

Projectverantwoording t.b.v. opdrachtgever HLA taakgroep 2.4

# Eindrapportage

## Onderzoek

### Praktijkvariatie Indicatiestelling Wijkverpleging

Subsidienummer 330024

#### Universiteit Maastricht

Sandra Zwakhalen  
José van Dorst  
Anne van den Bulck

#### Hogeschool Utrecht

Nienke Bleijenberg  
Marit Schwenke

#### Nivel

Judith de Jong  
Anne Brabers

Dit project is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en is gefinancierd door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

April 2024

ISBN

Universiteit Maastricht

Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences.

[www.maastrichtuniversity.nl](http://www.maastrichtuniversity.nl)

© 2024 Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van de auteurs en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Inhoud

<b>Abstract</b>	<b>4</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>6</b>
Achtergrond en aanleiding	6
Doel en onderzoeksvragen	7
Activiteiten	7
<b>2. Deelonderzoek 1: Definiëring praktijkvariatie en factoren</b>	<b>9</b>
2.1 Onderzoeksvragen deelonderzoek 1	9
2.2 Methoden deelonderzoek 1	9
2.2.1 Literatuurstudie	9
2.2.2 Raadplegen van experts	9
2.2.3 Delphi studie	10
2.3 Resultaten deelonderzoek 1	10
2.3.1 Literatuurstudie	10
2.3.2 Raadplegen van experts	11
2.3.3 Delphi studie	11
2.4 Conclusies deelonderzoek 1	12
<b>3. Deelonderzoek 2: Aard en omvang praktijkvariatie</b>	<b>13</b>
3.1 Doelstelling deelonderzoek 2	13
3.2 Methoden deelonderzoek 2	13
3.2.1 Dossieronderzoek met aanvullende vragenlijsten	13
3.2.2 Focusgroepen	16
3.2.3 Think-aloud studie	16
3.3 Resultaten deelonderzoek 2	17
3.3.1 Resultaten onderzoeksvraag 1	17
3.3.2 Resultaten onderzoeksvraag 2	20
3.3.3 Resultaten focusgroepen	21
3.3.4 Resultaten Think-aloud studie	21
3.4 Conclusies deelonderzoek 2	25
<b>4. Deelonderzoek 3: Verbeteracties en passende interventies</b>	<b>27</b>
4.1 Vraagstellingen deelonderzoek 3	27
4.2 Methoden deelonderzoek 3	27
4.2.1 Methoden vraagstelling 1	27
4.2.2 Methoden vraagstelling 2	28
4.3 Resultaten deelonderzoek 3	28
4.3.1 Resultaten vraagstelling 1	28
4.3.2 Resultaten vraagstelling 2	29
4.4 Conclusies deelonderzoek 3	30
<b>5. Aanbevelingen</b>	<b>31</b>
5.1 Aanbevelingen op microniveau	31
5.2 Aanbevelingen op mesoniveau	32
5.3 Aanbevelingen op macroniveau	33
<b>6. Opbrengsten, kennisoverdracht en implementatie</b>	<b>34</b>

## Abstract

### Achtergrond en aanleiding

Een eenduidige en goede indicatiestelling door wijkverpleegkundigen wordt als essentieel gezien voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Er zijn echter signalen dat wijkverpleegkundigen verschillende zorg indiceren bij 'vergelijkbare' cliënten. De aard, omvang en oorzaken van deze praktijkvariatie zijn nog niet bekend. In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022 werd onderzoek hierop als noodzakelijk gezien.

### Doel en onderzoeksvragen

Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen: Deel 1 had als doel praktijkvariatie in de indicatiestelling voor wijkverpleging te definiëren. Het doel van deel 2 was het onderzoeken van de omvang, aard en type praktijkvariatie, terwijl in deel 3 beoogd werd de verbeteracties en interventies te onderzoeken om de uniformiteit van de indicatiestelling voor wijkverpleging te verbeteren. Daarbij werden de volgende onderzoeksvragen gehanteerd:

- Deel 1: Wat verstaan we onder praktijkvariatie? Hoe kunnen we praktijkvariatie verklaren en wanneer is deze ongewenst? Welke factoren zijn mogelijk van invloed op praktijkvariatie in het algemeen, en meer specifiek bij de indicatiestelling in de wijkverpleegkundige praktijk in Nederland?
- Deel 2: Wat is de aard en omvang van de praktijkvariatie (op micro- en mesoniveau) bij de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige? In hoeverre voldoen indicierend wijkverpleegkundigen aan de zes normen uit het normenkader indiceren en organiseren van zorg?
- Deel 3: Voldoet het normenkader 'indiceren en organiseren van zorg in de eigen omgeving' of dient het normenkader geactualiseerd te worden? Welke interventies zijn nodig om de kwaliteit en uniformiteit van de indicatiestelling te verbeteren?

### Methoden

In deelonderzoek 1 werden achtereenvolgend drie deelstudies uitgevoerd: 1) een literatuurstudie, 2) raadplegen van experts, en 3) een Delphi studie. In deelonderzoek 2 werd gebruikgemaakt van 1) dossieronderzoek met aanvullende vragenlijsten, 2) focusgroepen, en 3) een Think-aloud studie. In deelonderzoek 3 werden achtereenvolgend 1) een survey studie, 2) interviews en 3) twee focusgroepen studies gehanteerd.

### Resultaten

In deelonderzoek 1 zijn er 59 relevante factoren, verdeeld over 4 categorieën, gevonden die van invloed kunnen zijn op variatie in de indicatiestelling. Tevens zijn er drie definities opgesteld over praktijkvariatie, gewenste praktijkvariatie en ongewenste praktijkvariatie.

In deelonderzoek 2 is gewenste variatie in de indicatiestelling gevonden door de factoren 'functionele status' en/of 'doelgroep palliatief-terminaal' die van invloed waren op de geïndiceerde en geleverde minuten. Verder kwam naar voren dat de omvang van indicaties varieert tussen 1 uur en 9 uur en 20 minuten per week en de duur van 3 weken tot onbepaalde tijd zorg. Het gebruik van classificatie lijkt geen verschil te maken. Ook in het type zorg die ingezet wordt is variatie zichtbaar. Met name organisatie factoren lijken bij de indicatiestelling ongewenst van invloed te zijn.

In deelonderzoek 3 bleek dat het normenkader voor 'indiceren en organiseren van zorg in de eigen omgeving' vaak onvoldoende bekend is en organisaties eigen richtlijnen voor het indiceren lijken te maken. Wijkverpleegkundigen hebben verder behoefte aan dezelfde basiskennis en het uitwisselen en samenwerken met elkaar. Er is geen behoefte aan nieuwe interventies, wel aan het verbeteren van bestaande interventies en hulpmiddelen.

### Conclusies

Uit de verschillende deelstudies kan worden geconcludeerd dat er aanzienlijke variatie bestaat, zowel wat betreft de dossiervorming als de omvang, duur en aard van de zorg. Dit geldt tevens voor de wijze waarop organisaties en wijkverpleegkundigen het normenkader toepassen bij de indicatiestelling en in de richtlijnen voor het invullen van de ECD's. Scholing, intercollegiale toetsing en intervisie kunnen bijdragen aan meer uniformiteit in de indicatiestelling. Verbeteringen moeten gericht zijn op implementatie en toepassing van deze interventies.

## 1. Inleiding

### **Achtergrond een aanleiding**

De overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2015 heeft grote impact gehad op de (her-)positionering van de wijkverpleegkundige. Sindsdien is de indicatiestelling voor zorg thuis, van oudsher een kerntaak van wijkverpleegkundigen, weer belegd bij de beroepsgroep. Wijkverpleegkundigen hebben hierdoor meer professionele ruimte en autonomie gekregen en zijn regievoerder op het gebied van verzorging en verpleging thuis. Goede kwaliteit van zorg thuis valt of staat met een goede indicatiestelling. De indicatiestelling bepaalt welke zorg (type, tijd en duur) noodzakelijk is op basis van de zorgvraag, context en zorgbehoefte van de cliënt. Daarmee is de indicatiestelling een belangrijk instrument voor de beroepsgroep om het handelen transparant te maken en de ingezette zorg te onderbouwen (V&VN, 2018). In de voorbereiding van de overheveling van de wijkverpleging van AWBZ naar de Zvw is door de beroepsgroep, in samenwerking met andere belanghebbenden, het document 'normen voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' opgesteld (V&VN, 2014). Het is een richtinggevend kader met momenteel zes normen en geeft o.a. weer waaraan de indicatiestelling als onderdeel van het verpleegkundig proces aan moet voldoen. Echter, partijen van het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022 hebben geconstateerd dat er in een aantal situaties in de praktijk, mogelijk sprake is van onverklaarde en ongewenste praktijkvariatie.

Praktijkvariatie wordt in het algemeen gedefinieerd als "de mate waarin zorgaanbieders verschillen in de frequentie waarmee en/of wijze waarop zorg wordt geboden aan patiënten met vergelijkbare zorgproblemen" (Kievit et al., 2015). Zorg is maatwerk en zal derhalve vaak verschillen van cliënt tot cliënt. Wanneer de zorgindicatie inspeelt op deze cliënt gerelateerde factoren, context en behoefte, en onderbouwd is door de professional vanuit de meest recente kennis en wetenschap is praktijkvariatie niet ongewenst. Zo kan het voorkomen dat in de praktijk twee cliënten die net uit het ziekenhuis komen met een vraag rondom de verzorging van een suprapubisch katheter een heel andere indicatie krijgen, omdat in de ene situatie een mantelzorger betrokken is die veel taken kan overnemen, terwijl er in de andere situatie geen netwerk blijkt te zijn. In deze casus is de praktijkvariatie wenselijk. De variatie is het resultaat van cliëntgerichte zorg en kan in deze situatie verklaard worden door cliënt en/of omgevingsfactoren van de cliënt. Variatie is dus niet eenduidig 'slecht'. Variatie is gewenst als deze verklaard wordt door het type of de ernst van de ziekte of de voorkeuren van de patiënt (Wennberg, 2002). In alle andere gevallen is praktijkvariatie ongewenst. Volgens Wennberg (2002), vereist elk type van zorg een andere aanpak om ongewenste variatie tegen te gaan. Grote variatie kan dus ook in de wijkverpleging betekenen dat een deel van de zorg ondoelmatig is: sommige cliënten wordt te veel zorg aangeboden (Buijs en Van Busschbach, 2002), terwijl een ander deel van de cliënten te weinig zorg aangeboden krijgt. Ook zegt variatie iets over gelijke toegang tot zorg: 'dezelfde' cliënten krijgen verschillende hoeveelheden en typen zorg toegewezen (Buijs en Van Busschbach, 2002).

Praktijkvariatie is als fenomeen bij medisch specialisten uitvoerig beschreven in de wetenschappelijke literatuur (Wennberg, 2010; Corallo et al., 2014; Paul-Shaheen et al., 1987). Uit dat onderzoek blijkt dat zowel factoren op het niveau van de arts, als op het niveau van de omgeving waarin de arts werkt van invloed zijn op medisch handelen, en dus op variatie (De Jong, 2008). Op het niveau van de arts is

het idee dat variatie wordt veroorzaakt door verschillen tussen artsen in hun voorkeuren met betrekking tot bepaalde behandelingen. Het idee is dat artsen verschillende behandelingen toepassen, omdat ze hebben geleerd om deze anders te waarderen. Westert en Groenewegen (1999) redeneerden dat het de sociale context is die van invloed is op het handelen van artsen. Lokale omstandigheden of sociale voorwaarden beïnvloeden het gedrag van artsen door het bieden van zowel kansen als beperkingen. De rol van deze sociale context, cultuur, normen en regelgeving, op het handelen van artsen is empirisch bevestigd (De Jong, 2008). Tot slot laat onderzoek zien dat de betrokkenheid van patiënten in de medische besluitvorming van invloed is op de beslissing, en dus op praktijkvariatie (Brabers, 2018).

Op basis van het bovenstaand eerder onderzoek in de medisch specialistische zorg, kunnen we hypothetiseren dat factoren op het niveau van de cliënt, de wijkverpleegkundige, het team en de organisatie waarin de wijkverpleegkundige werkt (micro, meso, macroniveau) een rol spelen in de indicatiestelling. De indicatiestelling is gericht op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van zowel cliënt als cliëntensysteem: er wordt gekeken wat cliënten zelf kunnen doen en wat van hun omgeving verwacht kan worden (mantelzorg/familie/sociale steunsysteem). Op het niveau van de wijkverpleegkundige, kan worden geredeneerd dat voorkeuren en ervaringen van invloed kunnen zijn op de keuzes die wijkverpleegkundigen maken. Op het niveau van de organisatie kan het ontbreken van randvoorwaarden om een goede indicatie te bevorderen (tijd, deskundigheidsbevordering) invloed hebben op de werkwijze en indicatiestelling van wijkverpleegkundigen. Er is echter relatief weinig onderzoek gedaan naar praktijkvariatie in de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen.

### ***Doel en onderzoeksvragen***

Doel van dit onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de aard, omvang en oorzaken van de ongewenste praktijkvariatie in de wijkverpleging en het vaststellen van passende maatregelen om ongewenste praktijkvariatie te reduceren en de kwaliteit van de indicatiestelling te verbeteren. Uiteindelijk zal daarmee de kwaliteit van zorg voor thuiswonende cliënten verbeteren. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek is toegewerkt naar praktische aanbevelingen om de deskundigheid indicatiestelling te verbeteren en ongewenste variatie te reduceren.

Deze eindrapportage geeft antwoord op de vragen van de drie deelonderzoeken die werden uitgevoerd van 2021 tot en met 2023. Deelonderzoek 1 richtte zich op de definiëring van praktijkvariatie (projectleiding Nivel) en de factoren die mogelijk van invloed zijn op de praktijkvariatie. Deelonderzoek 2 (onder projectleiding van Universiteit Maastricht - UM) richtte zich op de aard en omvang van de praktijkvariatie en onderzocht in hoeverre indicierend wijkverpleegkundige voldoen aan het normenkader. Vervolgens is in deelonderzoek 3 gekeken naar passende interventies om te komen tot reductie van de ongewenste praktijkvariatie (onder projectleiding van Hogeschool Utrecht - HU). Op basis van de uitkomsten van het onderzoek is toegewerkt naar aanbevelingen om de deskundigheid van huidige en toekomstige wijkverpleegkundigen en daarmee de kwaliteit van de indicatiestelling voor thuiswonende cliënten te verbeteren.

In deze rapportage wordt per deelonderzoek doelstellingen, methode, resultaten en aanbevelingen weergegeven aan de hand van de deelonderzoeken en de daarbij behorende onderzoeksvragen.

## Activiteiten

Tabel 1 geeft een overzicht van de uitgevoerde deelonderzoeken en het bijbehorende tijdsplan.

Tabel 1. Tijdsplanning activiteiten binnen de verschillende deelstudies

Fase	Activiteit	Doel	Status	Tijdsplan oorspronkelijk	Tijdsplan aangepast
Deelonderzoek 1: Definiëring van praktijkvariatie	Literatuur onderzoek, Casuïstiek van Zorgverzekeraars Nederland, expertmeeting en Delphi studie	Theoretische onderbouwing van praktijkvariatie en inzicht krijgen in welke factoren van invloed zijn op de indicatiestelling wijkverpleging.	Afgerond	01/2020 – 09/2020	04/2020 – 03/2021
Deelonderzoek 2: Aard en omvang praktijkvariatie	Dossieronderzoek en aanvullende vragenlijsten	Aard en omvang van variatie in kaart brengen	Afgerond	06/2020 – 05/2021	04/2021 - 06/2022
	Analyse bestaande datasets a.d.h.v. factoren	Aard en omvang van variatie in kaart brengen	Afgerond	06/2020 – 05/2021	01/2023 - 06/2023
	Extra activiteit: Focusgroepen dossieronderzoek	Redenen voor grote aantal missende waarde in kaart brengen	Afgerond		10/2022 - 12/2022
	Extra activiteit: Think aloud interviews	Besluitvormingsproces en beïnvloedende factoren bij indicatiestelling in kaart brengen	Afgerond		12/2022 – 06/2023
Deelonderzoek 3: Passende interventies	Extra activiteit: survey verbeteracties / Vragenlijstonderzoek	Inventariseren van verbeteracties die organisaties inzetten	Afgerond		01/2021 - 04/2021
	Expertmeeting – vervangen door uitgebreidere focusgroepen en behoefteanalyse	Behoeftte van wijkverpleegkundigen om de indicatiestelling te verbeteren in kaart te brengen. Evaluatie van het normenkader	Afgerond	03/2022 - 05/2022	12/2022 – 06/2023
	Interventieontwerp		Geen interventieontwerp op basis van de uitkomsten van de behoefteanalyse	06/2022 – 12/2022	n.v.t.
	Pilot – vervangen door vier focusgroepen op basis van de uitkomsten van de behoefteanalyse	Inventariseren van werkwijzen die organisaties inzetten om problemen aan te pakken die we in het onderzoek zijn tegengekomen	Afgerond	06/2022 – 12/2022	07/2023- 12/2023



## 2. Deelonderzoek 1: Definiëring praktijkvariatie en factoren

### 2.1 Onderzoeksvragen deelonderzoek 1

Deelonderzoek 1, richtte zich op de theoretische onderbouwing van het begrip praktijkvariatie bij de indicatiestelling. Daarbij stonden onderstaande vragen centraal:

- *Wat verstaan we onder praktijkvariatie? Hoe kunnen we praktijkvariatie verklaren en wanneer is deze ongewenst?*
- *Welke factoren zijn mogelijk van invloed op praktijkvariatie in het algemeen, en meer specifiek bij de indicatiestelling in de wijkverpleegkundige praktijk in Nederland?*
- *Hoe kijken de verschillende betrokken partijen aan tegen praktijkvariatie?*

### 2.2 Methoden deelonderzoek 1

Voor de beantwoording van bovenstaande vraagstellingen werden achtereenvolgens drie deelstudies uitgevoerd: 1) een literatuurstudie 2) raadplegen van experts en 3) Delphi studie. Deze zijn uitgevoerd in de periode april 2020 tot en met maart 2021. De literatuurstudie had als doel factoren te verzamelen uit de internationale literatuur die mogelijk van invloed zijn op praktijkvariatie, en specifiek voor praktijkvariatie bij de indicatiestelling. Tijdens de expertmeeting zijn de factoren uit de literatuurstudie zijn voorgelegd aan een groep experts o.a. om te kijken of er nog factoren misten. Tot slot had de Delphi-studie als doel om consensus te vinden over de definiëring van praktijkvariatie in de indicatiestelling van de wijkverpleging en wanneer deze gewenst en ongewenst is. Hieronder geven we een korte beschrijving van de methode, resultaten en conclusie van de verschillende studies vallend onder deelonderzoek 1. Voor een uitgebreide beschrijving zie [link](#).

#### 2.2.1 Literatuurstudie

Er zijn twee zoekstrategieën opgesteld om inzicht te krijgen in de internationale literatuur. Een breed georiënteerde zoekstrategie gericht op praktijkvariatie in het algemeen en een smalle zoekstrategie gericht op variatie in de indicatiestelling in de wijkverpleging. Beide zoekstrategieën zijn in PubMed uitgevoerd. De brede zoekstrategie leverde 4.053 artikelen op; de smalle zoekstrategie 65 artikelen. Na het screenen van titel, abstract en volledige tekst bleven er 325 respectievelijk 10 artikelen over. Voor deze artikelen is een data extractie formulier ingevuld om zo inzicht te krijgen in factoren die een rol spelen bij praktijkvariatie. Vervolgens zijn de gevonden factoren ingedeeld naar micro- (individuele zorgverlener), meso- (team en organisatie) en macroniveau (regionaal en nationaal). Aan de patiënt/cliënt kant zijn de factoren ingedeeld naar micro- (individuele patiënt/cliënt) en mesoniveau (sociale omgeving van de patiënt/cliënt).

#### 2.2.2 Raadplegen van experts

Om de gevonden factoren uit de literatuur te vervolledigen en toe te spitsen op de wijkverpleegkundige context is een aantal stappen doorlopen. Allereerst is er een online expertmeeting gehouden om inzicht te krijgen in de relevantie en volledigheid van de factoren die in de literatuur werden gevonden. De groep experts bestond uit wijkverpleegkundigen die in de dagelijkse praktijk indiceren of anderszins betrokken waren in dit proces. Tijdens de expertmeeting

werd allereerst kort het doel van het onderzoek naar praktijkvariatie toegelicht. Vervolgens werden de resultaten van het literatuuronderzoek gepresenteerd. De factoren werden toegelicht waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen de factoren op micro, meso en macroniveau. Daarna werden de deelnemers gevraagd naar hun visie ten aanzien van praktijkvariatie en of zij de gepresenteerde factoren van invloed op praktijkvariatie herkenden binnen de indicatiestelling in de wijkverpleging. Deelnemers aan de expertmeeting werden tevens uitgenodigd om eventueel missende factoren te benoemen en daarmee de lijst te vervolledigen. Vervolgens is casuïstiek van Zorgverzekeraars Nederland gebruikt om de factoren aan te vullen. Het betroffen geanonimiseerde machtigingsaanvragen/cliëntcases van verzekeraars. In totaal zijn vijf cases, zorgvuldig gescreend door een van de onderzoekers op de aanwezigheid van factoren die mogelijk een rol spelen bij praktijkvariatie in indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Tot slot is in een schriftelijke raadpleging de lijst van factoren, die ontstaan is uit de literatuurstudie, expertmeeting en casuïstiek als laatste check op volledigheid voorgelegd aan een groep van experts in een schriftelijke online feedbackronde. Voor elke factor werd gevraagd naar de relevantie (ja, nee, weet niet) en er was per factor ruimte voor aanvullende opmerkingen. Een overzicht van factoren uit literatuur en expertmeeting is te vinden via deze [link](#), zie pagina 7 – 13 voor een uitgebreide beschrijving.

### 2.2.3 Delphi studie

De Delphi studie bestond uit twee onderdelen: 1) consensus bereiken over de definities van praktijkvariatie en 2) consensus bereiken over de factoren die (mogelijk) van invloed zijn op praktijkvariatie. Delphistudies zijn erop gericht om consensus te bereiken binnen een groep deskundigen met een gevarieerde achtergrond. De Delphitechniek is een geaccepteerde wetenschappelijke methode om de kennis en meningen van experts over een bepaald onderwerp op een open en zo objectief mogelijke manier te verzamelen (Diamond et al., 2014; Hsu, 2007). De voorgestelde definities zijn in drie Delphi rondes voorgelegd aan experts; de set factoren zijn in twee rondes voorgelegd. De expert groep bestond uit wijkverpleegkundigen, cliëntvertegenwoordigers, overheid, V&VN, onderwijs en verzekeraars. Voor de Delphi rondes werd gebruikt gemaakt van een online enquête. Consensus werd bereikt wanneer er minimaal 70% overeenstemming was. In het Delphi onderzoek deden in de eerste ronde 45 experts mee, in de tweede ronde 39 en in de laatste ronde deden 32 experts mee.

## 2.3 Resultaten deelonderzoek 1

### 2.3.1 Literatuurstudie

Alle in de literatuur gevonden factoren die mogelijk van invloed zijn op variatie zijn gecategoriseerd op micro-, meso- en macroniveau aan de kant van de zorgverlener en op micro- en mesoniveau aan de kant van de patiënt/cliënt. De 325 artikelen die zijn geïncludeerd bij de brede zoekstrategie leverde veel verschillende mogelijke factoren van praktijkvariatie op. Sommige factoren die van invloed zijn op variatie kunnen op meerdere niveaus een rol spelen. Bijvoorbeeld met betrekking tot de beschikbaarheid van bewijs van de effectiviteit van een behandeling. Zo kan op macroniveau (nationaal/regionaal) het gebrek aan bewijs een rol spelen in de variatie en op microniveau (individuele zorgverlener) het vertrouwen op eigen ervaringen in plaats van op het beschikbare bewijs. Dit geldt ook voor richtlijnen. Waar op macroniveau de beschikbaarheid van een richtlijn een rol kan spelen in

de variatie, kan op microniveau het niet opvolgen van richtlijnen een verklaring zijn voor variatie. Ook factoren op het gebied van ‘aanbod’ spelen een rol, zoals de beschikbaarheid van middelen (zowel qua technologie als qua personeel), de mogelijkheden die er zijn voor substitutie, en het aantal zorgverleners in een regio (local doctor density). Op mesoniveau spelen ook de normen binnen een team of organisatie een rol. Zo laat de literatuur zien dat in een team andere beslissingen worden genomen dan individueel, dat er sprake kan zijn van ‘follow the leader’ en de invloed van opleiders. Ook sociale normen (doen wat collega’s doen) kunnen van invloed zijn op praktijkvariatie. De middelen binnen het team of de organisatie spelen eveneens een rol. Bijvoorbeeld de teamsamenstelling en de ervaring van het team, maar ook de kennis en vaardigheden van de individuen binnen het team. Aan de patiëntkant kunnen de preferenties van zowel patiënten (microniveau) als hun sociale context (mesoniveau) een rol spelen, maar ook middelen van de patiënt kunnen een verklaring zijn voor variatie (bijv. kan een patiënt de zorg betalen).

Ook de smalle zoekstrategie leverde verschillende factoren op. Een deel van de factoren komt overeen met de factoren gevonden in de brede zoekstrategie, bijv. de ervaring van de zorgverlener die een rol speelt. Ook het gebrek aan richtlijnen en best practices wordt genoemd. Er zijn wat verschillen qua factoren die gevonden werden ten opzichte van de brede zoekstrategie. Bijvoorbeeld de rol van de partner en het sociale netwerk kwam bij de smalle zoekstrategie vaker naar voren als relevante factor. Ook de werkdruk, en het feit dat tijd een middel is, kwam bij de smalle zoekstrategie expliciet naar voren. Tot slot noemden twee artikelen het anders interpreteren van classificatiesystemen (OASIS en OMAHA) om zorg te indiceren door verpleegkundigen als mogelijke factor voor verschillen in indicatiestelling.

### 2.3.2 Raadplegen van experts

De literatuurstudie gaf een overzicht van 84 factoren, waarna uit de expertmeeting en de casuïstiek nog eens 51 factoren gevonden werden. Na het verwijderen van de dubbele factoren bleven in totaal 97 factoren over. Voorafgaand aan de Delphi studie, zijn deze factoren beoordeeld door de onderzoekers op bruikbaarheid, precieze formulering, overlap en relevantie in verschillende sparringssessies. Uiteindelijk bleven 58 relevante factoren, verdeeld over 4 categorieën; 1) de persoonlijke en gezondheid gerelateerde factoren van de cliënt, 2) de context gerelateerde factoren van de cliënt, 3) de persoonlijke factoren van de wijkverpleegkundige en 4) de context gerelateerde factoren van de wijkverpleegkundige. Deze 58 factoren zijn meegenomen in de Delphi studie, welke als doel had om de begrippen praktijkvariatie, gewenste en ongewenste praktijkvariatie te definiëren en de factoren die van invloed zijn op gewenste en ongewenste praktijkvariatie bij indicatiestelling in de wijkverpleging te specificeren.

### 2.3.3 Delphi studie

Er was na ronde drie consensus over de definities van praktijkvariatie (100%), ongewenste (90.7%) en gewenste (87.6%) praktijkvariatie. De definitie praktijkvariatie luidt: *Variatie in de indicatiestelling is de mate waarin wijkverpleegkundigen verschillen in de aard, omvang en duur van de zorg die zij indiceren bij cliënten in een vergelijkbare context (100% consensus)*. De definitie van gewenste praktijkvariatie luidt: *Variatie in de indicatiestelling is gewenst als deze wordt veroorzaakt door kenmerken, context en voorkeuren van de cliënt met betrekking tot het behalen van doelen die in een*

*professioneel onderbouwd besluitvormingsproces meegewogen worden door de wijkverpleegkundige (90,63% consensus). De definitie van ongewenste praktijkvariatie is: Variatie in de indicatiestelling is ongewenst als deze niet wordt veroorzaakt door kenmerken, context en voorkeuren van de cliënt met betrekking tot het behalen van doelen die in een professioneel onderbouwd besluitvormingsproces meegewogen worden door de wijkverpleegkundige (87,5% consensus).*

Na afronding van de Delphi studie met de beoordeling van de experts bleven 59 factoren van invloed over verdeeld over vier categorieën, micro en meso niveau van de cliënt en micro en meso niveau van de wijkverpleegkundige. De experts concludeerden dat twee factoren, te weten het geslacht van de cliënt en het geslacht van de wijkverpleegkundigen, geen invloed hadden op de indicatiestelling. Daarnaast identificeerden zij drie additionele factoren die zij als ontbrekend beschouwden en aanvulden aan de lijst, namelijk de invloed van de zorgverzekeraar, de financiële motivatie van de organisatie, en de woonomstandigheden van de cliënt (raadpleeg pagina 11 van de uitgebreide beschrijving). Er werd bij 23 factoren een consensus van 70-100% bereikt over de wijze waarop ze de indicatiestelling beïnvloeden. Met name bij cliënt factoren (zowel persoonsgebonden en gezondheid gerelateerd als omgeving) was een grote mate van consensus, waarvan de meeste factoren volgens de deelnemers gewenst van invloed zijn. Over de persoonsgebonden en omgeving factoren van de wijkverpleegkundige was minder consensus aanwezig over hoe alle factoren binnen deze categorie van invloed zijn op de indicatiestelling. De factoren die het meest ongewenst van invloed zijn op de indicatiestelling worden gevonden in de context van de wijkverpleegkundige. Zie voor een overzicht van de factoren verdeeld over de categorieën pagina 12 – 14 in de uitgebreide beschrijving ([link](#)) en de publicatie van [Van Dorst et al., 2023](#) in Journal of Advanced Nursing.

## **2.4 Conclusies deelonderzoek 1**

Deze literatuurstudie, expertmeeting en Delphi studie vormden samen de eerste stap in het onderzoek naar praktijkvariatie. Op basis van de verschillende studies binnen deelonderzoek 1 zijn definities van praktijkvariatie, ongewenste en gewenste praktijkvariatie in de indicatiestelling vastgesteld. Ook is inzicht gekregen in factoren die ongewenst, dan wel gewenst, van invloed zijn op de wijkverpleging. Met de verkregen inzichten uit deelonderzoek 1 kan het theoretisch model verder worden uitgewerkt voor de indicatiestelling in de wijkverpleging. Een uitgewerkt theoretisch model maakt het mogelijk om systematisch hypothesen te toetsen en om in de analyse onderscheid te maken tussen de verschillende niveaus waarop variatie zichtbaar wordt.

De volgende stap was deelonderzoek 2. Deelonderzoek 2 richtte zich op het in kaart brengen van de aard en de omvang van de variatie in de indicatiestelling, waarbij we de definities van praktijkvariatie uit deelonderzoek 1 hanteerden. Daarnaast is gekeken of de in deelonderzoek 1 gevonden factoren waarvan persoonlijke factoren van de cliënt (n = 14) en context factoren van de cliënt (n = 7) terug te vinden zijn in de cliëntendossiers. En of de persoonlijke wijkverpleegkundige factoren (n = 12) en de context factoren van de wijkverpleegkundigen (n = 26) van invloed zijn op de indicatiestelling.

### 3. Deelonderzoek 2: Aard en omvang praktijkvariatie

#### 3.1 Doelstelling deelonderzoek 2

Doel van deelonderzoek 2 was het verkrijgen van inzicht in de aard, omvang en oorzaken van de ongewenste praktijkvariatie in de wijkverpleging, waarbij volgende onderzoeksvragen leidend waren:

- *Wat is de aard en omvang van de praktijkvariatie (op micro- en mesoniveau) bij de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige?*
- *In hoeverre voldoen indicierend wijkverpleegkundigen aan de zes normen uit het normenkader indiceren en organiseren van zorg (zie Tekstbox 1)?*

*Textbox 1 Normen voor indiceren en organiseren van zorg in de eigen omgeving van de cliënt. V&VN, 2014.*

- 
1. Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie.
  2. Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een bachelor of master opgeleide verpleegkundige (tijdelijk ook door mbo-verpleegkundigen - zie onder).
  3. Indiceren en organiseren van zorg is gericht op versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem.
  4. Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces. De methode die verpleegkundigen daarbij hanteren is het klinisch redeneren.
  5. De verslaglegging voldoet aan de V&VN-richtlijn voor verslaglegging.
  6. De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN-standaard voor overdracht van zorg.
- 

#### 3.2 Methodes deelonderzoek 2

Voor de beantwoording van deze vraagstellingen zijn achtereenvolgens de volgende deelonderzoeken uitgevoerd: 1) dossieronderzoek met aanvullende vragenlijsten (wijkverpleegkundigen en organisatie), 2) focusgroepen, en 3) Think-aloud studie. Deze zijn uitgevoerd tussen april 2021 en juni 2023 (zie Tabel 1). De methode van deze onderdelen worden achtereenvolgens toegelicht.

##### 3.2.1 Dossieronderzoek met aanvullende vragenlijsten (wijkverpleegkundigen en organisatie).

Er werd een cross-sectioneel kwantitatief retrospectief onderzoek uitgevoerd. Gegevens werden verkregen door: a) gebruik van data uit de cliëntdossiers; b) dataextractieformulier (vragenlijst) afgenomen bij wijkverpleegkundigen en; c) dataextractieformulier (vragenlijst) afgenomen bij organisatievertegenwoordigers.

##### **Werving organisaties**

Organisaties werden benaderd voor deelname als zij verschillende type wijkverpleegkundige zorg bieden (zoals palliatieve thuiszorg of kinder thuiszorg) betaald uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). We streefden ernaar om tussen de 30 en 50 organisaties op te nemen. Er werd gestreefd naar variatie in grootte van organisatie, spreiding over Nederland en gecontracteerde/ on-gecontracteerde zorg. Via

de netwerken van zes universiteiten in verschillende delen van het land, via ActiZ en de beroepsvereniging V&VN, via de Zorgthuisnl en het netwerk van VWS werden organisaties geworven (juni 2021 tot december 2022). Voor het vinden van on-gecontracteerde partijen zijn organisaties benaderd via de samenwerkingsverbanden zoals Solo partners en Platform VMZ, maar ook individuele contacten van projectgroep leden zijn benaderd.

### ***Werving wijkverpleegkundigen***

Na registratie en ondertekening van dataoverdrachtovereenkomst en informed consentformulieren door organisatievertegenwoordigers zijn we de werving van wijkverpleegkundigen gestart. In de meeste organisaties werden eerste informatiebijeenkomsten georganiseerd waarna maximaal 25 willekeurige wijkverpleegkundigen van deze organisaties werden uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Een tweede en derde wervingsronde met willekeurige selectie werd uitgevoerd wanneer wijkverpleegkundigen weigerden deel te nemen en minder dan 20 wijkverpleegkundigen zich hadden aangemeld. Bij kleinere organisaties werden alle wijkverpleegkundigen uitgenodigd om deel te nemen.

### ***Werving cliënten***

De wijkverpleegkundigen die wilden deelnemen benaderden in totaal tussen de 5 en 10 cliënten waar ze recentelijk een indicatiestelling in de Zorgverzekeringswet hadden uitgevoerd voor deelname aan het onderzoek en het tekenen van een informed consentformulier voor data verzameling uit hun dossier. Zij werden in de cliënt werving ondersteund met een informatiefolder voor cliënten en een korte toelichting/ verduidelijking op het formele informed consentformulier.

### ***Data verzameling***

In de Delphi studie in deelonderzoek 1 werden 59 beïnvloedende factoren in totaal gedetecteerd die van belang werden geacht. Deze konden verdeeld worden over vier categorieën, twee die met de cliënt te maken hadden, waarvan 14 persoonlijke en gezondheid gerelateerde clip factoren en zeven cliënt context gerelateerde factoren. Twee categorieën hebben te maken met 12 persoonlijke wijkverpleegkundigen factoren en 26 wijkverpleegkundige context gerelateerde factoren. Daarnaast zijn de normen uit het normenkader (zie tekst box 1; V&VN, 2014) getoetst in het cliëntdossier.

### ***Data verzameling van organisaties***

De variabelen gerelateerd aan de 26 wijkverpleegkundige context gerelateerde factoren zijn opgenomen in een online data extractie formulier en digitaal verzonden aan de organisatievertegenwoordigers.

### ***Data verzameling wijkverpleegkundigen***

De variabelen gerelateerd aan de wijkverpleegkundige gerelateerde factoren werden in een online data extractie formulier opgenomen en digitaal verzonden aan de deelnemende wijkverpleegkundigen.

### ***Data verzameling cliënten***

Een dataextractie formulier in Excel werd gebruikt om variabelen te verzamelen gerelateerd aan 14 cliënt gerelateerde factoren en zeven cliënt context gerelateerde factoren. Naast variabelen die verband hielden met de beïnvloedende factoren, werden uit het cliënt dossier ook gegevens verzameld over het gebruik van het normenkader (V&VN, 2014). In vijf organisaties is deze data door

eigen wijkverpleegkundigen verzameld en bij 18 organisaties verzamelden 10 dataverzamelaars gegevens uit de dossiers. Om te zorgen voor een uniforme gegevensextractie werden dataverzamelaars geïnstrueerd voor aanvang van extractie van de data. Voorafgaand aan de dataverzameling is bij vijf verschillende organisaties een try-out uitgevoerd waarin de variabelen voorgelegd werden aan de organisatievertegenwoordiger of wijkverpleegkundige met de vraag of deze variabelen vindbaar zouden zijn in de cliënt dossier.

### ***Gemeten variabelen***

Er werden twee afhankelijke variabelen gedefinieerd om praktijkvariatie vast te stellen: aantal geïndiceerde minuten zorg per cliënt per week en het geleverde aantal minuten zorg per cliënt per week. De wekelijks geleverde minuten werden berekend gebaseerd op het gemiddelde over de laatste vier weken.

Variabelen verzameld op cliëntniveau waren: type indicatie, doelgroep, eigen regie en zelfredzaamheid, gezondheidsvaardigheden, wensen en voorkeuren, netwerkbeschikbaarheid, zorg door het netwerk, verwachtingen netwerk, betrokkenheid van andere disciplines, geschiedenis van zorggebruik, etniciteit of cultuur, leefomstandigheden, regio, leeftijd, functionele status het aantal medische diagnoses en het aantal verpleegkundigen diagnoses.

Variabelen op het niveau van de wijkverpleegkundige waren: geslacht, opleidingsniveau, professionele kennis, gespecialiseerde indicatie cursus, gebruik van technologieën, gebruik van richtlijnen, gevoel van vrijheid om te beoordelen, tijd om te beoordelen, invloeden tijdens de beoordeling, beïnvloeders, gevoel van verantwoordelijkheid, teamcompetenties, ervaren werkdruk, professionele houding, ervaren werkdruk team, zelfregulerend team, continuïteit in zorgverlening, zelf reflecterende vaardigheden, leeftijd, aantal jaren ervaring in de verpleging en aantal jaren ervaring wijkverpleging.

Variabelen op organisatieniveau waren: beschikbaarheid van richtlijnen, beschikbaarheid en verspreiding van wetenschappelijke kennis, ruimte voor professionele besluitvorming, geboden opleidingsmogelijkheden, aanbod van een indicatiecursus, beschikbaarheid van nieuwe technologieën, beschikbaarheid van zorg van gemeenten, beschikbaarheid van psychiatrische zorg, beschikbaarheid van verpleeghuiszorg, aanwezigheid van meerdere thuiszorgaanbieders, beschikbaarheid van wijkverpleegkundigen, wachtlijst voor cliëntenzorg, financiële drive organisatie (zorglevering zonder legitimatie), aanbod gestuurde organisatie, freelancers die indicaties doen, de organisatie heeft medewerkers in loondienst, gecentraliseerde organisatie, intervisie, intercollegiale toetsing, intercollegiaal consult, grootte van de organisatie, provincie van Nederland, gebruikt classificatiesysteem.

### ***Data-analyse***

We voerden eerst univariate beschrijvende statistieken uit voor alle variabelen. Voor numerieke variabelen werden gemiddelde en standaardafwijking berekend, voor categorische variabelen frequenties en percentages.

Variabelen die meer dan 10% ontbrekende waarden bevatten, werden uitgesloten van analyse omdat de meervoudige multiple imputaties geen optie was gezien de hoeveelheid data die werden verzameld in relatie tot het aantal missende waarden. We voerden een sensitiviteitsanalyse uit voor elke

afhankelijke variabele om te onderzoeken hoe organisaties met een hoog gemiddelde van zorgminuten de omvang en significantie van de onafhankelijke variabelen beïnvloedden.

We hanteerden een systematische procedure om te overwegen of een variabele in het uiteindelijke model moest worden opgenomen. De dossierdata werden geanalyseerd met behulp van Multi-levelanalyses vanwege de hiërarchische structuur van de geneste gegevens (cliënten, wijkverpleegkundigen, organisaties).

### 3.2.2 Focusgroepen

Uit de data van het dossier onderzoek is gebleken dat er veel variatie is in dossieropbouw en de beschikbare informatie. De dataverzamelaars hielden een logboek bij gedurende het dossieronderzoek waaruit naar voren is gekomen dat er veel missende waarde werden gesignaleerd. Daarnaast werd er gemeld dat data lastig te traceren waren in sommige organisaties en dat de kwaliteit van de gerapporteerde data verschilde tussen wijkverpleegkundigen. Om meer zicht te krijgen op de redenen van missende waarden en zicht te krijgen op de uniformiteit van de dataverzameling zijn een tweetal focusgroepen (n = 12 deelnemers) uitgevoerd met de dataverzamelaars die betrokken waren bij het dossieronderzoek.

### 3.2.3 Think-aloud studie

Aanleiding om de think-aloud studie op te zetten was:

- a. Uit de Delphi studie weten we dat praktijkvariatie gewenst is als deze veroorzaakt wordt door kenmerken, context en voorkeuren van de cliënt met betrekking tot het behalen van doelen die in een professioneel onderbouwd besluitvormingsproces meegewogen worden door de wijkverpleegkundige (Van Dorst et al., 2023).
- b. Een aantal cliëntfactoren hebben we niet kunnen toetsen, en een aantal daarvan zijn specifiek benoemd in het Normenkader indiceren en organiseren van zorg in de eigen omgeving van de cliënt (V&VN, 2014).
- c. Norm 4 van het normenkader stelt dat de indicatie tot stand komt door klinisch redeneren in het zorgproces en de klinische skills zijn belangrijk in met name de diagnostische fase van het zorgproces.
- d. Norm 3 spreekt over de zorginzet die gericht dient te zijn op behoud van eigen regie en gericht op het versterken van zelfredzaamheid van de cliënt.
- e. En norm 1 stelt dat de wijkverpleegkundigen indiceren vanuit professionele autonomie, dus onafhankelijk van invloeden van buitenaf.
- f. Het is van belang om de invloed van alle bovenstaande factoren op de indicatie inzichtelijk te maken omdat niet-gedocumenteerd nog niet wil zeggen dat ze niet meegewogen zijn in een professioneel besluit door de wijkverpleegkundigen conform de definitie van gewenste praktijkvariatie.

Om de invloed van deze cliëntfactoren te toetsen vanuit het perspectief van de wijkverpleegkundigen is besloten om aanvullend think-aloud interviews uit te voeren met als doel inzicht en helderheid te verkrijgen in hoe wijkverpleegkundigen tot een indicatiebesluit komen, welke overwegingen ze maken in hun (klinische) redeneren en te horen welke invloeden in dit besluitvormingsproces een rol spelen.



De vragen die centraal stonden waren:

- *Hoe doorlopen wijkverpleegkundigen het verpleegkundig proces?*
- *Welke klinische redeneer skills passen zij toe in het verpleegkundig proces?*
- *Welke invloeden spelen een rol in hun klinische besluitvorming (indicatiebesluit)?*

### ***De think-aloud methodiek***

In deze studie werd een cross-sectioneel kwalitatieve onderzoeksmethode opgezet waarin gebruik gemaakt werd van de think-aloud interview methode. Deze methode is een geschikte methode om inzicht te verkrijgen in de denkprocessen van de wijkverpleegkundigen bij het inschatten van de zorgbehoefte van een cliënt. Deze methode is door Ericsson en Simon ontwikkeld als 'een gelijktijdige verbalisatie van gedachten tijdens het uitvoeren van een taak' (Ericsson & Simon, 1993). Deze taak moet voldoende complex zijn om het zogenaamde denk-2 geheugen in werking te stellen. Denk-1 geheugen wordt ingezet bij opdrachten die opgepakt worden door het geautomatiseerde gedeelte van de hersenen en complexere taken doen dat niet waardoor inzicht verkregen wordt hoe het denkvermogen werkt. Indiceren van zorg is een complexe taak. Om saturatie van data te verkrijgen, verwachtten we vooraf dat 12 interviews voldoende zou zijn.

### ***Werving van wijkverpleegkundigen***

Negen verschillende organisaties werden benaderd met het verzoek om mee te doen in deze studie waarna geïnteresseerde wijkverpleegkundigen zich melden voor het plannen van een interview. De keuze van de organisaties was gebaseerd op omvang, classificatiegebruik, noord midden of zuiden van Nederland actief en wel of niet gecontracteerd.

### ***Data verzameling***

Voor het afnemen van het interview werden de wijkverpleegkundigen geïnformeerd over de werkwijze van het interview. Ze kregen allemaal dezelfde geprotocolleerde informatie voorafgaand aan het bekijken van een filmpje waarin een actrice een cliënt casus simuleert. Na het bekijken van het filmpje werden zij gevraagd om hardop denkend deze cliënt te indiceren. Dit indicatieproces werd na het verkrijgen van toestemming door de wijkverpleegkundigen opgenomen op band.

### ***Data-analyse***

Alle interviews zijn getranscribeerd en vervolgens volgens de think aloud protocol gesegmenteerd. Dat wil zeggen dat een zinsdeel een actie bevat waarin iets gedaan, gedacht of overwogen wordt. Deze segmenten in de interviews zijn vervolgens door twee onderzoekers apart van elkaar tweemaal deductief gecodeerd op basis van de twee aannames gebaseerd op de eerste twee onderzoeksvragen. In de eerste nemen we aan dat de wijkverpleegkundigen de fases van het zorgproces doorlopen en tot een indicatie komen. In de tweede nemen we aan dat ze 17 klinische redeneer skills toepassen. In de derde coderingsronde hebben de 2 onderzoekers inductief gecodeerd op aanwezigheid van beïnvloedende factoren uit de Delphi studie. Na de coderingen van alle interviews zijn de verschillen in de coderingen van beide onderzoekers vergeleken met elkaar en bediscussieerd tot er overeenstemming was. Voor de coderingen in de diagnosefase is nog een derde onderzoeker betrokken met een verpleegkundige achtergrond om na te gaan of de coderingen correct waren.

### 3.3 Resultaten van deelonderzoek 2

#### 3.3.1 Resultaten voor onderzoeksvraag 1

Onderzoeksvraag 1 was: *Wat is de aard en omvang van de praktijkvariatie (op micro- en mesoniveau) bij de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige?*

##### ***Beschrijvende resultaten uit het vragenlijst onderzoek voor wijkverpleegkundigen***

Van 493 wijkverpleegkundigen die gestart zijn met het invullen van de online vragenlijst hebben 237 wijkverpleegkundigen de vragenlijst volledig ingevuld. Hun gemiddelde leeftijd is 39,5 jaar en 94% is vrouw. De wijkverpleegkundigen hebben gemiddeld 10 jaar ervaring in de wijkverpleging. In het gebruik van classificatiesystemen zien we dat 64% Omaha gebruikt en 21% Nanda-NIC-NOC en 14% gemixte vormen of een andere classificatie. De verantwoordelijkheidsdruk is voor 73% van de deelgenomen wijkverpleegkundigen enigszins tot zeer belastend (27%). Daarnaast ervaart 82% werkdruk waarvan 41% in hoge mate. De meesten voelen zich wel vrij om te indiceren en 70% ervaart voldoende tijd. Van alle wijkverpleegkundigen heeft 25% geen aparte indicatiescholing gevolgd na afronden van de Hbo-v.

##### ***Beschrijvende resultaten uit het vragenlijst onderzoek voor organisatievertegenwoordigers***

In 17 van 28 organisaties is beleid geformuleerd op de ruimte voor professionele besluitvorming voor wijkverpleegkundigen. In vijf organisaties is onvoldoende aanbod van Wmo zorg in de regio, in 11 organisaties is ggz zorg ook onvoldoende aanwezig. Te weinig Wlz zorg speelt in 4 van 28 organisaties. De samenwerking tussen deze partijen wordt door 97% als redelijk tot goed ervaren. Van alle organisaties heeft ruim 67% in 2021 een zorgstop of een tijdelijke vermindering van zorg in moeten voeren. De helft van alle organisaties levert zorg ook als er nog geen legitimatie, dus onzekerheid voor betaling voor zorg aanwezig is. Ruim 60% is enigszins aanbod gestuurd en 18% in hoge mate of volledig. Vier organisaties werken (incidenteel) met ZZP'ers. In 81% van de organisaties wordt intercollegiale toetsing gedaan, in 50% intervisie en in 60% van de organisaties ook intercollegiaal consult. Bij 24 organisaties zijn meer dan 6 andere aanbieders van wijkverpleging aanwezig in de regio. Negen organisaties werken in het noorden van Nederland, zeven in het midden en tien in het zuiden van het land. Twee organisaties werken landelijk.

##### ***Resultaten op basis van de kwantitatieve data-analyses***

Uit 1615 dossiers is data geëxtraheerd, 493 wijkverpleegkundigen en 28 organisatievertegenwoordigers hebben een online vragenlijst ingevuld. Uiteindelijk hebben we van 28 organisaties de 199 wijkverpleegkundigen die cliëntdossiers hebben aangeleverd kunnen betrekken in de Multi-level analyse. De variabelen die in kaart zijn gebracht betroffen mogelijke beïnvloedende factoren (micro-, meso- en macroniveau op zowel zorgverlener, zorgvrager en organisatieniveau) die in het eerdere deelonderzoek 1 werden geïnventariseerd. Van 28 organisaties waren er 2 on-gecontracteerd en 1 gespecialiseerd in het bieden van kindzorg. De organisaties waren verspreid over Nederland actief.

Er is een Multi-levelanalyse uitgevoerd waarin gekeken is naar variatie in geïndiceerde en geleverde zorg in minuten per week. Er is variatie in de indicatiestelling gevonden. Deze variatie werd verklaard door de factoren 'functionele status' en/of 'doelgroep palliatief-terminaal' die van invloed waren op de geïndiceerde en geleverde minuten en is derhalve als gewenste variatie te duiden. Cliënten die

meer afhankelijk zijn van zorg krijgen 370 minuten meer zorg per week geïndiceerd en 259 minuten meer geleverd voor elke eenheid toename in zorgafhankelijkheid (op een schaal van 1-3; onafhankelijk tot helemaal afhankelijk). Op basis van de beschikbare dossierinformatie zijn er geen factoren aan te duiden die ongewenste variatie hebben veroorzaakt.

### ***Limitatie van dit onderzoek***

Er is veel tijd en moeite gestoken in de werving van organisaties. In juni 2021 zijn we gestart met de werving en deze liep tot januari 2023. We hebben daarin hulp ontvangen van de brancheorganisaties, verzekeraars en VWS-medewerkers. Er is gericht gezocht naar gespecialiseerde kindzorg organisaties en ZP organisaties. In juni 2022 waren 42 organisaties aangemeld om mee te doen in het onderzoek, maar een vakantie periode met Covid-19 problematiek heeft vele afmeldingen tot gevolg gehad. Veel organisaties vonden het extra werk in het ophalen van Informed consentformulieren door wijkverpleegkundigen van hun cliënten te veel gevraagd. Ondanks de vele effort in het werven van organisaties hebben uiteindelijk 28 organisaties deelgenomen en is daarmee de gewenste aantal organisaties (i.e. 30) niet behaald. Ondanks herhaalde en verschillende manieren om ZP'ers en on-gecontracteerde organisaties te rekruteren hebben er uiteindelijk slechts drie ZP organisaties, die volledig of incidenteel werken met ZP'ers, deelgenomen aan het dossieronderzoek. Een van deze organisaties bleek een behoorlijke uitschieter te zijn wat betreft de geïndiceerde en geleverde zorg in minuten per week. Deze afwijkende organisatie richtte zich met name op palliatieve zorgverlening. Daarnaast hebben we een groot deel van de mogelijke beïnvloedende factoren niet kunnen meenemen in de analyse omdat er te weinig informatie over beschreven stond in de dossiers. We hebben bovendien tussen alle organisaties zeer veel variatie in dossiervorming geobserveerd. Veel informatie m.b.t. de cliëntsituatie stond niet of onvoldoende beschreven. Het verpleegkundig proces was niet navolgbaar bij het proces van indiceren en de verslaglegging in dossiers verschilde per organisatie. Ook organisaties die hetzelfde classificatiesysteem hanteerden verschilden in de wijze van dossiervorming en rapportage van het zorgproces.

Er zijn daarnaast een aantal bevindingen die niet hard te maken zijn vanwege het kleine aantal deelnemende organisaties. De organisaties die (al dan niet incidenteel) werken met ZP'ers voor de indicatiestelling van wijkverpleging indiceren gemiddeld genomen 601 minuten meer dan organisaties die niet met ZP'ers werken. Na een sensitiviteitsanalyse bleek dit vooral veroorzaakt te worden door 1 on-gecontracteerde organisatie, een outlier. Toen we deze excludeerden uit de analyse, verdween dit resultaat.

Verder bleek dat een aantal cliënt factoren niet kon worden getoetst op hun beïnvloeding van de indicatiestelling, omdat ze niet goed beschreven waren of zo divers waren gedocumenteerd dat ze niet konden worden vergeleken met elkaar. Deze factoren konden dus niet gebruikt worden om gewenste of ongewenste variatie te verklaren. De factoren met missende waarden waren 'eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt', 'ethniciteit en cultuur', 'de regio waar de cliënt woont', 'de wensen en behoeften van de cliënt', 'het leervermogen van de cliënt', 'andere disciplines die betrokken zijn in de zorg voor de cliënt' en 'de woonsituatie van de cliënt is al dan niet aangepast'. Ook de factoren 'het aantal medische diagnoses' en 'het aantal verpleegkundige diagnoses opgenomen in het zorgplan' zijn onbetrouwbaar bevonden factoren gebleken na een eerste analyse van de data in het dossieronderzoek. Tijdens de data verzameling bleek dat bij sommige organisaties risico diagnoses wel vastgesteld worden, maar niet mee kunnen in het zorgplan binnen het elektronisch cliëntdossier (ECD) omdat het ondersteunend ICT-systeem dat niet toelaat. Ook ontdekten we dat bij een aantal

organisaties één aandachtsgebied (zorgprobleem) altijd opgenomen wordt in het zorgplan van de cliënt, omdat de wijkverpleegkundige daar de coördinatie tijd op kan schrijven ook als dit geen cliënt probleem is. We konden deze 2 cliënt gerelateerde factoren wel tellen, maar niet vergelijken tussen organisaties en dus geen variatie linken aan deze factoren. Zowel ICT-ondersteuning als de diverse toepassingen van classificaties spelen hierin een rol en zijn wijkverpleegkundige context factoren. Door de diverse wijzen waarop classificaties door wijkverpleegkundigen toegepast worden, de invloed van ICT-systemen in combinatie met een soort (on)geschreven regels binnen de organisaties kunnen we de invloed van deze factoren niet duiden.

### 3.3.2 Resultaten voor onderzoeksvraag 2

Onderzoeksvraag 2 was: *In hoeverre voldoen indicierend wijkverpleegkundigen aan de zes normen uit het normenkader indiceren en organiseren van zorg?* Hieronder zijn de resultaten per norm beschreven.

#### ***Resultaten op Norm 1 Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie van de verpleegkundige.***

Uit de beschrijvende analyses op de vragenlijsten voor wijkverpleegkundigen komt naar voren dat 90% zich in hoge mate of volledig vrij voelt om te indiceren wat nodig is voor de cliënten. 70% van de wijkverpleegkundigen ervaart voldoende tijd om te indiceren. 82% ervaart werkdruk waarvan 41% hoog tot zeer hoog. Ruim 58% voelt zich tijdens het indiceren weleens beïnvloedt door anderen, waaronder verwijzers, cliënten, collega's en zorgverzekeraars het meest benoemd worden, maar ook mantelzorgers en de werkgever worden benoemd als beïnvloeders.

#### ***Resultaten op Norm 2 Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een bachelor of master opgeleide wijkverpleegkundige.***

Voor het beantwoorden van deze vraag maken we gebruik van de gegevens van 199 wijkverpleegkundigen die ook dossiers hebben aangeleverd om de Multi-level analyse te kunnen doen. Van 199 wijkverpleegkundigen waren twee nog in opleiding maar 197 wijkverpleegkundigen hebben hun verpleegkundige bacheloropleiding afgerond.

#### ***Resultaten op Norm 3 Indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt en het systeem.***

Met betrekking tot het toetsen van deze norm konden we in de dossiers geen informatie vinden. Ook omtrent het betrekken van mantelzorgverlening was weinig informatie te vinden. Doelen zijn vaak niet aanwezig of niet SMART geformuleerd en dan weten we ook niet of ze samen met de cliënt geformuleerd zijn.

#### ***Resultaten op Norm 4 Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces.***

Bij 1615 dossiers uit 28 organisaties werd informatie gevonden over de fases van het zorgproces. De anamnese was in 1542 dossiers aanwezig, de diagnose in 1547, doelen in 1332, interventies in 1574 en evaluaties waren in 1216 dossiers vastgelegd. In 1429 dossiers was er een probleem geformuleerd, in 1176 dossiers was ook een etiologie aanwezig en in 1527 dossiers symptomen.

### ***Resultaten op Norm 5 De verslaglegging voldoet aan de richtlijn voor verslaglegging.<sup>1</sup>***

We hebben in de dossiers geobserveerd dat het formuleren van doelen bij bijna alle organisaties te wensen over laat. Van 1332 doelformuleringen waren veel doelen in termen van interventies beschreven. Als we kijken naar de SMART formulering dan zijn de meetbaarheid en de tijdgebonden component van dit concept het meest missend. De formulering was niet altijd specifiek (772) meetbaar (573) acceptabel (945) realistisch (897) tijdgebonden (605). Met name de componenten meetbaar en tijdgebonden ontbraken in de doelen die geformuleerd zijn.

### ***Resultaten op Norm 6 Verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN standaard voor overdracht van zorg.***

In bijna alle dossiers waren overdracht formulieren aanwezig van de partij die overdraagt. Vaak was er een overdracht formulier beschikbaar om in te vullen indien nodig. Er is in dit onderzoek niet gekeken naar de kwaliteit van de informatie in de overdracht.

### **3.3.3 Resultaten van de focusgroepen**

Tijdens de dataverzameling bleek dat er veel variatie was in dossieropbouw tussen organisaties en ook binnen organisaties. De beschikbare en gerapporteerde gegevens varieerden enorm. Dit is mede gebleken uit de door de data verzamelaars ingevulde logboeken. Om meer inzicht te krijgen in deze variatie in dossieropbouw en de ervaringen van de data verzamelaars zijn er in november en december 2022 focusgroepen gehouden met data verzamelaars die de data hadden verzameld om de opvallende zaken over de dossieropbouw op te halen. Data verzamelaars waren onderzoeksassistenten die voor het project werden ingezet en verpleegkundigen uit de deelnemende organisaties (n=13). De focusgroepen hadden mede als doel redenen van de grote aantallen missende data inzichtelijk te maken. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat dossieropbouw en rapportage sterk voor verbetering vatbaar is. Deelname aan het onderzoek als dataverzamelaar heeft de deelnemers bewust gemaakt van de mate van variatie tussen verpleegkundigen en organisaties.

### **3.3.4 Resultaten op basis van think-aloud interviews**

Er hebben 12 wijkverpleegkundigen van 9 verschillende zorgaanbieders van wijkverpleging in Nederland (i.e. twee uit het noorden, drie uit het midden en vier uit het zuiden) deelgenomen aan de think-aloud interviews. Van de wijkverpleegkundigen gebruikt de helft Nanda en de andere helft Omaha. On-gecontracteerde partijen wilden niet deelnemen aan dit onderzoek. Bij zes van de organisaties was één wijkverpleegkundige geïnterviewd, en van drie organisaties waren twee wijkverpleegkundigen geïnterviewd. De resultaten van de think-aloud studie worden verder weergegeven per onderzoeksvraag in deze studie.

### ***Vraag 1: hoe doorlopen wijkverpleegkundigen het verpleegkundig proces?***

We zien dat alle wijkverpleegkundigen alle fases van het zorgproces raken. Wel merken we op dat met name de diagnose en doelfase minder aan bod komen, zie tabel 2.

---

<sup>1</sup> Richtlijn voor verslaglegging: V&VN, 2011 <https://www.venvn.nl/media/mc0hkvyp/20111129-richtlijn-verslaglegging-8-sept-2011.pdf>

Tabel 2. Percentage van de tekstsegmenten wat refereert aan de fases van het verpleegkundig proces en aantal wijkverpleegkundigen

Verpleegkundig proces	% van de 1348 tekst-segmenten uit de interviews	Aantal wijkverpleegkundigen
Anamnese	32,6%	12
Interventies	21,6%	12
Evaluatie	18,1%	12
Indicatie	11,7%	12
Diagnose	10,7%	12
Doelen stellen	5%	11

**Vraag 2: welke klinische redeneer skills worden toegepast in het verpleegkundig proces?**

In deze analyse zien we dat van de 17 redeneer skills een aantal minder toegepast worden (zie tabel 3). De focus van de wijkverpleegkundigen lijkt bij het klinisch redeneren meer te liggen op het interveniëren en zorgplannen maken en minder op systematisch verzamelen van informatie en patronen herkennen aan de hand van het herkennen van abnormale signalen om gefundeerd tot diagnoses te komen die gericht zijn op het behalen van gezondheidsdoelen of identificeren van gezondheidsrisico's.

Tabel 3. Klinische redeneer competenties, toelichting en aantal wijkverpleegkundigen die deze competentie hebben toegepast en % gesegmenteerde referenties van het totaal. (Alfaro-Lefèvre, 2013).

Klinische redeneer competenties	Toelichting op de competentie	Aantal verpleegkundigen	% van de 1267 tekstsegmenten uit de interviews
Het bepalen van een alomvattend plan / het evalueren en bijwerken van het plan	Ervoor zorgen dat de prioritaire problemen en de bijbehorende uitkomsten en interventies worden vastgelegd in het patiëntendossier, waardoor het plan up-to-date blijft.	12	15.6%
Het bepalen van geïndividualiseerde interventies	Het identificeren van specifieke verpleegkundige acties die zijn afgestemd op de behoeften van de patiënt en zijn ontworpen om 1) problemen en risicofactoren te voorkomen, te beheersen en te elimineren; 2) de kans op ongewenste uitkomsten verkleinen en de kans op gewenste uitkomsten vergroten; en 3) het bevorderen van de gezondheid en onafhankelijkheid.	12	11%
Het maken van gevolgtrekkingen (het trekken van geldige conclusies)	Het vormen van meningen die logisch volgen op basis van aanwijzingen van de patiënt (subjectieve en objectieve gegevens).	11	10%
Evalueren en corrigeren van het denken (zelfregulerend)	Reflecteren op het denken met het oog op veiligheid en verbetering - bijvoorbeeld op zoek gaan naar fouten, beslissen of het denken gefocust is, helder en voldoende diepgang - en vervolgens bijsturen als dat nodig is.	12	9%
Aannames identificeren	Herkennen wanneer iets als vanzelfsprekend wordt beschouwd of als feit wordt gepresenteerd zonder ondersteunend bewijs.	12	9%
Identificeren van ontbrekende informatie	Identificeren van ontbrekende informatie Herkennen van lacunes in de collectie en zoeken naar informatie om de lacunes op te vullen.	11	8%
Diagnose stellen van feitelijke en potentiële problemen.	Ervoor zorgen dat de feitelijke en potentiële problemen van uw patiënt correct worden benoemd, op basis van bewijsmateriaal uit de gezondheidsbeoordeling en patiëntendossiers.	11	6%
Systematisch en alomvattend beoordelen	Een georganiseerde, systematische aanpak opsommen die uw vermogen vergroot om alle informatie te ontdekken die nodig is om iemands gezondheidsstatus volledig te begrijpen.	12	6%

Klinische redeneer competenties	Toelichting op de competentie	Aantal verpleegkundigen	% van de 1267 tekstsegmenten uit de interviews
Gerelateerde signalen	Gegevens samen groeperen op een manier dat u patronen en relaties tussen de gegevens kunt zien.	11	6%
Prioriteiten stellen	1) het maken van onderscheid tussen problemen die onmiddellijke actie vereisen en problemen die daaropvolgende actie vereisen, en 2) het beslissen welke problemen in het patiëntendossier moeten worden aangepakt.	9	4%
Nauwkeurigheid en betrouwbaarheid controleren	Meer gegevens verzamelen om te verifiëren of de informatie die u heeft verzameld juist en volledig is	6	4%
Bepalen van cliëntgerichte uitkomsten.	Beschrijven welke resultaten precies bij de patiënt zullen worden waargenomen om de verwachte voordelen van zorg op een bepaald moment aan te tonen.	9	3%
Onderscheid maken tussen normaal en abnormaal	Patiëntgegevens analyseren en beslissen wat binnen het normale bereik valt en wat buiten het gebruikelijke bereik voor normaliteit, en vervolgens beslissen of abnormale gegevens tekenen of symptomen van een specifiek probleem kunnen zijn.	9	2%
Onderscheid maken tussen relevant en irrelevant	Beslissen welke informatie relevant is voor het begrijpen van de betreffende situatie, en welke informatie niet relevant is.	4	1.5%
Patronen identificeren	Beslissen welke patronen van gezondheid, ziekte of functioneren worden aangegeven door patiëntgegevens.	9	1.5%
Inconsistenties herkennen.	Realiseren wanneer stukjes informatie elkaar tegenspreken	7	1%
Het bevorderen van de gezondheid door het identificeren en beheersen van risicofactoren.	Het maximaliseren van het welzijn door het detecteren en beheersen van factoren waarvan bewezen is dat ze bijdragen aan gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld een sedentaire levensstijl draagt bij aan veel gezondheidsproblemen).	9	1%

### **Vraag 3. Wat is van invloed op het klinische besluit van de wijkverpleegkundige?**

In de interviews komen bij meerdere wijkverpleegkundigen een aantal factoren die door de wijkverpleegkundigen benoemd worden (zie tabel 4). Er waren een aantal factoren die in de interviews naar voren kwamen die gewenste variatie lieten zien. De cliënt factoren 'eigen regie en zelfredzaamheid', 'wensen en voorkeuren van de cliënt', 'andere disciplines betrokken in de zorg' en de 'beschikbaarheid netwerk cliënt' worden door alle wijkverpleegkundigen meegewogen in de indicatiestelling. De factor 'andere disciplines betrokken in de zorg voor de cliënt' leidt niet altijd tot afname van geïndiceerde tijd omdat er tijd nodig is om de samenwerking te coördineren waar tijd voor geïndiceerd wordt. De factor 'Inzet technologische hulpmiddelen' heeft volgens de wijkverpleegkundigen tot gevolg dat er tijd bespaard kan worden op de inzet van zorgverleners, de termijn waarop het hulpmiddel ingezet wordt verschilt wel per wijkverpleegkundige.

Daarnaast bleek (de wisselwerking van) een aantal factoren ook ongewenste variatie te laten zien. De wijkverpleegkundige context gerelateerde factoren 'invloed van verzekeraars en 'inzet technologische hulpmiddelen' bleken in bijna alle interviews gerelateerd aan de indicatie die werd gesteld. In sommige organisaties wordt de inzet van technologische hulpmiddelen niet voorzien en soms is het zo dat er een standaard hoeveelheid minuten afgesproken is en gedeclareerd kan worden die tussen organisaties en verzekeraars verschilt in omvang. De cliëntgebonden factor 'de regio waar de cliënt woont' hangt samen met de wijkverpleegkundige context gerelateerde factor 'de beschikbaarheid van aanbieders van andere soorten zorg'. Als er bijvoorbeeld geen of onvoldoende aanbod is van dagopvang mogelijkheden, dan is de wijkverpleegkundige genoodzaakt om meer uren te indiceren voor zorg aan huis. Dat geldt ook voor inzet van vrijwilligers als er geen mantelzorg beschikbaar is. In

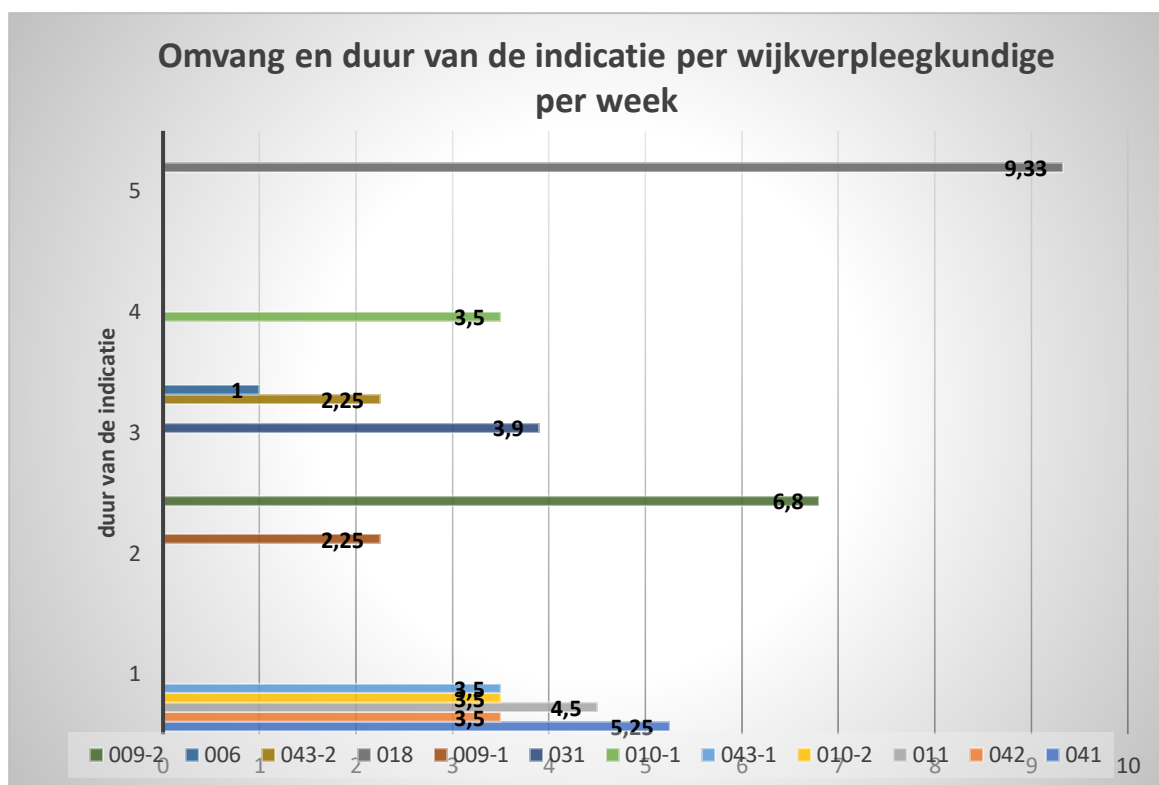
sommige regio's is het aanbod van andere soorten zorg schaarser, maar zijn er ook minder aanbieders van wijkverpleging dan in stedelijke gebieden en lijken er voor cliënten ook minder keuzemogelijkheden en voor wijkverpleegkundigen minder oplossingsmogelijkheden voor de organisatie van zorg. Dit leidt tot variatie die ongewenst is. Verder kwam ook de persoonsgebonden factor 'attitude en waarden en normen van de wijkverpleegkundigen' aan de orde omdat verschillend gedacht leek te worden over de reikwijdte van het wijkverpleegkundig domein. Sommige wijkverpleegkundigen vonden het niet hun taak om te indiceren op problemen anders dan lijf gebonden problemen, anderen wel om gezondheidsrisico's te minimaliseren en daar preventief op in te zetten.

Tabel 4. Beïnvloedende factoren genoemd in de interviews door wijkverpleegkundigen

Benoemde factoren in de interviews	Aantal wijkverpleegkundigen (n = 12)
Eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt	10
Wensen en voorkeuren van de cliënt	10
Beschikbaarheid van zorgaanbieders van andere soorten zorg in de regio	9
Andere disciplines in de zorg betrokken	10
Beschikbaarheid van technologische hulpmiddelen	7
Attitude, waarden en normen wijkverpleegkundige	6
Beschikbaarheid van een netwerk	7
Regio waar de cliënt woont	1
Ervaring van de wijkverpleegkundige	2
Leervermogen van de cliënt	4
Woonsituatie van de cliënt	2
De organisatie heeft voldoende personeel	2
Aanwezigheid van meer aanbieders van wijkverpleging	2
De cultuur of etniciteit van de cliënt	1
Het aantal verpleegkundige diagnoses	1

In figuur 1 zien we de resultaten in duur en omvang van de indicaties die gesteld worden bij dezelfde cliëntcasus. De omvang varieert tussen 1 uur en 9 uur en 20 minuten per week en de duur van 3 weken tot onbepaalde tijd zorg. Variatie in duur en omvang van de indicatiestelling zien we tussen wijkverpleegkundigen van verschillende organisaties, maar ook tussen wijkverpleegkundigen van dezelfde organisatie. Het gebruik van classificatie lijkt geen verschil te maken. Ook in het type zorg die ingezet wordt is variatie zichtbaar. Naar aanleiding hiervan is een extra vragenlijst onderzoek gestart; de analyses van deze gegevens zijn nog niet afgerond.





Figuur 1. Variatie in omvang en duur van het indicatiebesluit per wijkverpleegkundige per week.

1 = onbepaalde tijd, 2 = 1 jaar, 3 = 3 maanden, 4 = 3 weken en 5 = onbenoemde duur van de indicatie.

### Analyse adhv bestaande datasets

Zoals oorspronkelijk beoogd werd verder onderzocht of in aanvulling op het dossieronderzoek met behulp van bestaande data inzicht verkregen kon worden in de praktijkvariatie. Geëxploreerd is of dit mogelijk was m.b.v. de bestaande NZA-data. Na diverse gesprekken is geconcludeerd dat dit niet van toegevoegde waarde was.

### 3.4 Conclusies deelonderzoek 2

Allereerst constateren we een enorme variatie in documentatie waardoor we een aantal factoren van invloed op praktijkvariatie niet hebben kunnen toetsen. Uit het dossieronderzoek kunnen we mede daardoor, geen variatie vaststellen die veroorzaakt wordt door factoren die als ongewenst gezien worden. We zien wel dat de functionele status van de cliënt veel invloed heeft op de hoogte van de indicatiestelling, maar dat is gewenste variatie. Dezelfde significantie zien we bij de doelgroep palliatief terminaal. Verder zijn er aanwijzingen gevonden dat organisaties die (incidenteel) met ZZP'ers werken in de indicatiestelling, dat zij doorgaans hoger indiceren.

Uit het vragenlijst onderzoek concluderen we dat 25% van alle deelgenomen wijkverpleegkundigen heeft geen aparte scholing gevolgd om te kunnen indiceren. Het aantal Hbo-v opgeleide wijkverpleegkundigen zonder specifieke uitstroomvariant MGZ neemt toe omdat dit geen optie meer is sinds 2016 het nieuwe curriculum in BN2020 geïntroduceerd is. Sinds die tijd wordt er breed opgeleid tot bachelor verpleegkundige.

Uit de toetsing van het gebruik van het normenkader blijkt dat het zorgproces niet altijd navolgbaar is in de dossiers. De nadruk wordt gelegd op het beschrijven van interventies in een cliëntdossier. Op basis van welke verpleegkundige diagnoses worden de interventies ingezet is niet altijd inzichtelijk. Daarnaast is niet helder tot welke doelen deze interventies moeten leiden. Er lijkt op basis van de dossiers minder aandacht te zijn voor het stellen en formuleren van doelen.

Uit de think-aloud interviews komt naar voren dat alle fases in het zorgproces aandacht krijgen, maar is er voor het diagnosticeren en doelen stellen de minste aandacht. Wat betreft klinisch redeneren wordt er weinig systematisch gewerkt. Redeneer skills als prioriteiten stellen, nauwkeurigheid en betrouwbaarheid controleren, bepalen van cliëntgerichte uitkomsten, onderscheid maken tussen normaal en abnormaal, onderscheid maken tussen relevant en irrelevant, patronen identificeren, inconsistenties herkennen, en het bevorderen van de gezondheid door het identificeren en beheersen van risicofactoren, worden weinig gebruikt. Verder zien we dat factoren gescoord zijn als ongewenst van invloed, maar als de cliënt in een regio woont waar weinig/minder aanbod is van zorgaanbieders met ander aanbod (o.a. vrijwilligers, gespecialiseerde dag voorzieningen), dat dit van invloed is op de hoogte van de indicatie. Of er wel of geen mogelijkheden zijn voor de inzet van technologische hulpmiddelen door de wijkverpleegkundigen speelt een grote rol op de hoogte van de indicatiestelling. De verpleegkundigen hebben niet allemaal dezelfde visie op de reikwijdte van hun domein.

Uit de focusgroepen kwam naar voren dat dossieropbouw en rapportage sterk voor verbetering vatbaar is. Deelname aan het onderzoek als dataverzamelaar heeft de deelnemers bewust gemaakt van de mate van variatie tussen verpleegkundigen en organisaties.

Uit de verschillende deelstudies kan worden geconcludeerd dat er aanzienlijke variatie bestaat, zowel wat betreft de dossiervorming als de omvang, duur en aard van de zorg. Dit geldt tevens voor de wijze waarop organisaties en wijkverpleegkundigen het normenkader toepassen bij de indicatiestelling en in de richtlijnen voor het invullen van de ECD's, indien aanwezig binnen de organisatie. Met name door de diversiteit in het invullen van de ECD's, was het niet mogelijk om een direct verband te leggen tussen de factoren die als ongewenst werden beschouwd in de Delphi-studie en de variaties in de indicaties van wijkverpleegkundigen tussen verschillende organisaties en individuele wijkverpleegkundigen.

In de aanvullende studies lijken er factoren te zijn die ongewenst van invloed zijn: met name in de focusgroepen horen we de invloed van organisatie factoren terugkomen. Wijkverpleegkundigen lijken hoge verwachtingen te hebben van hun organisaties en kennen zelf de beschikbare documenten niet of onvoldoende zoals het normenkader.

Zowel in de think-aloud studie als in het dossieronderzoek is opgemerkt dat de wijkverpleegkundigen in het zorgproces meer gericht zijn op de inzet van interventies en dat er minder aandacht uitgaat naar de diagnose en doelfase. Sommige factoren die als ongewenst van invloed zijn bestempeld, zijn echter soms niet te vermijden, bleek uit de think-aloud studie zoals de regio waar de cliënt woont.

## 4. Deelonderzoek 3: Verbeteracties en passende interventies

### 4.1 Vraagstellingen deelonderzoek 3

In dit deelonderzoek stond het ontwikkelen van oplossingen voor de praktijk om ongewenste praktijkvariatie te voorkomen centraal.

Concreet waren de vraagstellingen:

1. *Voldoet het normenkader 'indiceren en organiseren van zorg' of dient het normenkader geactualiseerd te worden?*
2. *Welke interventies zijn nodig om de kwaliteit en uniformiteit van de indicatiestelling te verbeteren?*

Aangezien er in deelstudie 2 geen ongewenste variatie is gevonden op basis van het dossier onderzoek is deelvraag 2 'welke interventies zijn nodig' aangepast naar *'Welke behoefte hebben wijkverpleegkundigen om de kwaliteit en uniformiteit van de indicatiestelling te optimaliseren? En welke interventies zijn passend?'*

Voor de beantwoording van bovenstaande vraagstellingen zijn de volgende methoden gehanteerd: vragenlijsten en focusgroepen.

### 4.2 Methodes deelonderzoek 3

#### 4.2.1 Methodes voor vraagstelling 1

1a. Er zijn in februari en maart 2023 vier focusgroepen uitgevoerd met 22 indicierend wijkverpleegkundigen om dieper in te gaan op de vraag of het normenkader nog voldoet of geactualiseerd moet worden. Tijdens deze focusgroepen stond tevens vraagstelling 2 centraal.

1b. Daarnaast zijn er 12 interviews gehouden met wijkverpleegkundigen waarin gekeken is naar hoe verpleegkundigen tot besluitvorming komen tijdens het indicatieproces.

#### 4.2.2 Methodes voor vraagstelling 2

Om vraagstelling 2 te beantwoorden zijn de volgende deelstudies uitgevoerd.

2a. Vragenlijst onder wijkverpleegkundigen om de *verbeteracties* te identificeren en het in kaart brengen wat de ervaringen van zorgprofessionals met bepaalde verbeteracties zijn. Verbeteracties werden in deze survey gedefinieerd als acties die zijn ingezet met het doel het indicatieproces te optimaliseren. De vragenlijst is landelijk uitgezet tussen januari en april 2021.

2b. Er zijn 12 interviews gehouden met wijkverpleegkundigen in 2020 waarin de volgende vraag centraal stond: Wat zijn de behoeften en mogelijke oplossingen van wijkverpleegkundigen om de kwaliteit van de indicatiestellingen te verbeteren?

2c. Vervolgens zijn er in februari en maart 2023 vier focusgroepen uitgevoerd met 22 indicierend wijkverpleegkundigen uit 13 verschillende organisaties in het kader van een behoeften analyse. De

focusgroepen zijn opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens is de data geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse volgens de principes van Braun & Clarke<sup>2</sup>.

2d. Vervolgens zijn er eind 2023 vier focusgroepen uitgevoerd met deelnemers van betrokken organisaties. Hier namen wijkverpleegkundigen en organisatievertegenwoordigers aan deel. Tijdens deze focusgroepen werden best practices opgehaald. Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van werkwijzen die zorgorganisaties inzetten om de indicatiestelling te optimaliseren.

### **4.3 Resultaten deelonderzoek 3**

#### **4.3.1 Resultaten vraagstelling 1**

1a. Op basis van de vier focusgroepen kwam naar voren dat het normenkader vaak niet voldoende bekend en soms zelfs onbekend is. Bovendien werden de normen uit het normenkader in de deelnemende organisaties op verschillende manieren toegepast en hebben organisaties eigen interne richtlijnen en kaders voor het indiceren. Wijkverpleegkundigen gaven aan dat zij het normenkader te lang vinden. Er staat te veel informatie in het document. Verder vinden ze het actueel door de brede formulering van de normen. Wijkverpleegkundigen benadrukten dat het toepassen van sommige normen in de praktijk lastig is omdat deze niet ondersteund worden door het classificatiesysteem. Zo is het in het OMAHA systeem bijvoorbeeld niet mogelijk om SMART doelen en een PES structuur te formuleren.

1b. Op basis van 12 interviews met wijkverpleegkundigen werden er drie overkoepelende thema's geïdentificeerd. Hieruit blijkt dat de besluitvorming in het proces van indiceren van wijkverpleegkundigen gebaseerd is op passende zorg voor elke patiënt; professionele autonomie, werkervaring en intuïtie; en de invloed van andere partijen.

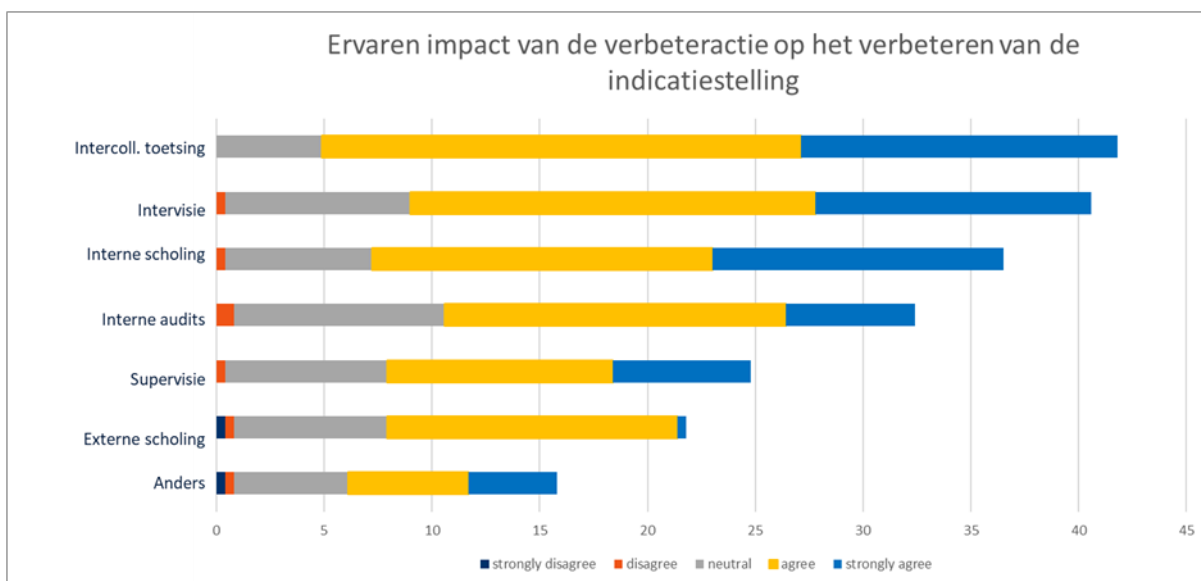
#### **4.3.2 Resultaten vraagstelling 2**

##### ***2a. Resultaten verbeteracties***

In totaal zijn er 184 vragenlijsten volledig ingevuld. Intervisie en intercollegiale toetsing waren de meest gemelde verbeteracties die werden geïmplementeerd. De ervaringen met deze verbeteracties waren o.a. het bevorderen van meer uniformiteit in de indicatiestelling, waardoor wijkverpleegkundigen zich gesteund en zekerder voelen bij het uitvoeren van de indicatiestelling, en dat de verleende zorg meer in lijn is met de wensen van de cliënten. Verder onderzoek is nodig om te bepalen of verbeteracties daadwerkelijk de uniformiteit van de indicatiestelling verbeteren en praktijkvariatie verminderen (Schwenke et al, 2022).

---

<sup>2</sup> Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3



Figuur 2. De ervaren impact van de verbeteracties



Figuur 3. De ervaren uitkomsten van de verbeteracties

### 2b. Resultaten interviews wijkverpleegkundigen

Wijkverpleegkundigen vinden leren van en met elkaar en educatie van belang om de kwaliteit en uniformiteit van indicatiestellingen te verbeteren. Wijkverpleegkundigen hebben randvoorwaarden benoemd om de kwaliteit van indicatiestellingen te verbeteren: het behouden van autonomie, meer tijd en meer structuur en faciliteiten vanuit de organisatie.

### 2c. Resultaten focusgroepen behoefteanalyse

Wijkverpleegkundigen gaven aan behoefte te hebben aan dezelfde basiskennis en het uitwisselen en samenwerken met elkaar. Ze gaven aan geen behoefte te hebben aan nieuwe interventies om de kwaliteit en uniformiteit van de indicatiestelling te optimaliseren. Wel gaven ze aan behoefte te hebben aan het verbeteren van de implementatie en toepassing van bestaande interventies en

hulpmiddelen die er nu al zijn: scholing, intercollegiale toetsing. De bestaande documenten zouden veel makkelijker toegankelijker gemaakt moeten worden. De wijkverpleegkundigen gaven aan dat deze bestaande instrumenten kunnen bijdragen aan de uniformiteit en kwaliteit van de indicatiestelling.

### ***2d. Resultaten focusgroepen best practice deelnemende organisaties***

De focusgroep interviews zijn afgenomen bij wijkverpleegkundigen of medewerkers vanuit management en beleid die betrokken zijn bij verbeteringsprocessen m.b.t. de indicatiestelling binnen hun organisaties. De participanten zijn van minimaal 14 verschillende organisaties (één participant per organisatie) gerekruteerd. In totaal zijn alle 28 organisaties benaderd die hebben deelgenomen aan deelonderzoek 2 (dossieronderzoek) om zo veel mogelijk informatie te verkrijgen over mogelijke oplossingsrichtingen per probleem. Op dit moment zijn de resultaten van deze studie nog niet inzichtelijk. Data-analyse loopt nog. Er wordt gekeken hoe organisaties de opgehaalde barrières (per norm van het normenkader) hebben getackeld. Deze resultaten worden gelinkt aan het normenkader om te kijken hoe organisaties bij het indiceren voldoen aan de zes beschreven normen. Verder wordt de best practice beschreven om organisaties handvatten te bieden bij het optimaliseren van de indicatiestelling.

## **4.4 Conclusies deelonderzoek 3**

In deelstudie 3 is onderzocht of het normenkader ‘indiceren en organiseren van zorg’ voldoet bij de indicatiestelling en welke interventies er nodig zijn om de kwaliteit en uniformiteit van de indicatiestelling te verbeteren.

Op basis van de bevindingen blijkt dat het gebruik van het normenkader nog enkele uitdagingen kent. Het normenkader lijkt vaak onvoldoende bekend te zijn, wat leidt tot verschillende toepassingen. Een reden hiervoor kan zijn dat organisaties veelal een vertaalslag maken van het normenkader en het gebruik ervan niet altijd faciliteren. Wijkverpleegkundigen gaven aan het normenkader door de brede formulering van de normen actueel te vinden, maar het document omvat te veel tekst en informatie (zie 4.3.1 behoefteanalyse focusgroepen).

Zoals in hoofdstuk 4.3.2 beschreven gaven wijkverpleegkundigen aan geen behoefte te hebben aan nieuwe interventies, richtlijnen of tools om de indicatiestelling te optimaliseren. Juist inzetten van bestaande instrumenten en deze goed implementeren is volgens wijkverpleegkundigen ogen cruciaal. Ze streven naar uniformiteit en kwaliteit, benadrukken het belang van leren van en met elkaar, een goede training en behoud van autonomie. Er is een behoefte voor zowel meer kennis m.b.t. de indicatiestelling als eenzelfde basiskennis indiceren van alle wijkverpleegkundigen om de uniformiteit te bevorderen. De resultaten van zowel de vragenlijststudie als de behoefteanalyse laat zien dat verbeteracties, zoals intervisie en intercollegiale toetsing, de uniformiteit in indicatiestelling lijkt te bevorderen, op basis van perceptie (Schwenke et al., 2022). De daadwerkelijke effectiviteit is nog niet onderzocht.

Op basis van deze bevindingen concluderen wij dat er vooral ingezet moet worden op scholing voor indicierend wijkverpleegkundigen om eenzelfde basiskennis te bevorderen en meer bekendheid aan het normenkader te geven. Om deze kennis langdurig in de praktijk toe te kunnen passen zou er verder in elke organisatie op intercollegiale toetsing of intervisie ingezet moeten worden. Verbeteringen moeten gericht zijn op implementatie en toepassing van bestaande instrumenten, interventies en hulpmiddelen, met nadruk op toegankelijkheid van documenten.

## 5. Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen zijn er op verschillende niveaus (micro, meso, macro) aanbevelingen geformuleerd die opgepakt kunnen worden om de kwaliteit en uniformiteit van de indicatiestelling van wijkverpleegkundigen te verbeteren. Achter iedere aanbeveling staat vermeld uit welke van de drie deelonderzoeken deze volgt.

### 5.1 Aanbevelingen op microniveau

Op het niveau van wijkverpleegkundigen:

- Wijkverpleegkundigen dienen zich meer bewust te zijn van de verschillen tussen indicatiestellingen (deelonderzoek 2).
- Wijkverpleegkundigen moeten zich meer bewust worden van factoren die van invloed zijn op hun indicatiestelling om deze vervolgens te laten meewegen in hun professionele besluitvorming. Daarom is het van belang te weten wat praktijkvariatie betekend en kritisch te reflecteren op de mogelijk beïnvloedende factoren (deelonderzoek 1).
- Wijkverpleegkundigen dienen duidelijke doelen te stellen voor hun cliënten (deelonderzoek 2).
- Het verder professionaliseren en optimaliseren van de indicatiestelling is een continu proces dat aandacht vereist. Belangrijke randvoorwaarden zijn nodig om hieraan te werken zoals o.a. scholing, tijd en ruimte voor intercollegiale toetsing, deskundigheidsbevordering. Zij kunnen dit vanuit hun professionele autonomie organiseren (deelonderzoek 3).
- Op een aantal aspecten lijkt scholing en training noodzakelijk om verpleegkundigen beter te equiperen. Wijkverpleegkundigen dienen zich bewust te zijn van de noodzaak van scholing en deskundigheidsbevordering. Naast het indicatiestellingsproces, moet aandacht zijn voor de volgende aspecten:
  - o Het diagnosticeren en stellen van doelen door verpleegkundigen (deelonderzoek 2)
  - o Verslaglegging van verpleegkundigen om het zorgproces navolgbaar te documenteren (deelonderzoek 2).
  - o Klinisch redeneren in het zorgproces om systematisch en methodisch handelen te verbeteren (deelonderzoek 2).
- Bestaande beschikbare tools die het verpleegkundig proces ondersteunen dienen bekend te zijn en beter toegepast te worden in de praktijk (deelonderzoek 3).
- Wijkverpleegkundigen kunnen vanuit de kennis die ze over het normenkader hebben meedenken aan optimaliseren van dossiervorming (deelonderzoek 2 en 3).
- Wijkverpleegkundigen dienen de reikwijdte van het wijkverpleegkundige domein en hun rol daarin te kennen. Het expertisegebied wijkverpleegkundigen is daarin leidend maar ook de verankering in de Zvw (deelonderzoek 2).

### 5.2 Aanbevelingen op mesoniveau

- Zorgorganisaties moeten verpleegkundigen faciliteren in het volgen van scholing t.a.v. indiceren en intercollegiale toetsing waarbij het verpleegkundig proces centraal dient te staan (deelonderzoek 3).
- Zorgorganisaties moeten faciliteren dat bestaande kaders, richtlijnen bekend, beschikbaar en toegankelijk zijn voor verpleegkundigen (deelonderzoek 3).

- Zorgorganisaties zijn zich bewust van het feit dat een pas afgestudeerde of nieuwe wijkverpleegkundige voldoende ondersteuning en scholing nodig heeft om te kunnen indiceren (deelonderzoek 2 en 3).
- Intercollegiale toetsing dient voor alle wijkverpleegkundigen gefaciliteerd te worden. Er is een gestructureerde implementatie van intercollegiale toetsing in alle organisaties nodig, waaraan wijkverpleegkundigen verplicht en aantoonbaar 2-3 keer per jaar kunnen deelnemen (deelonderzoek 3). Scholing is nodig om klinisch redeneren te bevorderen en om het zorgproces systematisch en methodisch te doorlopen en te onderbouwen (deelonderzoek 2). Scholing moet een verplichtend karakter krijgen en ingebed kunnen worden in een inwerkprogramma (deelonderzoek 2 en 3).
- Zorgorganisaties moeten faciliteren dat technologische hulpmiddelen kunnen worden aangeboden om in te zetten en daarmee slimmere zorg te kunnen organiseren (deelonderzoek 2).
- Inrichting van ECD's zou eenduidiger vorm gegeven moeten worden waardoor de verslaglegging in cliëntdossiers mede wordt geoptimaliseerd (deelonderzoek 2). De inrichting van het ECD moet de professionele besluitvorming tijdens het klinisch redeneren in het verpleegkundig proces ondersteunen (deelonderzoek 2). Ook zouden organisaties meer samen kunnen werken om kennis omtrent dossiervorming te delen via intervisie.
- Voor de beroepsvereniging V&VN liggen mogelijkheden op een aantal aspecten met een roep voor een sterkere stem voor de wijkverpleging:
  - o Bestaande scholingen van vakbekwaam indiceren toetsen op de inhoud gericht op het klinisch redeneren in het zorgproces en op die manier sturen op eenduidigheid en kwaliteit van het doorlopen van dit proces (deelonderzoek 3).
  - o Kritisch toetsen van het aanbod van scholingen voor wijkverpleegkundigen (deelonderzoek 3).
  - o Bij intercollegiale toetsing de nadruk leggen op het toetsen van het verpleegkundig proces en klinisch redeneren daarin (deelonderzoek 2).
  - o Bewustwording van praktijkvariatie in de indicatiestelling van wijkverpleging en ondersteuning bieden door bewuste onbekwaamheid te organiseren (deelonderzoek 1).
  - o Ondersteuning bieden/organiseren bij de kritisch reflectie op de indicatiestelling zodat de wijkverpleegkundigen zich kritisch durven uitspreken naar elkaar over de verschillen die ze aantreffen in hun indicaties (deelonderzoek 2).
  - o Het creëren van een platform waar documenten, richtlijnen en standaarden bijgehouden worden en gemakkelijk te vinden zijn voor wijkverpleegkundigen (deelonderzoek 3).

### 5.3 Aanbevelingen op macroniveau

- Onderzoek is nodig om de kwaliteit van de zorgplannen onder de loep te nemen en te onderzoeken op een logische koppeling tussen diagnose, doelen en interventies (deelonderzoek 2).
- Aanvullend onderzoek is gewenst op de indicatiestelling van ZZP-organisaties omdat er aanwijzingen gevonden zijn voor het doorgaans hoger indiceren dan in organisaties waar ze niet met ZZP'ers werken (deelonderzoek 2).
- Om de uniformiteit en kwaliteit te verbeteren zijn ook interventies nodig die zich richten op de optimalisatie van dossiervorming en verslaglegging conform de richtlijn verslaglegging (deelonderzoek 2 en 3). Hierbij kan gedacht worden aan het standaardiseren van ondersteunende ECD's (deelonderzoek 2).



- Organisaties zetten actief in op een correcte implementatie van richtlijnen en bieden wijkverpleegkundigen ruimte voor inspraak (deelonderzoek 3).
- Er is een rol voor de zorgverzekeraars weggelegd op de volgende aspecten:
  - o Zorgverzekeraars kopen in op basis van ingeschreven staan en verzamelen accreditatiepunten in het kwaliteitsregister *V&V-deskundigheidsgebied wijkverpleegkundige* van V&VN. Dit helpt de afdeling wijkverpleegkundigen om norm 1 aan te scherpen met eisen op het bevoegd en vakbekwaam blijven op indiceren en organiseren van zorg in de eigen omgeving (deelonderzoek 2).
  - o Zorgverzekeraars kopen eenduidiger in als het gaat om inzet van technologische hulpmiddelen, de tijd die geïndiceerd dient te worden maar ook dat alle organisaties de technologie die beschikbaar is door alle zorgaanbieders ingezet kan worden voor de cliënten (deelonderzoek 2).
  - o Zorgverzekeraars moeten hun regio's kennen en samenwerken met andere partijen zoals Wmo verstrekkers om het mogelijke aanbod voor cliënten overal beschikbaar te hebben (deelonderzoek 2).
- Eenduidige scholing op indiceren van wijkverpleging gebaseerd op klinisch redeneren in het verpleegkundig proces, die goedgekeurd is door de beroepsgroep, zou opgenomen kunnen worden door het Hbo-v onderwijs en onderdeel van het curricula worden (deelonderzoek 3).
- De scholing op indiceren van wijkverpleging zou verplicht gesteld moeten worden door de beroepsgroep (deelonderzoek 3).
- Beleidsmakers moeten nadenken over een aparte scholing voor wijkverpleegkundigen. Zij hebben de verantwoordelijkheid op de aanspraak wijkverpleging binnen de Zvw en zijn daarmee de enige verpleegkundige beroepsgroep die een eigen aanspraak hebben. Aan de uitoefening van hun beroep zijn echter geen extra opleidingseisen gesteld en de titel is niet beschermd. Nagedacht kan worden over een specialistische opleiding (post-hbo) verplicht stellen maar er gaan ook geluiden op dat het een masteropleiding zou moeten zijn gezien de complexiteit, verantwoordelijkheid binnen de professie(deelonderzoek 3).

## 6. Opbrengsten, kennisoverdracht en implementatie

De uitkomsten van de onderzoeken zijn op verschillende bijeenkomsten en congressen of in tijdschriften gedissemineerd. In tabel 5 zijn workshops, presentaties en publicaties tussen 2021-2023 weergegeven.

Tabel 5. Overzicht presentaties en workshops

Presentaties en workshops		
Datum	Bijeenkomst	Activiteit
28 mei 2021	Congres “Kennis en kunde van indiceren in de wijkverpleging”	Workshop: Indiceren en praktijkvariatie
23 september 2021	V&VN Expertkring indiceren en intercollegiale toetsing	Presentatie “Praktijkvariatie Indicatiestelling Wijkverpleging”
12 januari 2022	Masterclass Vakbekwaam Indiceren Nursing	Presentatie “Praktijkvariatie Indicatiestelling Wijkverpleging”
9 en 10 februari 2022	Care4 International scientific nursing and midwifery conference	Presentatie “Practice variation in needs assessment in home care: A Delphi study”
29 maart 2022	Webinar Wijkverpleging.org	Presentatie Praktijkvariatie indicatiestelling Wijkverpleging.
17 maart 2022	Bijdrage online symposium Cicero	Presentatie Praktijkvariatie indicatiestelling Wijkverpleging.
9 juni 2022	Symposium AWO-Limburg	Workshop beïnvloedende factoren Praktijkvariatie indicatiestelling Wijkverpleging in samenwerking met Envida
10 en 11 september	European Doctoral Conference of Nursing Science	Presentatie Practice variation in needs assessment: A Delphi study
6 oktober 2022	6th European Nursing Congres (online)	Presentatie “Measures to improve needs assessments and reduce practice variation in Dutch home care organizations”
januari 2022– januari 2023	Terugkoppeling resultaten organisaties	Presentaties bij deelnemende organisatie uit het dossieronderzoek
Juli 2023	European Academy of Nursing Science	Presentatie “Exploring practice variation in needs assessment in home care nursing”
Maart en juli 2023	Taakgroep	Delen voorlopige resultaten

Presentaties en workshops		
Datum	Bijeenkomst	Activiteit
Juni 2023	Dag van de Wijkverpleging	2 workshops met deel resultaten onderzoek
Juni 2023	Nursing Experience	2 workshops met deel resultaten onderzoek
September 2023	Expertkring V&VN	Presentatie voorlopige resultaten
31 oktober 2023	Massale intercollegiale toetsing V&VN Utrecht	Keynote: Praktijkvariatie indicatiestelling Wijkverpleging
20 november 2023	V&VN Wijkverpleegkundigen congres Tilburg	Presentatie Praktijkvariatie indicatiestelling Wijkverpleging, 3 workshops en een paneldiscussie
23 en 30 januari 2024	Door ons georganiseerde webinars	Presentatie resultaten onderzoek praktijkvariatie indicatiestelling wijkverpleging voor deelnemende organisaties

Publicaties (Nederlands- en Engelstalig)	
2020	Van Dorst, J., Zwakhalen, S., Schwenke, M., Bleijenberg, N., Brabers, A. & de Jong, J.D. (2020). Praktijkvariatie Indicatiestelling Wijkverpleging. Deelrapportage Expertmeeting en Delphi studie. <a href="https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/10/31/praktijkvariatie-indicatiestelling-wijkverpleging">https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/10/31/praktijkvariatie-indicatiestelling-wijkverpleging</a>
	Brabers, A., Meijer, M., Zwakhalen, S., Bleijenberg, N., Groenewegen, P. & de Jong, J.D. (2020). Praktijkvariatie indicatiestelling wijkverpleging. Rapportage literatuuronderzoek. <a href="https://open.overheid.nl/documenten/ronl-be5e4482-4b94-45e5-9bbe-21cb2d2804e9/pdf">https://open.overheid.nl/documenten/ronl-be5e4482-4b94-45e5-9bbe-21cb2d2804e9/pdf</a>
2022	Schwenke, M., van Dorst, J., Zwakhalen, S., de Jong, J. D., Brabers, A. E. M., & Bleijenberg, N. (2022). Measures to improve patient needs assessments and reduce practice variation in Dutch home care organizations. <i>Nursing Open</i> , 00, 1– 12. <a href="https://doi.org/10.1002/nop2.1552">https://doi.org/10.1002/nop2.1552</a>
2023	Van Dorst, J.I.E., Schwenke, M., Bleijenberg, N., De Jong, J.D., Brabers, A.E.M. & Zwakhalen, S. M.G. (2023). Defining practice variation and exploring influencing factors on needs assessment in home care nursing: A Delphi study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 00, 1– 14. <a href="https://doi.org/10.1111/jan.15680">https://doi.org/10.1111/jan.15680</a>
2023	Van Dorst, J., Van Den Bulck, A., Zwakhalen, S., (2023). Praktijkvariatie wijkverpleegkundige indicatiestelling. TVZ nummer 6 2023, 46 – 47.
Submitted	Practice variation in home care nursing, and in medical care with a focus on transferability to home care nursing: a scoping review of the literature Anne E.M. Brabers; Marloes A.M. Meijer; Peter Groenewegen; Nienke Bleijenberg; Sandra Zwakhalen; Judith D. de Jong