

**Nut en noodzaak van een  
onderzoek- en implementatieprogramma  
verpleegkundige en verzorgende interventies**

25 juni 2007

ZonMw  
Laan van Nieuw Oost Indië 334  
2593 CE Den Haag  
telefoon 070-349 5111

## Inhoud

Samenvatting .....	3
1.1 De uitdaging .....	5
1.2 Doel van dit document .....	5
1.3 Wat vooraf ging .....	5
2. Nut en noodzaak van een nieuw onderzoek- en implementatieprogramma .....	7
2.1 Betere patiëntenzorg .....	7
2.2 Patiëntveiligheid .....	7
2.3 Slimmer werken .....	8
2.4 Beroepen aantrekkelijker maken .....	8
2.5 Kennis- en innovatieland .....	9
3. Een eigen programma voor verpleegkundige en verzorgende interventies .....	10
3.1 Achterstand .....	10
3.2 Eigen cultuur .....	10
3.3 Samenwerking met andere disciplines .....	10
4. Thema's .....	11
4.1 Doelstelling van het nieuwe programma .....	11
4.2 Uitgangspunten voor een nieuw programma .....	11
4.3 Thema's .....	11
4.4 Kennisketen .....	13
5. Infrastructuur .....	15
5.1 Instandhouden en uitbouwen .....	15
5.2 Brugfunctie .....	15
5.3 Samenwerking met praktijkinstellingen .....	15
5.4 Implementatie en kennisdistributie .....	16
6. Budget .....	17
6.1 Investering .....	17
6.2 Omvang van het budget .....	17
6.3 De verdeling van het budget .....	17
Noten .....	18

## **Samenvatting**

### **Nut en noodzaak**

Er zijn vijf redenen waarom een onderzoek- en implementatieprogramma voor verpleegkundige en verzorgende interventies nuttig en noodzakelijk is. Een dergelijk programma draagt namelijk bij aan:

- de kwaliteitsverbetering en innovatie van de patiëntenzorg;
- de vergroting van de patiëntveiligheid;
- de doelmatigheid en doeltreffendheid van verpleegkundige en verzorgende interventies;
- het aantrekkelijk maken van de verpleegkundige en verzorgende beroepen en daarmee aan het voorkomen van tekorten op de arbeidsmarkt;
- de versterking van de positie van Nederland als kennis- en innovatieland.

### **Een specifiek programma**

Er zijn drie redenen waarom een specifiek programma voor verpleegkundige en verzorgende interventies nodig is. Hoewel steeds meer zorgproblemen multidisciplinair opgelost moeten worden, is een specifiek programma noodzakelijk. Bij talloze problemen spelen verpleegkundigen en verzorgenden namelijk een centrale rol en zijn zij het die het voortouw moeten nemen bij de oplossing ervan. De wetenschappelijke onderbouwing van hun interventies is echter onvoldoende. Het tweede argument voor een afzonderlijk programma is implementatie van kennis en innovaties in de directe patiëntenzorg. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten op hun situatie afgestemde wijze aangesproken worden. De derde reden voor een specifiek programma is dat samenwerking met andere disciplines steeds belangrijker wordt in de zorg. Inbreng in multidisciplinaire teams door verpleegkundigen en verzorgenden is pas goed mogelijk als zij over voldoende wetenschappelijk gefundeerde kennis van hun eigen domein beschikken.

### **Doel**

Het programma moet als doel hebben de doeltreffendheid en doelmatigheid te bevorderen van verpleegkundige en verzorgende interventies door het doen van onderzoek, het ontwikkelen en testen van vernieuwingen, en de implementatie en borging van verbeteringen en vernieuwingen in de praktijk.

### **Thema's**

Er zijn tien thema's met verpleegkundige en verzorgende interventies die dringend om meer onderbouwing vragen. Negen thema's hebben betrekking op interventies bij langdurige zorg, en één betreft de zorg rond operaties. Het elfde thema richt zich niet op interventies, maar op onderzoek en implementatie in het licht van carrièreperspectief en taakherschikking om de beroepen aantrekkelijker te maken. Het gaat om de volgende thema's:

- Preventie en leefstijl
- Omgaan met gedragsproblemen en -stoornissen
- Patiëntveiligheid
- Voedingsbeleid
- Continentie
- Complicaties bij somatische zorg
- Zorg rond operaties
- Co-morbiditeit
- Pijnbestrijding en palliatieve zorg
- Domotica en technologie
- Carrièreperspectief en taakherschikking.

### **Kennisketen**

Hoewel het niet voor ieder thema nodig is om de hele kennisketen even diepgravend uit te voeren, is het belangrijk per thema de gehele kennisketen van onderzoek en ontwikkeling tot borging in de praktijk en evaluatie in beeld te brengen. Een gehele kennisketen bestaat uit de volgende onderdelen:

- reviews
- onderzoek
- de ontwikkeling van verpleegkundige en verzorgende interventies
- kennisdistributie en implementatie
- borging in de praktijk
- monitoring en evaluatie.

### **Infrastructuur**

Het is van belang dat de infrastructuur van instellingen en instituten die een rol spelen bij onderzoek, ontwikkeling en implementatie van verpleegkundig en verzorgende interventies in stand blijft en uitgebouwd wordt. Dat pleit voor een langdurig programma van 10 jaar zodat continuïteit geboden kan worden. De instituten en instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor het aangaan van noodzakelijke samenwerkingsverbanden rond thema's en onderwerpen. Belangrijk is dat bij de samenwerkingsverbanden ook zorginstellingen, ROC's en hogescholen betrokken worden. Er is een beperkte coördinerende functie nodig.

### **Budget**

Het totaal benodigde budget voor een programma van 10 jaar wordt geschat op 50 miljoen euro.

## 1. Inleiding

### 1.1 De uitdaging

In 2006 publiceerde het ministerie van VWS *Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg, leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda voor de gezondheidssector*<sup>1</sup>. Daarin geeft het ministerie aan te willen anticiperen op een groeiende en veranderende zorgvraag. Het wil doelmatige innovaties realiseren door onderzoek en ontwikkeling en door toepassing van kennis en expertise. Het ministerie wil daarbij meer capaciteit voor de benutting van die innovaties. Met name voor de care sector ziet het ministerie van VWS een uitdaging in de verhoging van de arbeidsproductiviteit en veilige en verantwoorde zorg in een goede ambiance.

Met genoemde publicatie beoogt het ministerie van VWS onderzoekers en vernieuwers te inspireren tot actie. ZonMw, dé Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, wil de uitdaging graag aannemen door een onderzoek- en implementatieprogramma te starten op het terrein van verpleegkundige en verzorgende interventies. Als eerste stap op weg naar dit programma is in opdracht van ZonMw en de programmacommissie *Tussen Weten en Doen* dit document samengesteld door Bureau Lambregts te Roermond.

### 1.2 Doel van dit document

Dit document heeft tot doel nut en noodzaak te beschrijven van een 10-jarig onderzoek- en implementatieprogramma ter ondersteuning van de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden. Het document bevat o.a. de volgende items:

- nut en noodzaak van een programma dat gericht is op het ontwikkelen van nieuwe kennis door toegepast onderzoek en implementatie;
- de inhoud van het onderzoek en de implementatie in algemene zin;
- een indicatie van het benodigde budget.

### 1.3 Wat vooraf ging

Wetenschappelijke kennis of evidence ter onderbouwing van het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden is zeer schaars. In november 2001 heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een advies uitgebracht aan de minister van VWS over het onderzoek naar verpleging en verzorging.<sup>2</sup> De Raad adviseerde het onderzoek te stimuleren met een eigen programma. Dit programma zou zich niet alleen moeten richten op de financiering en begeleiding van onderzoek, maar uitdrukkelijk ook op het verder vormgeven van maatregelen ter stimulering van de infrastructuur. De Raad adviseerde de hoogste prioriteit te geven aan onderzoek naar 1. 'de doeltreffendheid en doelmatigheid van zorg' en 2. 'de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en *evidence based practice* (EBP)'. Verder adviseerde zij in het programma aandacht te geven aan 'de afstemming en continuïteit van zorg', 'patiëntproblemen en hun determinanten', en 'meten van zorg'. De Raad adviseerde een achtjarig onderzoeksprogramma en raamde de kosten daarvan op € 7,3 miljoen. Daarnaast adviseerde de Raad de minister fondsen beschikbaar te stellen voor het stimuleren van de infrastructuur en de ondersteuning van scholing ter grootte van een bedrag van € 5,2 miljoen. In totaal adviseerde de Raad een investering te doen van € 12,5 miljoen.

Het advies van de RGO is de basis geweest voor het zevenjarig ZonMw-programma *Tussen Weten en Doen*. Een programma dat bestaat uit twee deelprogramma's: een aanloopprogramma en een vervolprogramma. Het advies aangaande het budget van € 12,5 miljoen is door de minister niet overgenomen. Voor het gehele programma is

€ 3,4 miljoen beschikbaar gesteld. Dit is iets meer dan 27% van het geadviseerde budget. Dit had uiteraard gevolgen voor de omvang van het onderzoek en met name voor de steun die gegeven kon worden aan de noodzakelijk geachte infrastructuur. Ondanks dit blijkt het programma *Tussen Weten en Doen* een belangrijke bijdrage te leveren aan de kwaliteit en effectiviteit van verpleegkundige en verzorgende interventies. De praktijkresultaten zijn en worden op diverse plaatsen geïmplementeerd. Het programma *Tussen Weten en Doen* wordt in 2008 afgerond. Door de beperkte omvang van het programma zijn echter vele verpleegkundige en verzorgende problemen buiten beeld gebleven. De behoefte aan meer wetenschappelijke onderbouwing blijft derhalve zeer groot. Dit is dan ook voor ZonMw de reden om een nieuw onderzoek- en implementatieprogramma voor te stellen.

## **2. Nut en noodzaak van een nieuw onderzoek- en implementatieprogramma**

Dit hoofdstuk beschrijft de vijf belangrijkste redenen die een onderzoek- en implementatieprogramma voor verpleegkundige en verzorgende interventies noodzakelijk maken. Deze betreffen de mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering en innovatie van de patiëntenzorg, de bijdrage die een dergelijk programma kan leveren aan de vergroting van de patiëntveiligheid en de bevordering van het doelmatig werken. Tenslotte zal het programma helpen tekorten op de arbeidsmarkt te voorkomen en de positie van Nederland als kennis- en innovatieland te versterken.

### **2.1 Betere patiëntenzorg**

De minister en staatssecretaris van VWS hebben aangekondigd de komende vier jaar prioriteit te geven aan de kwaliteitsverbetering in de cure en care. Zij zien innovatie als de motor voor houdbare zorg.<sup>3</sup>

Ook de diverse sectoren in de gezondheidszorg streven naar goede en waar mogelijk betere kwaliteit van zorg. Zo hebben de sector thuiszorg en de sector verpleeg- en verzorgingshuizen normen opgesteld voor verantwoorde zorg. Zij omschrijven verantwoorde zorg als zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht verleend wordt. De sectoren vinden dat de cliënt recht heeft op zorg- en dienstverlening volgens wettelijke vereisten, beroepscode, landelijke richtlijnen, professionele standaarden en handreikingen die gebaseerd dienen te zijn op de laatste inzichten (indien mogelijk evidence based).<sup>4</sup> Verantwoorde zorg vereist derhalve dat verpleegkundige en verzorgende interventies aan de laatste (wetenschappelijke) inzichten getoetst kunnen worden.

Het zijn de verpleegkundigen en verzorgden die in volume de meeste directe zorg leveren en verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de dagelijkse zorg zowel in de cure als de care. Op dit moment zijn (te) veel interventies nog niet goed onderbouwd waardoor patiënten en cliënten vaak suboptimale zorg ontvangen. Veel interventies zijn traditioneel van aard. Bij het ontwikkelen van richtlijnen komt vaak het ontbreken van evidence aan het licht. Veel richtlijnen zijn niet met 'evidence' onderbouwd. Zo is er bijvoorbeeld nauwelijks 'evidence' voor de preventie en behandeling van smetten<sup>5</sup>, en zijn veel interventies in het omgaan met apathie<sup>6</sup> en depressie<sup>7</sup> bij mensen met dementie onvoldoende onderzocht. Soms blijkt er in een zorginstelling sprake te zijn van inadequaat handelen, hoewel 'evidence' over de juiste wijze van interveniëren wel aanwezig is. Zo is bijvoorbeeld over preventie van decubitus en handhygiëne veel onderzoek afgerond en zijn er richtlijnen ontwikkeld. De implementatie en borging van deze interventies is echter nog onvoldoende gerealiseerd waardoor niet overal de kwaliteit van zorg geleverd wordt die mogelijk en wenselijk is.

### **2.2 Patiëntveiligheid**

Goede zorg is ook veilige zorg. In Nederlandse ziekenhuizen hebben in 2004 maar liefst 6.000 patiënten onbedoeld schade opgelopen die waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden. Zelfs 1.735 mensen zijn overleden als het gevolg van vermijdbare incidenten.<sup>8</sup> Minister Klink en staatssecretaris Bussemaker hebben aangegeven geen ruimte voor vrijblijvendheid te accepteren als het de patiëntveiligheid betreft.<sup>9</sup> De minister wil dan ook binnen vijf jaar het aantal medische missers met de helft verminderen.

*"Het onderwerp patiëntveiligheid is momenteel zeer actueel. De vele initiatieven die partijen en organisaties ontplooiën op dit gebied illustreren dit. (...) Ook*

*internationaal staat patiëntveiligheid volop in de belangstelling. Desondanks bestaat in Nederland nog weinig inzicht in de mate van veiligheid van de zorg en hoe deze verbeterd kan worden.(...) Daarnaast is de cultuur van hiërarchische lijnen en de negatieve klank die fouten en meldingen daarvan nog steeds hebben, niet bevorderlijk voor een transparant meldingsproces en het leren van menselijk handelen, dat per definitie nooit onfeilbaar kan zijn".* Minister van VWS dr. A. Klink en staatssecretaris van VWS, dr. J. Bussemaker<sup>10</sup>

Patiëntveiligheid is echter een complex onderwerp dat niet alleen verandering in de organisatorische context vraagt, maar ook in de bedrijfscultuur. Verpleegkundigen en verzorgenden spelen hierbij een cruciale rol. Zij hebben immers doorgaans langdurig en intensief contact met patiënten en kunnen als geen ander gevaarlijke situaties signaleren en voorkomen. Zij dienen daarom met voldoende kennis en vaardigheden toegerust te worden om deze rol goed te kunnen vervullen.

### **2.3 Slimmer werken**

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn met meer dan 400.000 beroepsbeoefenaren de grootste beroepsgroep in de zorg. Maar zoals gezegd zijn veel van hun interventies gebaseerd op tradities en ervaringen, en niet op bewijs. Dit terwijl een kleine verbetering van interventies al een grote besparing kan opleveren. Zo zijn er diverse voorbeelden van verpleegkundige en verzorgende interventies die na onderzoek onjuist of overbodig, en soms zelfs schadelijk voor de patiënt bleken te zijn. Aangetoond is dat er bijvoorbeeld rond operaties vele rituelen zijn. Zo is gebleken dat het standaard preoperatief scheren, het te lang nuchter houden van patiënten voor een operatie, en het routinematig temperatuur van postoperatieve patiënten niet zinvol is. Ook het routinematig fixeren van cliënten in het kader van valpreventie in verpleeg- en verzorgingshuizen blijkt verminderd te kunnen worden zonder dat er een toename van het aantal valincidenten of letsels is. Het veel toegepaste smeren ter preventie van decubitus blijkt een niet-werkend ritueel te zijn. Ook fixeren en separeren in de geestelijke gezondheidszorg wordt nog te vaak onnodig toegepast.<sup>11</sup> De veelgebruikte neurodevelopment treatment NDT bij mensen met CVA bleek na onderzoek niet effectief.<sup>12</sup>

Slimmer werken bespaart niet alleen kosten, maar is ook aangenamer voor de cliënt of patiënt die geen onnodige of foute interventies ondergaat. Ook dit pleit ervoor te investeren in onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van verpleegkundige en verzorgende interventies, en waar nodig in de ontwikkeling van nieuwe interventies.

Er is niet alleen nieuwe kennis nodig. Sommige interventies zijn immers inmiddels wel (wetenschappelijk) onderbouwd, maar de nieuwe inzichten zijn nog onvoldoende in de praktijk ingevoerd. Om doelmatig en doeltreffend zorg te kunnen leveren, zijn dus ook investeringen nodig in implementatie en deskundigheidsbevordering.

### **2.4 Beroepen aantrekkelijker maken**

Een bedreiging van de kwaliteit van de zorg is het verwachte tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden. Op dit moment werkt 11 procent van de beroepsbevolking in de gezondheidszorg. Volgens de Raad voor de Volksgezondheid zou dat bij ongewijzigd beleid in de toekomst tussen de 19 en 22 procent moeten zijn. Hoewel ook in de cure sector fricties zullen ontstaan, worden de grootste problemen in de care sector verwacht. Om de groei te begrenzen heeft het vorige kabinet als doel geformuleerd dat in 2025 niet meer dan 18 procent van de beroepsbevolking in de zorgsector werkzaam zal zijn. Daarbij is rekening gehouden met een stijging van de arbeidsproductiviteit.<sup>13</sup>



De verwachte grote vraag naar verpleegkundigen en verzorgenden vraagt om maatregelen om hun werk aantrekkelijk te houden. Minister Klink en staatssecretaris Bussemaker van VWS zijn zich hiervan bewust en hebben aangekondigd het plezier van het werken in de zorg te willen vergroten. Het verminderen van administratieve lasten en het bevorderen van innovaties en ICT die de werkdruk verlichten, hebben daarom voor hen de hoogste prioriteit. Ook imagoverbetering is een speerpunt van het beleid.<sup>14</sup>

Er zijn volop kansen om het werk aantrekkelijk te maken. Uit exitinterviews met verpleegkundigen en verzorgenden die ontslag hebben genomen, blijkt bijvoorbeeld dat het ontbreken van ontplooiingsmogelijkheden en -perspectief de belangrijkste vertrekredenen zijn.<sup>15</sup> Meer ontplooiingsmogelijkheden voor verpleegkundigen en verzorgenden door functiedifferentiatie en taakherschikking en voldoende carrièremogelijkheden zijn dus belangrijk voor het behoud en de werving van personeel. Verpleegkundigen en verzorgenden noemen zelf bij- en nascholing in de top drie van meest belangrijke aspecten om het beroep aantrekkelijk te houden.<sup>16</sup> Ook scholingsmogelijkheden maken het werk dus aantrekkelijker.

Een ZonMw-programma voor verpleegkundige en verzorgende interventies geeft een wetenschappelijke basis aan de beroepen en dat is goed voor het imago. De beroepen krijgen daardoor meer status en worden aantrekkelijker voor jongeren. Als het programma bovendien tegelijkertijd aandacht schenkt aan organisatorische aspecten zoals carrièreperspectieven, aan het realiseren van minder administratieve lasten, en het creëren van meer ruimte voor de professional zal het substantieel kunnen bijdragen aan het aantrekkelijker maken van de beroepen.

## **2.5 Kennis- en innovatieland**

De mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden zijn opgeleid, heeft invloed op de kwaliteit van de zorg. Zo stelde Aiken vast dat beter opgeleid verpleegkundig en verzorgend personeel, betere zorg levert.<sup>17</sup> Stanton concludeerde dat ziekenhuizen met veel laag opgeleide verpleegkundigen slechtere resultaten boeken bij de behandeling van longontsteking, shock, hartstilstand, en urineweginfecties.<sup>18</sup>

Nederland wil kennis- en innovatieland zijn. In het coalitieakkoord is afgesproken dat de regering ernaar streeft tot de Europese top van het wetenschappelijk onderzoek te gaan behoren. De top moet hoger, de basis moet breder.<sup>19</sup> Het akkoord schrijft dat een gezonde dynamische economie niet kan zonder ontwikkeling van hoogwaardige kennis en de toepassing daarvan. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. Op dit terrein is er echter een achterstand ontstaan. Zo bleek de Nederlandse gezondheidszorg in 2000 gezakt te zijn tot de 25<sup>ste</sup> plaats op de wereldranglijst van de WHO<sup>20</sup>.

Nederland loopt op het terrein van verpleegkundig en verzorgend onderzoek ver achter bij veel andere Europese landen en de VS. Zo telt ons land slechts twee hoogleraren verplegingswetenschap. Er zijn ongeveer 50 mensen (0,02%) gepromoveerd op een verpleegkundig onderwerp, in de VS is dit percentage 0,6. Van de verpleegkundigen in Nederland heeft slechts 0,7 procent een doctoraal in de verplegingswetenschap (1.650 personen), terwijl in de VS 9,6 procent een masters degree heeft.<sup>21</sup> Het nieuwe Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidingscontinuüm (VBOC) kent hoogopgeleide verpleegkundig specialisten. De stuurgroep VBOC streeft naar 5% verpleegkundig specialisten op masters niveau in de zorg.<sup>22</sup> Om dit streven te concretiseren moet dus een flinke inspanning geleverd worden.

Een onderzoek- en implementatieprogramma verpleegkundige en verzorgende interventies zal de achterstandpositie van Nederland terugdringen en een noodzakelijke impuls geven aan het innovatieve vermogen van de verpleegkundige en verzorgende beroepsuitoefening.

### **3. Een eigen programma voor verpleegkundige en verzorgende interventies**

#### **3.1 Achterstand**

Bij talloze zorgproblemen spelen verpleegkundigen en verzorgenden een centrale rol en zijn zij het die het voortouw moeten nemen bij de oplossing ervan. De wetenschappelijke onderbouwing van hun interventies heeft echter een enorme achterstand ten opzichte van andere disciplines. Vanaf de start van ZonMw in 1997 tot 2007 is slechts twee procent van het totale beschikbare budget rechtstreeks besteed aan onderzoek op het terrein van de verpleegkundige en verzorgende beroepen. In relatie tot de omvang van deze beroepsgroepen, meer dan 400.000 verpleegkundigen en verzorgenden, is dit zeer bescheiden. Naast het programma *Tussen Weten en Doen* zijn er weliswaar andere ZonMw-programma's waar deze beroepen een rol spelen, maar de focus ligt daarbij op andere aspecten waardoor verpleegkundige en verzorgende interventies onvoldoende tot zijn recht komt.<sup>23</sup> In het programma *Patiëntveiligheid* bijvoorbeeld ligt de focus dominant op het medisch handelen. Het programma *Preventie* richt zich vooral op primaire preventie. Een inhaalslag op wetenschappelijk gebied is noodzakelijk zodat dit domein mee kan doen als volwaardige partner in multidisciplinair onderzoek en ontwikkeling.

#### **3.2 Eigen cultuur**

Een tweede argument voor een afzonderlijk programma is de wijze waarop kennis en innovaties geïmplementeerd moeten worden op de werkvloer. De traditionele, veelal individuele implementatiemethoden in de zorgsector zijn onvoldoende effectief bij deze beroepsgroepen. Artsen bijvoorbeeld werken vaak solistisch en zijn sterk gericht op de richtlijnen en aanbevelingen van de eigen beroepsorganisaties. Verpleegkundigen en verzorgenden werken in teams, zijn niet gewend vakliteratuur bij te houden, en hun organisatiegraad is veel lager waardoor hun beroepsorganisaties een minder invloedrijke rol kunnen spelen bij de implementatie van kennis. Zij zijn meer op hun werkgevende organisatie gericht en groepsprocessen spelen een belangrijke rol bij de kennisverwerving. Zij moeten meer collectief en op hun eigen werksituatie toegesneden wijze aangesproken worden. Een eigen programma gericht op verpleegkundige en verzorgende interventies biedt veel meer mogelijkheden voor een succesvolle implementatie en borging van innovaties en verbeteringen.

#### **3.3 Samenwerking met andere disciplines**

Een derde reden voor een specifiek programma voor verpleegkundige en verzorgende interventies is dat samenwerking met andere disciplines steeds belangrijker wordt in de zorg. Gelijkwaardigheid is daarbij van belang. Dit vraagt om kennis over het eigen beroepsdomein. Veel kennis over verpleegkundige en verzorgende interventies is gebaseerd op ervaring en consensus van experts. In de praktijk blijkt dit onvoldoende om een eigen inbreng te hebben in samenwerkingsverbanden. Inbreng in multidisciplinaire teams is pas goed mogelijk als verpleegkundigen en verzorgenden zelf over voldoende wetenschappelijk gefundeerde kennis van hun eigen domein beschikken.

*"De mogelijkheid van zorgprofessionals om te reflecteren op hun werk, om kennis en kunde met collega's te delen is een deel van het werk en moet hersteld. Het viel mij op dat veel gebeurt omdat het nu eenmaal zo gaat, niet omdat het goed is voor die ene cliënt. Een verandering in werkhouding is nodig. Dat kan niet zonder reflectie van medewerkers zelf, maar ook niet zonder een gesprek tussen professional en management."* Staatssecretaris van VWS, mevrouw dr. J. Bussemaker, 31 mei 2007.<sup>24</sup>

## **4. Thema's**

### **4.1 Doelstelling van het nieuwe programma**

In het licht van de hiervoor genoemde redenen is duidelijk dat een nieuw onderzoek- en implementatieprogramma voor verpleegkundige en verzorgende interventies nodig is. Dit programma moet als doel hebben de doeltreffendheid en doelmatigheid te bevorderen van verpleegkundige en verzorgende interventies door het doen van onderzoek, het ontwikkelen en testen van vernieuwingen, en de implementatie en borging van verbeteringen en vernieuwingen in de praktijk.

### **4.2 Uitgangspunten voor een nieuw programma**

Bij de selectie van onderstaande thema's met verpleegkundige en verzorgende interventies waarvoor onderzoek en implementatie nodig zijn, zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd.

- De thema's sluiten aan bij het beleid van het ministerie van VWS dat grote opgaven ziet, in omvang en complexiteit, op het gebied van de verpleging en verzorging en in het bijzonder in de langdurige zorg.<sup>25</sup>
- De thema's omvatten onderwerpen rond de problemen die verpleegkundigen en verzorgenden zelf hebben aangegeven in de praktijk te ervaren.<sup>26</sup>
- De thema's betreffen veel voorkomende zorgproblemen waar veel patiënten mee te maken hebben en die vaak een grote last voor de patiënt betekenen.<sup>27</sup>
- Zorgproblemen dienen doorgaans multidisciplinair opgelost te worden. De geselecteerde thema's betreffen die terreinen in de zorg waarbij verpleegkundigen en verzorgenden een leidende rol spelen.
- De thema's betreffen verpleegkundige en verzorgende interventies die in meerdere sectoren van de zorg voorkomen zodat kennis breed ingezet kan worden, ook bij verdere verschuivingen tussen of samensmelting van sectoren.
- De thema's en onderwerpen bouwen waar mogelijk voort op de reeds opgebouwde kennis in de andere ZonMw-programma's zodat de "body of knowledge" verder uitgebouwd wordt.

### **4.3 Thema's**

Op grond van bovenstaande uitgangspunten zijn tien groepen met verpleegkundige en verzorgende interventies geselecteerd die dringend om meer onderbouwing vragen. Hieronder zijn deze beschreven. Negen thema's hebben betrekking op interventies bij langdurige zorg, en één betreft de zorg rond operaties. Het elfde thema richt zich niet op interventies, maar op onderzoek en implementatie in het licht van carrièreperspectieven en taakherschikkingen om de beroepen aantrekkelijker te maken.

- **Preventie en leefstijl**

Het ministerie van VWS streeft naar integratie van preventie in cure en care.<sup>28</sup> Dit geldt ook voor de eerstelijnszorg in buurten en wijken. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben doorgaans het meest intensieve contact met patiënten en cliënten. Zij zijn het die een belangrijke rol kunnen vervullen bij de bevordering van zelfredzaamheid en gezond gedrag. Zo kunnen zij bij uitstek leefstijlen van chronisch zieken beïnvloeden, therapietrouw bevorderen, en gezond gedrag stimuleren zoals ter voorkoming van obesitas en diabetes.

- **Omgaan met gedragsproblemen en -stoornissen**

Een groot praktijkprobleem is de omgang met gedragsproblemen in het algemeen zoals agressieve patiënten, veeleisende patiënten en mantelzorgers, kwetsbare of depressieve patiënten. Ook de omgang met psycho-geriatrische patiënten wordt door veel verpleegkundigen en verzorgenden als een groot zorgprobleem ervaren. In het programma *Tussen Weten en Doen* zijn op dit terrein dan ook enkele projecten gestart. Meer kennis en tools voor interventies zijn echter nog steeds zeer wenselijk.

- **Patiëntveiligheid**

De laatste tijd is er veel aandacht voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen, maar ook in andere sectoren is patiëntveiligheid een prioriteit. Verpleegkundigen en verzorgenden spelen hierbij een grote rol bijvoorbeeld bij medicatietoediening, infectiepreventie, bij het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen en de signalering van delier. Kennis en een open cultuur in teams en instellingen dragen bij aan veiliger patiëntenzorg. De nadruk in dit traject zal dan vooral op implementatie en borging moeten liggen.

- **Voedingsbeleid**

Ondervoeding is een belangrijk zorgprobleem in alle sectoren. Ondervoeding is zeer ongewenst omdat het de kans op complicaties bij ziekten vergroot, de opnameduur verlengt, de kwaliteit van leven vermindert en de kans op vroegtijdig overlijden verhoogt. Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het opstarten van een goede, multidisciplinaire voedingszorg. Er is een grote behoefte bij verpleegkundigen en verzorgenden aan een betere onderbouwing van het voedingsbeleid en hun rol daarbij.

- **Continentie**

Incontinentie is een veel voorkomend en kostbaar zorgprobleem. Naar schatting vijf procent van de volwassenen heeft er mee te kampen, waaronder meer dan de helft van de bewoners in verzorgingshuizen en circa 90 procent van die in verpleeghuizen.<sup>29</sup> De last voor mensen met incontinentieproblemen is erg groot. Schaamtegevoelens spelen een grote rol. Innovaties op het gebied van de verpleegkundige en verzorgende interventies kunnen veel opleveren voor de kwaliteit van leven en de kosten van de zorg.

- **Complicaties bij somatische zorg**

Rond dit onderwerp zijn in het lopende programma *Tussen en Weten en Doen* diverse projecten gestart. O.a. rond behandeling en preventie van decubitus en interventies bij wonden/smetten. Veel kennis is reeds beschikbaar. De implementatie en borging van die kennis in de praktijk is echter nog onvoldoende van de grond gekomen.

- **Zorg rond operaties**

Gebleken is dat bij de pre- en postoperatieve zorg nogal wat verpleegkundige interventies niet meer dan rituelen zijn die zinloos of soms zelfs schadelijk voor de patiënt zijn. Op dit terrein zijn nog vele handelingen niet onderbouwd. Ook de implementatie van nieuwe inzichten is onvoldoende. Een extra impuls is dus nodig.

- **Co-morbiditeit**

Verpleegkundigen en verzorgenden krijgen steeds meer te maken met mensen met meerdere aandoeningen. Dit geldt met name in de verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, maar ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg waar steeds meer oudere bewoners verblijven.

*'Hoe om te gaan met een patiënt met een psychiatrische aandoening die dementie ontwikkelt, COPD heeft en in de verstandelijk gehandicaptenzorg is opgenomen?'*  
Citaat uit Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg, leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda voor de gezondheidssector<sup>30</sup>

- **Pijnbestrijding en palliatieve zorg**

Pijnbestrijding is een zeer belangrijk middel om de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren. Dit geldt in het bijzonder in de palliatieve zorg. In de palliatieve zorg hebben patiënten echter vaak niet alleen pijn- en andere lichamelijke klachten, maar ook grote psychische, sociale en spirituele behoeften. De staatssecretaris van VWS wil de palliatieve zorg met name in de eerstelijns zorg in wijken en buurten versterken door de kennis opgebouwd in hospices hier te gebruiken.<sup>31</sup> Verpleegkundigen en verzorgenden zullen hierbij door hun intensieve contact met de patiënten van grote betekenis zijn. Een programma verpleegkundige en verzorgende interventies kan hier derhalve een zinvolle bijdrage leveren. Dit thema heeft raakvlakken met het ZonMw-programma *Palliatieve zorg* dat in 2009 afloopt.

- **Domotica en technologie**

Technische innovaties zoals video-thuis, domotica, infusiepompen en zuurstofvoorzieningen in huis doen hun intrede en roepen vooral kennisvragen op over andere zorgconcepten<sup>32</sup>. Concepten waarbij verpleegkundigen en verzorgenden een sleutelrol spelen. Wat betekenen technische innovaties voor de zorg door verpleegkundigen en verzorgenden? Wat betekent dit voor de opleidingen? ZonMw heeft in 2006 het onderzoeks- en implementatieprogramma *Thuiszorgtechnologie* afgerond. Tot de gewenste verlenging van dit programma is nog niet besloten. Koppeling aan een programma verpleegkundige en verzorgende interventies lijkt wenselijk.

- **Carrièreperspectief en taakherschikking**

Om voldoende en juiste mensen te hebben die de interventies kunnen uitvoeren, is het nodig de verpleegkundige en verzorgende beroepen aantrekkelijker te maken. De beroepen worden aantrekkelijker niet alleen door goed onderbouwde interventies, maar ook door goede scholing, functiedifferentiatie, taakherschikking en carrièremogelijkheden. Daarom is er naast bovengenoemde thema's behoefte aan onderzoek naar organisatorische aspecten rond carrièreperspectief, taakverschuiving en functiedifferentiatie. Ook is er behoefte aan meer kennis over hoe het imago van het beroep verbeterd kan worden. Projecten in dit kader moeten met onderzoek worden onderbouwd en op hun effectiviteit beoordeeld.

#### **4.4 Kennisketen**

Het is belangrijk per thema de gehele kennisketen van onderzoek en ontwikkeling tot borging in de praktijk en evaluatie in beeld te brengen, en afhankelijk van de stand van zaken van de kennis op een bepaald thema projecten te formuleren. Een gehele kennisketen bestaat uit de volgende onderdelen: 1. reviews; 2. onderzoek; 3. de ontwikkeling van verpleegkundige en verzorgende interventies; 4. kennisdistributie en implementatie; 5. borging in de praktijk; en 6. monitoring en evaluatie.

Niet voor ieder thema is het nodig om alle onderdelen van de kennisketen even diepgravend uit te voeren. Er is geen behoefte aan meer uitgebreide state-of-the-art-studies. Systematic reviews geven voldoende basis voor onderzoek- en ontwikkeltrajecten. Er is op veel terreinen wel behoefte aan meer wetenschappelijke kennis die omgezet kan worden in betere verpleegkundige en verzorgende interventies. Dit kan bijvoorbeeld door multidisciplinaire richtlijnen, protocollen en handreikingen bij voorkeur samen met andere disciplines uit te werken, maar ook door geheel nieuwe interventies en nieuwe zorgconcepten te ontwikkelen.

Invoering in de praktijk van de resultaten van onderzoek en ontwikkeling vraagt om bij- en nascholing van beroepsbeoefenaren. Van belang is resultaten en inzichten ook op te nemen in de initiële opleidingen. Bijzonder aandachtspunt is dat de verpleegkundigen en verzorgenden op hun eigen wijze aangesproken moeten worden om daadwerkelijk borging in de praktijk te realiseren. De traditionele, op het individu gerichte

implementatiemethode in de medisch sector is niet effectief bij deze beroepsgroepen. Onderzoek naar de meest geschikte implementatiestrategieën en –methoden voor verpleegkundigen en verzorgenden is wenselijk. De traditionele implementatiemethoden zouden voor deze groep bijvoorbeeld aangevuld kunnen worden met methoden als coaching en cultuurverandering in teams en instellingen.

Zorg is voortdurend in beweging. Ervaringen dienen dan ook gemonitord te worden met eenvoudige kwaliteitsindicatoren. Op deze wijze kan een continue verbetercyclus in de interventies van verpleegkundigen en verzorgenden gerealiseerd worden.

## **5. Infrastructuur**

### **5.1 Instandhouden en uitbouwen**

In haar *Advies Onderzoek Verpleging & Verzorging*<sup>33</sup> stelde de RGO vast dat het onderzoeksveld onvoldoende is toegerust om in de behoefte aan verpleegkundig en verzorgend onderzoek te voorzien. De RGO adviseerde daarom het onderzoek te concentreren rond een beperkt aantal universitair medische centra. Ter ondersteuning van deze centra adviseerde de Raad een tijdelijke subsidie van onderzoeksplaatsen (fellowships) voor veelbelovende onderzoekers. Dit deel van het advies is echter niet overgenomen en de huidige infrastructuur voor verpleegkundig en verzorgend onderzoek is nog steeds bescheiden. Nederland telt twee hoogleraren (in Nijmegen en Maastricht) en een bijzonder hoogleraar verplegingswetenschap. Wel zijn aan veel hogescholen inmiddels lectoren met een verpleegkundige taakopdracht benoemd die ook onderzoek verrichten. Daarnaast zijn een aantal onderzoeksinstituten actief zoals Nivel, Trimbos Instituut, EMGO en zijn er kenniscentra voor diverse ziektebeelden. Voor het in stand houden en de uitbouw van een goede infrastructuur is het van belang dat er continuïteit is in de financiering van onderzoek. Dat pleit voor een langdurig programma van 10 jaar vergelijkbaar met de 10-jarige programma's *Revalidatie* en *Geestkracht*. Deze programma's hebben tot gevolg gehad dat Nederland nu beschikt over een goede infrastructuur op deze onderzoeksterreinen. De basisimpulsen van *Geestkracht* en *Revalidatie* hebben ook tot gevolg gehad dat aanvullende middelen gevonden zijn om noodzakelijk onderzoek te financieren. Een 10-jarig programma maakt het bovendien mogelijk de gehele kennisketen te doorlopen en maakt het aantrekkelijk voor promovendi om een verpleegkundig en/of verzorgend onderwerp te kiezen.

### **5.2 Brugfunctie**

Ter versteviging van de infrastructuur achtte de RGO indertijd een instituut noodzakelijk dat een krachtige brugfunctie vervult tussen de universitair medische centra en de buitenuniversitaire instituten. Dit instituut zou moeten bijdragen aan het bijeenbrengen van onderzoek en praktijk, als mede aan de samenwerking tussen de universitaire onderzoeksinstituten. De staatsecretaris van VWS deelde deze mening: "Alhoewel het realiseren van netwerken in eerste instantie een verantwoordelijkheid is van de centra zelf, zie ik hier een bevorderende en ondersteunende rol weggelegd voor het LEVV. Ik ben het geheel eens met de aanbeveling van de Raad om het LEVV aan te stellen als nationaal intermediair instituut."<sup>34</sup> In het kader van projecten van het ZonMw-programma *Tussen en Weten en Doen* zijn diverse niet-structurele samenwerkingsverbanden ontstaan. Bij een nieuw programma dienen instituten en instellingen wederom zelf nieuwe samenwerkingsverbanden te vormen rond een thema of onderwerp. Er is dan een beperkte coördinerende functie nodig welke door het LEVV vervuld kan worden.

### **5.3 Samenwerking met praktijkinstellingen**

Belangrijk is dat bovengenoemde samenwerkingsverbanden niet alleen bestaan uit onderzoeks- en kennisinstituten. Ook zorginstellingen, ROC's en hogescholen dienen van het begin af aan bij het onderzoek betrokken te zijn. Zorginstellingen zijn bereid om aan onderzoek mee te werken, mits eventuele positieve resultaten na afloop ook beschikbaar zijn voor de instelling. De verantwoordelijkheid van de onderzoekers houdt niet op bij het einde van het onderzoek. Voor instellingen die aan onderzoek meewerken, dienen eventuele resultaten beschikbaar te komen of te blijven.

Bijzonder aspect is dat zorginstellingen steeds meer onderling moeten concurreren. Zij hebben er belang bij om een betere kwaliteit van zorg te kunnen bieden waardoor zij meer geneigd zijn zelf ook te investeren in onderzoek.

#### **5.4 Implementatie en kennisdistributie**

De infrastructuur voor implementatie en kennisdistributie is beschikbaar. Hiervoor kan een beroep gedaan worden op de hogescholen, Vilans, LEVV en de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Ook ZonMw kan hier een bijdrage leveren. Zij kunnen onderzoeksresultaten vertalen naar de praktijk van alledag. Wel staat de algemene dataverzameling over verpleging en verzorging onder druk.



## **6. Budget**

### **6.1 Investering**

Gezien de achterstand die het onderzoek naar verpleegkundige en verzorgende interventies heeft, en de grote rol die deze interventies spelen bij herstel en het voorkomen van het verergeren van aandoeningen, is een eenmalige grote investering noodzakelijk. Deze investering zal zichzelf vele malen terugbetalen. Niet alleen in betere zorg, maar ook in het betaalbaar houden van zorg en in het voorkomen van tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden.

### **6.2 Omvang van het budget**

Het totaal benodigde budget voor een programma van 10 jaar wordt geschat op 50 miljoen euro. Bij een geschatte jaarlijkse salarissom van verpleegkundigen en verzorgenden van 9 miljard is dit bedrag slechts 0,06%. Een grotere investering zou dus alleszins te verantwoorden zijn. Er is namelijk zeer veel winst te behalen. De geringe omvang van de infrastructuur voor onderzoek en ontwikkeling legt echter beperkingen aan de omvang van het budget. Beschikbare gelden dienen immers effectief ingezet te kunnen worden. Verwacht wordt dat in Nederland voldoende deskundigheid aanwezig is om een jaarbudget van 5 miljoen euro verantwoord te kunnen besteden.

### **6.3 De verdeling van het budget**

Naast het budget voor wetenschappelijk onderzoek moet een ruim budget gereserveerd worden voor implementatie van nieuwe inzichten. Ook door bestaande kennis beter te benutten kan al op korte termijn doeltreffender en doelmatiger zorgverlening gerealiseerd worden. De nascholingsbudgetten van zorginstellingen voor verpleegkundigen en verzorgenden zijn meestal zeer bescheiden. Verpleegkundigen en verzorgenden zelf beschikken ook niet over middelen om zelf hun deskundigheidsbevordering te bekostigen. In de CAO's zijn voor deze beroepen nauwelijks middelen voor beroepsondersteuning opgenomen. Dit in tegenstelling tot medisch specialisten in loondienst voor wie in 2006 per beroepsbeoefenaar een budget is opgenomen van maximaal € 5023,- voor persoonlijke beroepskosten zoals nascholing, vakliteratuur en lidmaatschap van hun beroepsvereniging.

Verder is flexibiliteit in het nieuwe programma van belang zodat er financiële ruimte blijft voor nieuwe en actuele onderwerpen. Situaties kunnen in 10 jaar meer of minder ingrijpend veranderen. Het programma moet daar op kunnen insprijnen.

Een deel van het budget moet gereserveerd worden voor het verzamelen en beschikbaar houden van algemene basisinformatie over de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden.

Conform het RGO-advies is het tenslotte wenselijk een deel van het budget (ongeveer 15%) te labelen voor het mogelijk maken van fellowships zodat er een stevige basis gelegd wordt onder de infrastructuur voor verpleegkundig en verzorgend onderzoek.

## Noten

<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg p19. Den Haag, Ministerie van VWS, maart 2006.

<sup>2</sup> Raad voor Gezondheidsonderzoek: Advies Onderzoek Verpleging & Verzorging. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2001; publicatie 34.

<sup>3</sup> Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dr. A. Klink en staatsecretaris dr. J. Bussemaker, Brief aan de Tweede Kamer, Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, april 2007.

<sup>4</sup> Arcares, Z-org, AVVV, BTN, LOC, NVVA, Sting i.s.m. VWS en ZN, Normen Verantwoorde zorg thuis. Juni 2006.

<sup>5</sup> Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging en Nivel. Richtlijn: Smetten (intertrigo) preventie en behandeling. LEVV/Nivel, Utrecht 2004.

<sup>6</sup> Nivel en Rivas Zorggroep. Richtlijn: Het begeleiden van mensen met dementie die apatisch zijn. Nivel/Rivas zorggroep, Utrecht, 2006.

<sup>7</sup> Nivel en Rivas Zorggroep. Richtlijn: Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. Nivel/Rivas zorggroep, Utrecht 2006.

<sup>8</sup> Wagner C., Bruijne M. de, Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. EMGO Instituut en NIVEL, Amsterdam, Utrecht, 2007.

<sup>9</sup> Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dr. A. Klink en staatsecretaris dr. J. Bussemaker, Brief aan de Tweede Kamer, Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, april 2007.

<sup>10</sup> Idem.

<sup>11</sup> Engelsehoven I. van, Plas M., Doorbreek de rituelen, werkdocument 9 (nog niet gepubliceerd). LEVV, Utrecht, mei 2007.

<sup>12</sup> Hafsteinsdóttir T.B. e.a., Neurodevelopmental treatment na een CVA: populair – maar werkt niet. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde 2006; 31 (1): 6-10.

<sup>13</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Arbeidsmarkt en Zorgvraag. RVZ, Den Haag, 2006.

<sup>14</sup> Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dr. A. Klink en staatsecretaris dr. J. Bussemaker, Brief aan de Tweede Kamer, Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, april 2007.

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Jongh drs. D.M. de, e.a., De aantrekkelijkheid van het beroep 2005. LEVV, Nivel, AVVV, Utrecht, maart 2006.

<sup>17</sup> Aiken L.H. e.a, Hospital Nurse Staffing, Education, and Patient Mortality. LDI Issue Brief, Leonard Davis Institute of Health Economics, volume 9, number 2, October 2003.

<sup>18</sup> Stanton M.W., Rutherford M.K., Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; Research in Action, issue 14, March 2004.

<sup>19</sup> Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie. Den Haag, 7 februari 2007.

<sup>20</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Den Haag, Ministerie van VWS, maart 2006.

<sup>21</sup> Idem 18.

<sup>22</sup> VBOC-AVVV, Verpleegkundige toekomst in goede banen. AVVV, Utrecht, 2006.

<sup>23</sup> "Tussen Weten en Doen is niet het enige programma met V&V-projecten. Sinds de start van ZonMw (1997) zijn in totaal 94 projecten in totaal 16 programma's gehonoreerd. De meeste projecten zitten bij Tussen Weten en Doen (45), thuiszorgtechnologie (19), palliatieve zorg in de terminale fase (9) en ouderenpsychiatrie (8). De projecten zijn in enige mate gelijk verdeeld over onderzoeksprojecten (26%), ontwikkelingsprojecten (44%) en implementatieprojecten (29%)." Bron: Slijper M., Vijf jaar Tussen Weten en Doen. Verpleegkunde 2006-21 nr 1. Amsterdam, maart 2006.

<sup>24</sup> Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw dr. J. Bussemaker, Brief aan de Tweede Kamer, Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan. Den Haag, Ministerie van VWS, 31 mei 2007.

<sup>25</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg p19. Den Haag, Ministerie van VWS, maart 2006.

<sup>26</sup> Het LEVV heeft een behoeftepeiling gedaan onder verpleegkundigen en verzorgenden naar hun behoefte aan onderzoek. Hieruit blijkt dat de aangegeven onderwerpen voor onderzoek zeer divers zijn. Deze lopen uiteen van verpleegtechnische handelingen zoals het gebruik van verbandmiddelen bij decubitus tot beroepshouding zoals de bejegening van bepaalde groepen patiënten. De volgende onderwerpen zijn het meest genoemd: bejegening van psycho-geriatrische patiënten; medicatietoediening; behandeling en preventie van decubitus en andere wonden/smetten;

---

voedingsbeleid; en zorg rondom operaties. Bron: Plas M. e.a., Prioriteiten voor onderzoek in de verpleging en verzorging, een behoeftepeiling onder verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, LEVV, 28 maart 2007.

<sup>27</sup> Halfens R.J.G. e.a, Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, p 49 e.v. Universiteit Maastricht, 2006.

<sup>28</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Den Haag, p25 Ministerie van VWS, maart 2006.

<sup>29</sup> Gezondheidsraad, Urine-incontinentie. Den Haag, Gezondheidsraad, 2001.

<sup>30</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg p19. Den Haag, Ministerie van VWS, maart 2006.

<sup>31</sup> Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw dr. J. Bussemaker, Brief aan de Tweede Kamer, Palliatieve zorg: de pioniersfase voorbij. Den Haag, Ministerie van VWS, 7 juni 2007.

<sup>32</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg p19. Den Haag, Ministerie van VWS, maart 2006.

<sup>33</sup> Raad voor Gezondheidsonderzoek: Advies Onderzoek Verpleging & Verzorging. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2001; publicatie 34.

<sup>33</sup> Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs Clémence Ross-van Dorp, Brief aan de Tweede Kamer, Standpunt RGO advies Onderzoek verpleging en verzorging. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 3 september 2003.

---

## **Bijlage 1: Programmacommissie Tussen weten en doen**

De heer P.J.M. Koopman, directeur Adhesie GGZ Midden Overijssel, voorzitter  
Mevrouw dr. C.M. Cox, lector Fontys Hogeschool Eindhoven  
Mevrouw dr. A.L. Francke, programmaleider Verpleging en Verzorging, NIVEL  
Mevrouw drs. A. Hamming, Den Haag  
Mevrouw drs. Y. Heijnen-Kaaes MBA, adjunct-directeur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging  
De heer dr. R.H. van Lingen, lector Implementatie in de GGZ, Kenniscentrum Scienca Kennistransfer, GGZ Overijssel  
Mevrouw dr. W.J.M. Scholte op Reimer, Erasmus MC, Thoraxcentrum  
De heer W. de Vries

Waarnemer VWS: Mevrouw K. Pelleboer, Directie Innovatie, Beroepen en Ethiek, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De heer mr. M. Slijper MPH, programmasecretaris ZonMw  
Mevrouw D. Abels, programmaassistent ZonMw

---

## **Bijlage 2: Informanten**

Er zijn gesprekken gevoerd met de volgende vertegenwoordigers van expertise- en onderzoeksinstellingen, patiëntenorganisaties, overheid en de beroepspraktijk:

### **Patiëntenorganisaties**

Mevrouw H. Cliteur, hoofd afdeling Collectieve Belangenbehartiging, CG-Raad  
Mevrouw ir. H.J.M. van der Hoeven MHA, senior beleidsmedewerker NPCF

### **Overheid**

Mevrouw drs. A. Jonkers, senior beleidsmedewerker dienst Langdurige Zorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
De heer drs. H.C.M. Middelpaats, hoofd afdeling Arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw K. Pelleboer, beleidsmedewerker afdeling Beroepen en opleidingen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. J. van Veen, hoofdinspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg

### **Sleutelfiguren uit de praktijk**

De heer drs. J. Boonen, kwaliteitsfunctionaris, Severinus, Veldhoven  
De heer A. Hendriks, voorzitter Raad van Bestuur Severinus, Veldhoven  
Mevrouw dr. M. Kaljouw, voorzitter Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Utrecht  
De heer P.J.M. Koopman, directeur Adhesie GGZ Midden Overijssel, Deventer  
Mevrouw Y. Neyman, opleidingsadviseur De Wever, Tilburg  
De heer drs. J. Portengen, directeur Solis Zorggroep, Deventer  
Mevrouw H.E.M. Sales MHA, lid Raad van Bestuur Carint Reggeland, Hengelo  
De heer drs. T. van Summeren, sectormanager somatiek, verpleeghuis De Hazelaar, Tilburg  
Mevrouw J. van Vliet MHA, lid Raad van Bestuur Vlietlandziekenhuis, Schiedam

### **Expertise en onderzoeksinstellingen**

Mevrouw dr. A.L. Francke, programmaleider Verpleging en Verzorging, NIVEL, Utrecht  
Mevrouw drs. Y. Heijnen-Kaales MBA, adjunct-directeur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, Utrecht  
De heer B.A.J. Jongejan, arts, directeur CBO, Utrecht  
Mevrouw dr. A.J. Mintjes, directeur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, Utrecht  
De heer drs. P.J.M.L. Mistiaen, senior onderzoeker Nivel, Utrecht  
De heer mr. M. Slijper MPH, programmasecretaris Tussen Weten en Doen, ZonMw, Den Haag  
De heer drs. R.T. van Zelm, senior adviseur CBO, Utrecht

### **Netwerk Lectoren en hoogleraren van LEVV**

De heer prof.dr. Th. van Achterberg, hoogleraar Verplegingswetenschap, Universiteit van Nijmegen  
Mevrouw dr. G.J.J.W. Bours, opleidingscoördinator Master Advanced Nursing Practice, Hogeschool Zuyd, Heerlen  
Mevrouw dr. C.M.M. Cox, lector Evidence Based Practice, Fontys hogeschool Verpleegkunde en Fontys Paramedische Hogeschool, opleiding Fysiotherapie, Eindhoven  
Mevrouw drs. J. Hoogerduijn, lid kenniskring lectoraat Chronische Aandoening, Hogeschool Utrecht  
De heer drs. G.H. Hunink, lid kenniskring lectoraat ethiek van de zorg, Christelijke Hogeschool Ede  
Mevrouw dr. J. de Lange, lector Transitie in zorg, Hogeschool van Rotterdam  
Mevrouw dr. A.J. Mintjes-de Groot, lector Acute intensieve zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen  
Mevrouw drs. M.B. Nieweg, lid kenniskring lectorraad Transparante zorgverlening, Academie voor Gezondheidsstudies, Hanze Hogeschool, Groningen  
Mevrouw drs. A. van Staa, lector Transitie in Zorg, Hogeschool van Rotterdam  
Mevrouw prof.dr. R. de Wit, hoogleraar Verplegingswetenschap, Universiteit Maastricht

---

## Bijlage: Literatuurlijst

- Aiken L.H. e.a, Hospital Nurse Staffing, Education, and Patient Mortality. LDI Issue Brief, Leonard Davis Institute of Health Economics, volume 9, number 2, October 2003.
- Arcares, Z-org, AVVV, BTN, LOC, NVVA, Sting i.s.m. VWS en ZN, Normen Verantwoorde zorg thuis. Juni 2006.
- Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie. Den Haag, 7 februari 2007.
- Dalderup J., Verpleegkundige opleidingen op bachelor, master en doctor niveau in Europa. Nog niet gepubliceerd.
- Engelshoven I. van, Plas M., Doorbreek de rituelen, werkdocument 9 (nog niet gepubliceerd). LEVV, Utrecht, mei 2007.
- Gezondheidsraad, Urine-incontinentie. Den Haag, Gezondheidsraad, 2001.
- Hafsteinsdóttir T.B. e.a., Neurodevelopmental treatment na een CVA: populair – maar werkt niet. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde 2006; 31 (1): 6-10
- Halfens R.J.G. e.a, Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, p 49 e.v. Universiteit van Maastricht, 2006.
- Jongh drs. D.M. de, e.a., De aantrekkelijkheid van het beroep 2005. LEVV, Nivel, AVVV, Utrecht, maart 2006.
- Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging en Nivel. Richtlijn: Smetten (intertrigo) preventie en behandeling. LEVV/Nivel, Utrecht 2004.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Den Haag, Ministerie van VWS, maart 2006.
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dr. A. Klink en staatsecretaris dr. J. Bussemaker, Brief aan de Tweede Kamer, Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, april 2007.
- Nivel en Rivas Zorggroep. Richtlijn: Het begeleiden van mensen met dementie die apatisch zijn. Nivel/Rivas zorggroep, Utrecht, 2006.
- Nivel en Rivas Zorggroep. Richtlijn: Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. Nivel/Rivas zorggroep, Utrecht 2006.
- Plas M. e.a., Prioriteiten voor onderzoek in de verpleging en verzorging, een behoeftepeiling onder verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, LEVV, 28 maart 2007.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek, Advies Onderzoek Verpleging & Verzorging. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2001; publicatie 34.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Arbeidsmarkt en Zorgvraag. RVZ, Den Haag, 2006
- Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw dr. J. Bussemaker, Brief aan de Tweede Kamer, Palliatieve zorg: de pioniersfase voorbij. Den Haag, Ministerie van VWS, 7 juni 2007.
- Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. Clémence Ross-van Dorp, Brief aan de Tweede Kamer, Standpunt RGO advies Onderzoek verpleging en verzorging. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 3 september 2003.
- Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw dr. J. Bussemaker, Brief aan de Tweede Kamer, Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan. Den Haag, Ministerie van VWS, 31 mei 2007.
- Stanton M.W., Rutherford M.K., Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; Research in Action, issue 14, March 2004.
- VBOC-AVVV, Verpleegkundige toekomst in goede banen. AVVV, Utrecht, 2006
- Slijper M., Vijf jaar Tussen Weten en Doen. Verpleegkunde 2006-21 nr 1. Amsterdam, maart 2006.
- Wagner C., Bruijne M. de, Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. EMGO Instituut en NIVEL, Amsterdam, Utrecht, 2007.