verdere onderbouwing van de verpleging en investeren in zorginnovatie en een kennisinfrastructuur. En met succes. Het manifest leidde tot Kamervragen, een bezoek aan VWS en tot een mooie subsidieoproep bij ZonMw waarin 2 miljoen beschikbaar is gekomen om hieraan te werken.

Dat er meer kennis moet komen voor een vakgebied dat zo in ontwikkeling en verandering is als de wijkverpleging is evident. Maar welke kennis is nodig? We werken nu samen met de beroepsvereniging V&VN, het veld en belangrijke stakeholders aan het ontwikkelen van een landelijke kennisagenda waarin we ophalen op welke thema's en onderwerpen meer kennis nodig is om nu en in de toekomst goede kwaliteit van zorg te leveren.

7. AMBITIES VOOR ONDERZOEK EN ONDERWIJS

Wat is er nodig om de zorg aan mensen thuis beter en slimmer te organiseren en hoe kunnen we (toekomstige) professionals zo toerusten zodat zij adequaat zijn opgeleid om in de complexe context als de wijk goede kwaliteit van zorg te leveren? Als lector wil ik hierin een voortrekkersrol spelen om op deze vragen antwoorden te genereren.

Er is dus veel kennis nodig, maar gelukkig gebeurt er ook al veel.

Als lector mag ik leiding geven aan een groep geweldige onderzoekers en promovendi die allemaal bezig zijn met vraagstukken om vernieuwing en oplossingen te brengen in de directe zorg of organisatie van zorg. Daarnaast werken we aan de verdere professionalisering van de beroepsgroep. Dat doen wij in co-creatie, met de praktijk en met de doelgroep zelf. Praktijkgericht onderzoek is onze core-business. De onderzoekers vervullen allemaal dubbele rollen. Zij zijn naast onderzoeker allemaal docent bij het Instituut Verpleegkundige Studies. Enkelen zijn daarnaast ook in de praktijk werkzaam als verpleegkundige. Ik deel graag vier belangrijke speerpunten van ons onderzoeksprogramma waar wij ons mee bezig houden.

Uitkomsten van zorg

Allereerst richt ons onderzoek zich op de vraag wat de waarde is van wijk-verpleegkundige zorg, welke uitkomsten zijn relevant en beïnvloedbaar en wat merkt de patiënt of maatschappij er eigenlijk van? Het promotietraject van Jessica Veldhuizen is een mooi voorbeeld van 'science for society' waarin de wetenschap samen met de beroepsgroep en stakeholders werkt aan de verdere onderbouwing van het handelen van wijkverpleegkundigen. De kennis wordt meegenomen in de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging. In een uniek samenwerkingsverband tussen de Hogeschool Utrecht, Universiteit Utrecht, Universiteit van Maastricht, Universiteit van Tilburg en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werkt Jessica met twee andere promovendi aan meer kennis over de wijkverpleging. [In dit filmpje](#) ligt Dr. Marian Kaljouw, directeur NZa het belang van dit project toe.

Ik kan me alleen maar aansluiten bij Kaljouws woorden dat we bezig zijn met een revolutie, namelijk voor het eerst bundelen we alle krachten om ons vak en het handelen beter te begrijpen en te onderbouwen.

Van reactief naar proactieve zorg en vroegsignalering

Een ander belangrijk speerpunt van ons onderzoeksprogramma is de transitie van reactieve naar proactieve en preventieve zorg in de wijk. Het doel is om door middel van vroegsignalering acute problemen zoals bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis te voorkomen en dat ouderen langer zelfredzaam blijven.

Een mooi voorbeeld dat ik in dit verband wil laten zien en waar ik trots op ben, is het ouderenzorgproject 'Om U'. Tijdens mijn promotietraject hebben we het programma in een grote gerandomiseerde trial met 3000 ouderen onderzocht.^{20,21}

We hebben een screeningsinstrument ontwikkeld die iedere drie maanden een lijst maakt van mogelijk kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk, een soort alarmbel. Vervolgens bezoekt de verpleegkundige de kwetsbare ouderen thuis en kijkt welke zorg of ondersteuning nodig is. Inmiddels is de werkwijze in meer dan 100 huisartsenpraktijken geïmplementeerd. Huisartsen geven aan dat zij hun kwetsbare ouderen eerder in beeld hebben. Inmiddels zijn we beland bij 'Om U' 3.0 een ambitieus project dat draait in alle 18 wijken van Utrecht en we beogen een integrale samenwerking tussen de huisarts, praktijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige, buurtteam en informele zorg. Partijen die meedoen zijn Huisartsen Utrecht Stad, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, Buurtteam Utrecht, U-Centraal, COSBO Stad Utrecht, Careyn, Axioncontinu, Buurtzorg, de Gemeente en Zilveren Kruis. Met data van huisartsen, ziekenhuizen en gemeente bekijken we per wijk welk effect we zien over de jaren. Ook hebben we vorig jaar op de HU een interprofessionele training ontwikkeld om professionals hierop voor te bereiden.²²

En als ouderen dan toch worden opgenomen in het ziekenhuis, jaarlijks zo'n 18% van de 75 plussers (CBS), dan is een goede voorbereiding op zo'n opname van groot belang. Daarom is een belangrijke onderzoekslijn van het lectoraat gericht op betere zorg voor-tijdens en na ziekenhuisopname en deze lijn zal zich de komende jaren verder doorontwikkelen. Deze onderzoeken richten zich bijvoorbeeld op oudere patiënten die een hartoperatie ondergaan (onderzoek van Roelof Ettema en Yvonne Jordens), het verbeteren van de voedingstoestand (onderzoek Debbie ten Cate), of op de vraag hoe mensen ondersteunen om hun leven weer dagelijks vorm te geven na een beroerte (onderzoek Janneke de Man-van Ginkel).

Andere prachtige voorbeelden waarin vroegsignalering en preventie centraal staat is het promotietraject van Nienke Dijkstra en Yvonne Korpershoek. Nienke richt zich op vroegsignalering en preventie van geneesmiddelen gerelateerde problemen bij ouderen in de thuissituatie. Yvonne ontwikkelt samen met Jaap Trappenburg een longaanval app, samen met COPD patiënten, professionals en het bedrijfsleven. De app wordt heel gedegen en met verschillende methodologieën ontwikkeld waardoor de kans op succes wordt vergroot.

Verbinding onderzoek – onderwijs en praktijk

Naast dit soort slimme innovaties is er in mijn ogen iets anders nodig, een transformatie, om de zorg in de wijk duurzaam aan te bieden. Het onderwijs, onderzoek en de praktijk zouden nog veel meer dan nu moeten samenwerken en met elkaar een lerende praktijk creëren. Daarom start het lectoraat samen met IVS, het UMC Utrecht, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, Careyn en Axioncontinu de Academische Leerwerkplaats Verpleegkunde. Het is mijn droom om daar ons laboratorium in de wijk te creëren. Onze ambitie is om de kwaliteit van zorg in de wijk te verbeteren door het bouwen van een innovatieve leerwerk-omgeving. Een omgeving waar verpleegkundigen, studenten, docenten en onderzoekers intensief samenwerken, reflecteren, klinisch redeneren en waar een onderzoekende houding centraal staat. Een lab waar nieuwe kennis en innovaties wordt ontwikkeld, getest en toegepast samen met bedrijven en financiers. Een uitdagende plek waar duo-banen gecreëerd worden zodat verpleegkundigen naast praktijk een rol vervullen in het onderwijs en/of onderzoek. En onderzoekers die direct vragen vanuit de praktijk ophalen voor verder onderzoek. In dit laboratorium werken professionals, studenten, docenten, onderzoekers, patiënten, organisaties, bedrijven en financiers samen aan betere zorg in de wijk. Een belangrijke vraag waar we eveneens onderzoek naar doen is de rol en inzet van de verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk.

Verpleegkundig leiderschap gevraagd

Ik noemde tot nu toe drie belangrijke speerpunten van ons onderzoekprogramma, namelijk het onderbouwen van de waarde van het verpleegkundig handelen, het realiseren van de transitie van reactieve naar preventieve zorg, en de integratie van onderzoek, onderwijs en praktijk. Maar om daadwerkelijk de praktijk toekomstbestendig te maken en professionals hier op toe te rusten is er één belangrijk randvoorwaarde noodzakelijk, dat is verpleegkundig leiderschap. Ik citeer Pieterbas Lalleman: “Verpleegkundig leiderschap [is nodig (red)] op alle niveaus om dat waar te maken”.²³ In mijn ogen is verpleegkundig leiderschap een vliegwieltje om vernieuwing te brengen in de praktijk en het onderwijs. Daarom werken Pieterbas Lalleman en Thóra Hafsteinsdóttir van het lectoraat aan deze onderzoekslijn. We hebben autonome zorgprofessionals nodig, die rebels zijn en het belangrijke werk van verpleegkundigen zichtbaar maken. Professionals die in staat zijn om proactief te anticiperen op veranderingen en daar invloed op kunnen uitoefenen. Kortom ambassadeurs van het vak. Daar moeten we in blijven investeren. Gelukkig beginnen we niet op nul, ze zijn er namelijk al, en dat moeten er meer worden. Meer dan 60 wijkverpleegkundigen hebben het succesvolle ambassadeurstraject gevolgd van de beroepsvereniging. Vanuit het lectoraat onderzochten wij de impact van het traject. De resultaten presenteren we volgende maand op het landelijk congres wijkverpleging in aanwezigheid van Minister de Jonge van VWS. Ik kan u alvast verklappen: deze ambassadeurs laten écht het

verschil zien in de praktijk, voor de cliënt, de organisatie en maatschappij. Zij zijn zichtbaar en zitten aan verschillende tafels; van de keukentafel tot aan beleidstafels regionaal en landelijk. Verbinden de werelden tussen beleid, onderwijs en praktijk en geven een stem aan het belangrijke werk van wijkverpleegkundigen. Ambassadeur Martine Witteveen roept in haar blog : “Daar waar je als verpleegkundige last van hebt – daar kun je zelf invloed op uitoefenen”.²⁴ Dat vind ik inspirerend en een mooi voorbeeld van verpleegkundig leiderschap: elke verpleegkundige moet het heft in eigen hand kunnen nemen.

8. CONCLUSIE

Er zijn nog tal van lopende onderzoeken waar ik graag over zou willen vertellen, maar ik sluit graag af met de rode draad die door al onze projecten loopt en wat het fundament is van het lectoraat. Dat is het besef en de overtuiging dat de zorg in de toekomst in toenemende mate plaatsvindt bij mensen thuis en in de wijk. Het dagelijks functioneren van mensen staat hierbij centraal. Verpleegkundigen spelen hierin een cruciale rol.

In Utrecht zijn alle ingrediënten aanwezig om de ambities van het lectoraat te realiseren. Utrecht is dé enige plek in Nederland waar verpleegkundigen kunnen doorgroeien van bachelor, master, tot PhD, lector en verder. Dat is uniek, het bewijs dat het kan staat hier voor u.

Samen met het Instituut Verpleegkundige Studies (IVS) en de drie (!) leerstoelen verplegingswetenschap van het UMC Utrecht werkt het lectoraat aan een stevige verbinding tussen het onderzoek, onderwijs en praktijk. Onderzoekers die zowel werkzaam zijn bij het lectoraat als de leerstoelen zie ik als een belangrijke factor voor succes, ook in de toekomst. Afgelopen jaar studeerden er meer dan 250 HBO-V studenten, tientallen verplegingswetenschappers en enkele verpleegkundig specialisten af bij het bij het lectoraat. Ook werkten verschillende docenten (tijdelijk) mee aan onderzoeksprojecten. De verbinding met het onderwijs ervaar ik als zeer stimulerend. Met elkaar genereren we massa en impact. Daar ben ik enorm trots op.

Ik begon mijn lezing dat ik in 2007 jong, onervaren, maar vol ambitie de wijk in fietste en aan den lijve ondervond dat er meer onderzoek moet plaatsvinden om betere zorg te leveren. Na de master verplegingswetenschap kreeg ik de kans om promotieonderzoek te doen. Nu sta ik hier als lector van het lectoraat Chronisch Zieken. Dat is een grote eer en ook verantwoordelijkheid. Met fris elan zet ik het lectoraat voort. Ik zie het als mijn taak en verantwoordelijkheid om zowel in het onderwijs als in het onderzoek te werken aan een professionele herbezinning van ons vak. Van het opleiden en begeleiden van excellente studenten, verpleegkundigen en onderzoekers krijg ik veel energie en ik hoop hen enthousiast te maken voor het vak.

Met andere woorden, het is mijn toekomstdroom dat nieuwe wijkverpleegkundigen die de wijk in fietsen dezelfde passie voelen die ik nog steeds voel. En dat zij op hun bagagedragers steeds meer kennis en kunde meebrengen om de beste zorg achter de voordeur en in de wijk te leveren die aansluit bij dat geven wat ouderen nodig hebben. Dat beeld, daar wil ik vol trots aan meewerken.

TOT BESLUIT

Lectoraat Chronisch Zieken, is een van de langst lopende lectoraten van de HU. Zeer succesvol opgezet in 2002 door prof.dr. Marieke Schuurmans en prof.dr. Mia Duijnste. Het CvB en Harm Drost, toenmalige directie van de faculteit gezondheidszorg hebben dat mogelijk gemaakt. Beste Marieke, afgelopen februari heb ik het stokje van je mogen overnemen. Veel dank voor het vertrouwen, de ruimte om te leren en de inspirerende samenwerking.

Ik dank het College van Bestuur en in het bijzonder Anton Franken voor het in mij gestelde vertrouwen. Cyrille Krul, directeur van het kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven, dank voor je steun. Collega lectoren van het kenniscentrum, het is fijn om met gelijkgestemden te werken aan een gezonde en duurzame samenleving. Carolien Sino, instituutsdirecteur Instituut Verpleegkundige studies dank voor het vertrouwen en de goede samenwerking. Onderzoek doen binnen een Hogeschool biedt veel mogelijkheden en kansen, hier leiden we professionals op van de toekomst. Ik kijk uit naar de samenwerking met de andere lectoraten, kenniscentra en instituten om daaraan bij te dragen.

De praktijk veranderen doe je niet alleen, juist door samen te werken met andere disciplines kom je verder. Prof.dr. de Wit van het Julius Centrum UMC Utrecht, afdeling huisartsgeneeskunde, beste Niek, dank voor je vertrouwen en de ruimte om zorginnovatie in de verpleging verder vorm te geven in een academische omgeving. Uiteraard dank ik mijn andere werkgever de divisieleiding van het Julius Centrum en de Raad van Bestuur UMC Utrecht voor kansen en mogelijkheden.

Het lectoraat heeft de afgelopen jaren een stevige positie verworven als inhoudelijk partner voor de beroepspraktijk. De samenwerking met de beroepsvereniging is hierbij van belang. Daarnaast werkt het lectoraat al jaren met vele partners buiten de HU intensief samen en zet dit de komende jaren graag voort: het UMC Utrecht, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, U-ZELF, Huisartsen Utrecht Stad, Careyn, AxionContinu, Gemeente Utrecht, Buurtteams, ziekenhuizen in de regio, EBU, U-Create, NZa. Veel dank ook aan het Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen (NUZO). In het bijzonder prof. dr. Mebius Kramer. Geachte mijnheer Kramer, beste Mebius dat u hier vandaag mijn co-referaat wil verzorgen vind ik heel bijzonder en eervol. Ook de andere co-referenten, Caroline Smeets, Johan Lambregts en prof.dr. Lisette Schoonhoven ben ik zeer erkentelijk voor hun bijdrage vanmiddag. Beste Lisette Schoonhoven, nieuwe hoogleraar verplegingswetenschap in het UMC Utrecht, ik kijk uit naar de verdere samenwerking en stevige verbinding tussen de leerstoel en het lectoraat.

Het allerbelangrijkste van een lectoraat zijn natuurlijk de leden van de kenniskring: Yvonne Korpershoek, Linda Smit, Nienke Dijkstra, Yvonne Jordens, Jessica Veldhuizen, Pieterbas Lalleman, Roelof Ettema, Sigrid Mueller Schotte, Debbie ten Cate, Janneke de Man-van Ginkel, Thóra Hafsteinsdóttir, Carolien Sino en nieuwe aanwinst Inge Wolbers. Ik heb veel zin om de komende jaren met elkaar verder te bouwen en het Lectoraat succesvol voort te zetten. Veel dank ook aan Ymkje Damsma voor de ondersteuning van het lectoraat en de verbinding met de leerstoel en zo veel meer.

Tenslotte gaat mijn grootste dank uit naar mijn meest dierbaren. Lieve familie en vrienden dank voor jullie steun. Lieve Joris, dank voor heel veel. Jouw oneindige vertrouwen en onvoorwaardelijke steun maken dat ik hier nu sta.

Referenties

1. Beswick A, Gooberman-Hill R, Smith A, Wylde V, Ebrahim S (2010). Maintaining independence in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20(02):128-53.
2. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. (2004) *Ageing and Society*, 24(05):675-91
3. Bleijenberg, N, Jansen MGM, Schuurmans MJ. (2012). Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people-A longitudinal cohort study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(2), 1.
4. Dikken, J., Bakker, A., Hoogerduijn, J. G., & Schuurmans, M. J. (2018). Comparisons of Knowledge of Dutch Nursing Students and Hospital Nurses on Aging. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(2), 84-90.
5. van Iersel, M., Latour, C. H., de Vos, R., Kirschner, P. A., & op Reimer, W. J. S. (2018). Perceptions of community care and placement preferences in first-year nursing students: A multicentre, cross-sectional study. *Nurse education today*, 60, 92-97.
6. CBS. RIVM ontleed van <https://www.vtv2018.nl/gezondheid>
7. Van der Boom (2008) Home nursing in Europe : patterns of professionalisation and institutionalisation of home care and family care to elderly people in Denmark, France, the Netherlands and Germany. Doctoral thesis.
8. Rapport van de Taksforce VWS. De Juiste zorg op de juiste plek (2018)
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
9. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):451-458.
10. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(12):721-7.
11. Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, 9(3_Part_1), 179-186.
Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., ... & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews*, 10(4), 430-439.
12. Bleijenberg, N., Smith, A. K., Lee, S. J., Cenzer, I. S., Boscardin, J. W., & Covinsky, K. E. (2017). Difficulty Managing Medications and Finances in Older Adults: A 10-year Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1455-1461.
13. Bleijenberg, N., Zuithoff, N. P. A., Smith, A. K., de Wit, N. J., & Schuurmans, M. J. (2017). Disability in the individual ADL, IADL, and mobility among older adults: A prospective cohort study. *The journal of nutrition, health & aging*, 21(8), 897-903.
14. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008-01.
15. Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.

16. Santoni, G., Angleman, S., Welmer, A. K., Mangialasche, F., Marengoni, A., & Fratiglioni, L. (2015). Age-related variation in health status after age 60. *PLoS one*, 10(3), e0120077.
 17. Smit, L. C., Schuurmans, M. J., Blom, J. W., Fabbriotti, I. N., Jansen, A. P. D., Kempen, G. I. J. M., ... & van Charante, E. M. (2017). Unravelling complex primary care programmes to maintain independent living in older people: a systematic overview. *Journal of clinical epidemiology*.
 18. Beter Laten Lijst Verpleegkundigen. <https://www.venvn.nl/beterlaten>
 19. Manifest Kwaliteit van Zorg. <http://www.burola.nl/wp-content/uploads/2018/01/manifest.pdf>
 20. Bleijenberg, N., Drubbel, I., Schuurmans, M. J., Dam, H. T., Zuithoff, N., Numans, M. E., & Wit, N. J. (2016). Effectiveness of a proactive primary care program on preserving daily functioning of older people: a cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(9), 1779-1788.
 21. Bleijenberg, N., Drubbel, I., Neslo, R. E., Schuurmans, M. J., Valerie, H., Numans, M. E., ... & de Wit, N. J. (2017). Cost-Effectiveness of a Proactive Primary Care Program for Frail Older People: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(12), 1029-1036.
 22. van Wijk, M., Smit, L., & Dikken, J., Bleijenberg, N (2018). Ontwikkeling van een interprofessionele training in de wijk. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, jaargang 42, nummer 1.
 23. Hamel, M., Lalleman, P., & Vermeulen, H. (2017). 'Het is hoog tijd dat we ons weer laten zien': interview over verpleegkundig leiderschap. *Nursing*, 2017, 40-43.
 24. Blog Martine Spaan. <https://www.linkedin.com/pulse/passievoordewijk-martine-witteveen-spaan/>
- Bleijenberg, N., Smith, A. K., Lee, S. J., Cenzer, I. S., Boscardin, J. W., & Covinsky, K. E. (2017). Difficulty Managing Medications and Finances in Older Adults: A 10-year Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1455-1461.

CURRICULUM VITAE

Dr. Nienke Bleijenberg is sinds mei 2017 lector Proactieve Ouderenzorg van het lectoraat Chronisch Zieken bij de Hogeschool Utrecht. Daarnaast is zij assistant professor bij de leerstoel verplegingswetenschap bij het Julius Centrum UMC Utrecht. Tevens is zij werkzaam bij Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra als consultant ouderenzorg waar zij zich bezig houdt met het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de eerstelijns, innovatie en onderzoek. In 2007 behaalde zij haar HBO-V diploma aan de Hogeschool Utrecht. Tijdens haar laatste jaar volgde zij de pre-master verplegingswetenschap aan de Universiteit Utrecht. In 2009 behaalde zij haar master diploma verplegingswetenschap. In de tussentijd werkte Nienke als wijkverpleegkundige in Utrecht en tot voor kort werkte zij nog wekelijks in de wijk.

In 2013 promoveerde Nienke Bleijenberg aan de faculteit geneeskunde aan de Universiteit Utrecht op het proactieve ouderenzorgprogramma Om U. In een grote regionale trial waarin meer dan 3000 ouderen, 100 huisartsen en 21 praktijkverpleegkundigen participeerden werd het ouderenzorgprogramma onderzocht. Tijdens dit traject heeft zij de POH module ouderenzorg van de HU mede ontwikkeld. Eveneens in 2013 behaalde zij haar diploma post-graduate master Clinical Epidemiology aan de Universiteit Utrecht.

Sinds 2012 is zij betrokken als docent en afstudeerbegeleider bij de opleiding Klinische Gezondheidswetenschappen afstudeerrichting verplegingswetenschap (UU) en geeft zij gastlessen bij het keuzevak wijkzorg en POH module ouderenzorg bij het Instituut Verpleegkundige Studies.

Vanaf 2014 werkt zij samen met Dr. Covinsky en zijn onderzoeksgroep van de division of Geriatrics University of California San Francisco (USA). Nienke was fellow in het Leadership in Mentoring Nursing Research programma (2016-2018) voor postdoctorale onderzoekers (ZonMw) en is fellow bij European Academy of Nursing Science (EANS).

Als lector van het lectoraat Chronisch Zieken van de HU wil Nienke een belangrijke bijdrage leveren aan betere kwaliteit van zorg aan ouderen thuis, het handelen van verpleegkundigen verder onderbouwen en professionals toerusten om in een complexe context als de wijk de juiste zorg op de juiste plek te leveren. Een belangrijk uitgangspunt is dat het onderzoek in aansluit bij de behoefte van ouderen en dat nieuwe innovaties in co-creatie worden ontwikkeld, samen met de doelgroep, professionals en belangrijke stakeholders.



ISBN: 978-90-8928-125-8