TSG Tijdschr Gezondheidswet (2026) 104:1–10
https://doi.org/10.1007/s12508-026-00480-w

De verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar in de wijk: ervaringen en kansen

Ytje J. J. van der Veen · M. Annemarie E. Wagemakers · Henk Rosendal · Willemieke Kroeze

Ontvangen op: 20 mei 2025 / Geaccepteerd op: 24 februari 2026 / Published online: 21 april 2026
© The Author(s) 2026

Samenvatting In de transitie van de gezondheidszorg kunnen verpleegkundigen een belangrijke rol als gezondheidsbevorderaar in de wijk vervullen. Uitvoering van deze rol wordt echter belemmerd door overheidsbeleid, werkgerelateerde factoren en kennis- en handelingsbehoeften. Wij onderzochten hoe verpleegkundige voortrekkers in wijkgerichte gezondheidsbevordering deze vormgeven, met als doel meer inzicht te krijgen in hun ervaringen en kansen voor verbetering. We deden kwalitatief explorerend onderzoek met verpleegkundigen die actief zijn in wijkgerichte gezondheidsbevordering, via vijftien interviews en vier reflectiesessies (in totaal 24 unieke respondenten). De data zijn thematisch geanalyseerd. De verpleegkundigen zijn zeer gemotiveerd voor wijkgerichte gezondheidsbevordering. Ze starten met het in beeld krijgen van de wijk en investeren voortdurend in het domeinoverstijgende professionele netwerk. Dit resulteert in diverse gezondheidsbevorderende activiteiten. Verpleegkundigen zetten hierbij veel competenties in. Professioneel leiderschap is hiervan het belangrijkst, doordat zij hun visie op gezondheid(sbevordering) uitdragen, draagvlak verkrijgen, en zichtbaar en verbindend in de wijk aanwezig zijn. De grote variëteit aan verpleegkundige activiteiten kan een diffuus beeld van de bijdrage van verpleegkundigen veroorzaken. Een kwaliteitsinstrument kan hierin helderheid scheppen. Ook kan de planmatige aanpak van wijkgerichte gezondheidsbevordering door verpleegkundigen verbeterd worden door een toegankelijk samenhangend aanbod van methodieken. Rolmodellen en lerende netwerken kunnen het professioneel leiderschap en motivatie versterken, zodat verpleegkundigen zich beter kunnen positioneren als gezondheidsbevorderaar in de wijk.

Trefwoorden gezondheidsbevordering · verpleegkundigen maatschappelijke gezondheidszorg · wijkverpleegkundigen · wijkgezondheidsvoorlichting · wijkgezondheidsnetwerk · preventieve zorg

Nurses in community health promotion: experiences and opportunities

Abstract In the transition of healthcare, nurses can play a vital role as community health promoters. However, the implementation of this role is hindered by government policies, work-related factors, and needs for knowledge and practical skills. We explored how pioneering nurses shape community-based health promotion, aiming to gain deeper insight into their experiences and opportunities for improvement. We conducted qualitative exploratory research with nurses active in community health promotion, through 15 interviews and four reflection sessions, involving a total of 24 unique respondents. We subsequently performed reflexive thematic analyses. Nurses in this study were highly motivated to practice community health promotion. They begin by mapping the community and continuously invest in

Digitaal aanvullende content De online versie van dit artikel (https://doi.org/10.1007/s12508-026-00480-w) bevat aanvullend materiaal, toegankelijk voor daartoe geautoriseerde gebruikers.

Y. J. J. van der Veen (✉) · W. Kroeze
Lectoraat Leefstijl & Gezondheidsbevordering, Christelijke Hogeschool Ede, Ede, Nederland
yjj.vander.veen@meandermc.nl

M. A. E. Wagemakers
Gezondheid en Maatschappij, Wageningen University & Research, Wageningen, Nederland

H. Rosendal
Lectoraat De Gezonde Wijk, Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam, Rotterdam, Nederland

a professional network that expands across domains. This collaboration results in various health-promoting activities. Nurses employ numerous competencies, with professional leadership being the most important. This involves conveying their vision on health (promotion), gaining support for this role, and being visibly and connectively present in the community. The wide variety of nursing activities seems to create a diffuse image of their contribution. A quality instrument may provide clarity for both nurses themselves and networkpartners. Additionally, the systematic approach to community health promotion by nurses may be improved through an accessible, coherent provision of supporting methodologies. Role models and learning networks in community health promotion can strengthen professional leadership and motivation, enabling nurses to better position themselves as health promoters in the community.

Keywords Health promotion · Community health nursing · Community nursing · Community health education · Community health networks · Preventative care

Inleiding

Om de zorg in Nederland voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden is het van belang in te zetten op gezondheid en welzijn door middel van wijkgerichte gezondheidsbevordering, zodat mensen zo gezond en vitaal mogelijk zijn en zorgvragen worden voorkomen of minder zwaar worden [1]. Wijkgerichte gezondheidsbevordering kenmerkt zich door een integrale aanpak van gezondheid en welzijn [2], met aandacht voor samenhangende individuele, fysieke en sociale omgevingsfactoren [3]. Verpleegkundigen die in wijken werken, kunnen in hun wijk een belangrijke rol als gezondheidsbevorderaar vervullen [4]: ze kunnen de gezondheid en gezond gedrag van zorgvragers en doelgroepen bevorderen door passende vormen van preventie te analyseren, ontwerpen en toe te passen, en door daarbij interprofessioneel samen te werken [5].

De rol van verpleegkundigen als gezondheidsbevorderaar in de wijk werd door de jaren heen beschreven in nationaal beleid en door de beroepsgroep zelf. In 2008 besloot de Tweede Kamer de wijkaanpak in probleemwijken te versterken door de schakelfunctie en zichtbaarheid van de wijkverpleegkundige te verbeteren, die als toegankelijk professional overzicht heeft van en frequent contact heeft met kwetsbare burgers in de buurt [6]. De hbo-verpleegkundige onderscheidt zich van de andere (zorg)professionals als spil van de zorg in de wijk door coördinatie, regie en afstemming [7]. Dit leidde tot het programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' (2009–2014), waarin circa 350 verpleegkundigen integrale zorg voor individuele cliënten (door signaleren, informeren en adviseren) en groepsgerichte activiteiten (voorlichtingsbijeenkomsten en informatiemarkten) in de wijk organiseerden [8, 9]. De daaropvolgende Opleidingsimpuls wijkverpleegkundigen stimuleerde meer samenwerking tussen opleiding en praktijk, hoewel de blijvende ontwikkeling hiervan een aandachtspunt blijft [10]. In 2015 kreeg wijkgerichte gezondheidsbevordering door wijkverpleegkundigen een tijdelijke impuls door Segment 1-financiering, bestemd voor niet(-aan cliënt)-toewijsbare zorg, zoals wijkverpleegkundige aanwezigheid in de wijk en preventie [11, 12]. Na 2016 werd wijkgerichte gezondheidsbevordering onderdeel van het integrale tarief, waardoor onduidelijk werd of en hoe wijkgerichte activiteiten door wijkverpleegkundigen gefinancierd werden [13].

Deze ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat het accent in het werk van de hbo-verpleegkundige verschoven is van curatieve naar preventieve taken. Hiermee is preventie, naast probleemoplossend vermogen en leiderschap, een van de drie belangrijke thema's in het nieuwe opleidingsprofiel. Hierin wordt de rol van gezondheidsbevorderaar beschreven als 'preventieve zorg ten aanzien van individuen, doelgroepen en de gezonde leefomgeving voor iedereen, op grond van een gedegen gedrags- en/of omgevingsanalyse' [5].

De afgelopen decennia heeft wijkgerichte gezondheidsbevordering in overheids- en gemeentelijk beleid geleid tot onder andere de Gezonde Wijkaanpak [14], een integrale en methodische aanpak gericht op het versterken van gezondheid en welzijn van wijkbewoners [15]. Kenmerkend hierin zijn het analyseren van collectieve wijkgezondheid en het vaststellen van gezondheids- en welzijnsdoelen, en het uitvoeren van gezondheidsbevorderende activiteiten, die zowel gericht kunnen zijn op het collectief (bijvoorbeeld groepsgerichte valpreventie) als het individu (bijvoorbeeld preventieve huisbezoeken) en gepaard gaan met monitoring en evaluatie.

Uitvoering van de rol van gezondheidsbevorderaar door verpleegkundigen wordt echter belemmerd door zowel overheidsbeleid als werkgerelateerde factoren. Door de onduidelijkheid over de financiering van wijkgerichte gezondheidsbevordering na 2016 werd de invulling van deze rol minder vanzelfsprekend [16]. Werkgerelateerde belemmeringen zijn het prioriteren van zorg die nú nodig is boven het voorkómen van zorg en de hoge werkdruk [17, 18]. Verpleegkundigen uiten daarnaast urgente kennis- en handelingsbehoeften over de inhoud, rol, taken en benodigde expertise voor verpleegkundigen in wijkgerichte gezondheidsbevordering, vroege opsporing en ondersteuning van mensen met gezondheidsrisico's, en effectieve interprofessionele wijksamenwerking [19, 20].

Ondanks deze belemmeringen zijn diverse verpleegkundigen actief in wijkgerichte gezondheidsbevordering, waarbij ze een voortrekkersrol vervullen [16, 21]. Om meer inzicht te krijgen in wijkgerichte

gezondheidsbevordering door deze verpleegkundigen formuleerden we de volgende onderzoeksvragen: 1) hoe geven verpleegkundigen wijkgerichte gezondheidsbevordering vorm? 2) wat zijn hun ervaringen? en 3) waar liggen kansen voor wijkgerichte gezondheidsbevordering?

Methode

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van verpleegkundigen die zich bezighouden met wijkgerichte gezondheidsbevordering hebben we een kwalitatief explorerend onderzoek uitgevoerd, in de vorm van interviews en reflectiesessies met verpleegkundigen.

Werving en selectie

We wierven verpleegkundigen voor de interviews via beroepsvereniging V&VN en LinkedIn-groep V&VN-wijkverpleegkundigen, middels een wervingstekst met daarin inclusiecriteria. We hebben deze criteria vastgesteld op basis van kenmerken van wijkgerichte gezondheidsbevordering [7, 22]. We zochten verpleegkundigen die wijkgerichte gezondheidsbevordering vormgeven door universele, selectieve en/of geïndiceerde preventie die individuele cliëntenzorg overstijgt, die hierin samenwerken met professionals, burgers en/of maatschappelijke organisaties, en die hierin minimaal zes maanden actief waren. Achttien verpleegkundigen die interesse toonden, kregen een informatiebrief met toestemmingsverklaring en werden gevraagd informatie over hun wijkgerichte activiteiten te verstrekken.

De eerste auteur stelde hierna vast of de verpleegkundige aan de inclusiecriteria voldeed. Drie verpleegkundigen werden om de volgende redenen geëxcludeerd: niet meer werkzaam, uitsluitend werkzaam in cliëntgebonden zorg, niet meer actief in wijkgerichte gezondheidsbevordering.

We hebben vijftien interviews afgenomen om een goed beeld te krijgen van de ervaringen van verpleegkundigen. In ieder interview kwamen nieuwe ervaringen naar boven, waardoor we geen datasaturatie hebben vastgesteld. De vijftien verpleegkundigen werkten bij verschillende organisaties en in verschillende werkvelden (tab. 1).

Interviews

We stelden de topiclijst voor de interviews op aan de hand van de fasen en succesfactoren Gezonde Wijk- en Regioaanpak (zie tab. 2 en bijlage 1 in de digitaal aanvullende content) [14, 15]. We pasten principes van waarderend interviewen toe [23]. Bij waarderend interviewen wordt hetgeen wat goed gaat als vertrekpunt genomen en onderzoeken respondent(en) en onderzoeker samen hoe de praktijk kan worden verbeterd [24]. We vroegen wat de verpleegkundige bewoog tot de beroepskeuze (poëtisch principe), wat goed gaat (simultaniteits- en positieve principes), reflecteerden op de bijdrage van de verpleegkundige (sociaal-constructivistisch principe) en waar ze naartoe wil bewegen (anticipatoir principe) (tab. 2).

We hielden de interviews tussen januari en augustus 2022, via Teams. De interviews duurden gemiddeld 63 minuten (spreiding 56–76 minuten). Een extern bureau transcribeerde de interviews; twee transcripten werden steekproefsgewijs gecontroleerd door YV. We analyseerden de interviews volgens de eerste stappen van de inductieve reflexieve thematische

Tabel 1 Functie, werkgebied, jaar van diplomering van de geïnterviewde verpleegkundigen werkzaam in de wijk (*n* = 15, allen vrouw)

respondent	functie	werkgebied	zorgorganisatie	diploma behaald[1]
1	wijkverpleegkundige	Gelderland	Thuiszorgorganisatie A	2019
2	wijkverpleegkundige	Noord-Holland	Thuiszorgorganisatie B	2017
3	wijkverpleegkundige/ casemanager dementie	Gelderland	Thuiszorgorganisatie C	1995
4	wijkverpleegkundige	Limburg (zuid)	Thuiszorgorganisatie D	2019
5	wijkverpleegkundige	Limburg (midden)	Thuiszorgorganisatie E	2017
6	wijkverpleegkundige	Limburg (noord en midden)	Thuiszorgorganisatie E	2007
7	wijkverpleegkundige	Noord-Holland	Thuiszorgorganisatie F	2015
8	jeugdverpleegkundige	Noord-Holland	Jeugdgezondheidszorg G	2016
9	wijkverpleegkundige	Noord-Brabant	Thuiszorgorganisatie H	2017
10	wijkverpleegkundige/ POH-ouderenzorg	Zuid-Holland	ZZP in thuiszorgorganisatie en huisartsenpraktijk	2017
11	wijkverpleegkundige	Utrecht	Thuiszorgorganisatie I	1997 en 2015[2]
12	preventieverpleegkundige	Zuid-Holland	Thuiszorgorganisatie J	2015[2]
13	sociaal psychiatrisch verpleegkundige	Midden-Nederland	Organisatie voor mensen met een beperking K	2000
14	wijkverpleegkundige	Gelderland (oost)	Thuiszorgorganisatie L	2020
15	wijkverpleegkundige	Zuid Holland	Thuiszorgorganisatie C	1991[3]

[1]Jaar waarin diploma werd behaald dat benodigd is voor de functie van (wijk)verpleegkundige hbo-Verpleegkunde BSc, met de uitzonderingen [2]post-hbo-Wijkverpleegkundige en [3]Maatschappelijke gezondheidszorg Bsc

Tabel 2 Topiclijst voor de interviews met verpleegkundigen over wijkgerichte gezondheidsbevordering

type vraag	kernvraag	verdiepingsvragen	appreciative inquiry principe [23]
inleidende vraag	Wat bracht je er toe om verpleegkundige te worden, en waarover ben jij het meest enthousiast?		poëtisch principe: nadenken over het verleden als bron om na te denken over een nieuwe toekomst en wat je als verpleegkundige wilt 'creëren'
inhoudelijke vraag	Kun je me vertellen wat jouw mooiste of beste ervaring was met wijkgerichte gezondheidsbevordering?	fasen van Gezonde Wijkaanpak: a. de analyse van de wijk/het probleem b. het stellen van prioriteiten/doelen of speerpunten voor de wijk c. het opstellen van interventieplan d. het uitvoeren van interventies e. het monitoren en evalueren van proces en uitkomst	simultaniteits- en positieve principes: de eerste inhoudelijke vraag richt zich op datgene waar we ons naartoe willen bewegen en op dat wat goed gaat
		succesfactoren bij Gezonde Wijkaanpak a. gezamenlijke visie b. samenwerkingsafspraken c. bewonersparticipatie d. draagvlak en borging e. financiering en capaciteit f. regie en rollen g. onderhouden van een wijknetwerk h. gezamenlijke voordeel inzichtelijk maken	
reflectieve vraag	Hoe kijk je terug op jouw rol in dit alles? Wat was daarin kenmerkend voor jouw bijdrage?		sociaal- constructivistisch principe: het gezegde als werkelijkheid ervaren (woorden creëren de werkelijkheid)
			anticipatoir principe: zich bewust worden van hun professionele verlangen

analyse door onderdompeling in de data, systematische datacodering, genereren van mogelijke thema's, en ontwikkelen en herzien van thema's [25, 26]. YV las alle transcripten en codeerde de data inductief in Atlas.ti. Via een iteratief proces van groeperen, hercoderen en consensus hebben auteurs YV, WK, AW en docent-onderzoeker MW 53 codes vastgesteld. Vervolgens reflecteerden deze auteurs op de betekenis van de data en verwerkten ze de codes tot veertien voorlopige thema's, verdeeld over drie onderdelen: verpleegkundige als professional, verpleegkundige in het wijknetwerk en werken aan wijkgerichte gezondheidsbevordering (bijlage 2 in de digitaal aanvullende content).

Reflectiesessies

In 2023 organiseerden we vier online reflectiesessies. Hieraan namen tien van de vijftien initieel geïnterviewde verpleegkundigen en negen nieuwe respondenten deel. Twee verpleegkundigen waren bij twee gesprekken aanwezig (tab. 3). Het doel was enerzijds de laatste twee stappen van de thematische analyse te doorlopen: het verfijnen en aanscherpen van voorlopige thema's en het rapporteren. Anderzijds versterkten we hiermee de principes van waarderend onderzoeken door middel van collectieve reflectie de verandering in beroepspraktijken te stimuleren. Twee reflectiesessies vonden plaats in bestaande netwerken, waarbij de bijeenkomst werd gewijd aan het onderzoek. Voor de andere twee reflectiesessies werden de geïnterviewde verpleegkundigen expliciet uitgenodigd. Hierbij sloten ook enkele verpleegkundigen uit de expertkring Wijkgerichte preventie (opnieuw) aan.

YV presenteerde de opbrengsten uit de interviews met de vragen: wat valt je op? Wat herken je (niet)? Wat betekent dit voor de praktijk van wijkgerichte gezondheidsbevordering? De sessies duurden gemiddeld 78 minuten (spreiding 56–88 minuten) en werden getranscribeerd. We hebben opnieuw reflexieve thematische analyse toegepast en thema's uit de interviews verfijnd door te reflecteren op de betekenissen van en de relaties tussen de bevindingen [26].

Beoordeling van de onderzoeksopzet

De ethische commissie van de Faculteit Bèta-wetenschappen (Vrije Universiteit) beoordeelde de onderzoeksopzet en concludeerde dat deze voldeed aan de ethische code voor onderzoek met mensen (Referentie 20012022) [29].

Resultaten

We geven eerst een overzicht van alle genoemde gezondheidsbevorderende activiteiten (tab. 4). De reflexieve thematische analyse resulteerde in vijf thema's gerelateerd aan ervaringen met en kansen voor gezondheidsbevordering: professionele motivatie, de wijk leren kennen, investeren in het professionele wijknetwerk, samenwerken aan gezondheidsbevordering en het inzetten van verpleegkundige competenties en leiderschap. We lichten dit toe met citaten uit de interviews (I) en reflectiesessies (R).

Tabel 3 Overzicht van de online reflectiegesprekken over input uit de interviews met verpleegkundigen ($n = 15$) die actief zijn in wijkgerichte gezondheidsbevordering

bijeenkomst	datum	aanwezigen	aantal aanwezigen ($n = 21$)	aanwezige geïnterviewden verpleegkundigen ($n = 10$)[1]
Netwerk Implementatie Preventie door wijkverpleegkundigen [27][2]	6 maart 2023	2 wijkverpleegkundigen 2 kennispartners	4	2, 5
Expertkring Wijkgerichte preventie [28][2]	13 april 2023	7 wijkverpleegkundigen	7	2, 15
reflectiesessie[3]	10 juli 2023	7 wijkverpleegkundigen	7	1, 6, 7, 10, 12, 15
reflectiesessie[3]	4 september 2023	2 verpleegkundigen 1 sociaal psychiatrisch verpleegkundige	3	3, 13

[1]Dit betreft de oorspronkelijk geïnterviewde verpleegkundigen die tevens deelnamen aan de reflectiesessie. De nummers verwijzen naar de nummers in tab. 1. Respondent 2 en 15 namen aan twee gesprekken deel
[2]Deze sessies vonden plaats in bestaande netwerken
[3]Voor deze sessies werden de geïnterviewde verpleegkundigen expliciet uitgenodigd

Tabel 4 Uitgevoerde verpleegkundige activiteiten gericht op individuen, doelgroepen en leefomgeving

Individueel uitgevoerde activiteiten	**Individuen uit doelgroep**	**Toelichting**
Preventieve huisbezoeken	Thuiswonende senioren	Vanuit aangeven huisartsen
	Senioren na ontslag uit ziekenhuis	
	Zorgmijdende wijkbewoners	Vanuit meldpunt Bezorgd
Vroegsignalering tijdens individuele zorgverlening	Risicodoelgroepen voor alcoholmisbruik, ouderenmishandeling	Vanuit GGD voorlichting
Verpleegkundig indiceren	Doelgroep multiproblematiek gezinnen	In sociaal wijkteam bij individuele (gezins)casusbespreking
Collectief uitgevoerde activiteiten	**Doelgroep**	**Toelichting**
Organiseren en voeren van gesprek(sbijeenkomsten)	Wijkbewoners zonder specifieke hulpvraag	Gesprek over ervaren gezondheid en kwaliteit van leven, zowel langs de deuren als groepsbijeenkomst
	Wijkbewoners met specifieke hulpvraag	Ouders van jonge kinderen, mantelzorgers, mensen met (beginnende) dementie
	Professionals en/of maatschappelijke organisaties	Vergroten vroegsignalering dementie, dementievriendelijke wijk, wijkgerichte benadering van gezondheid, positieve gezondheid
Organiseren van bijeenkomsten voor doelgroep onderling	Ouders van jonge kinderen met vragen over opvoeding	Oudercafé
Organiseren en meedoen met buurtdag, sportdag, wandelgroep, creëren van een ontmoetingsplek in de wijk	Wijkbewoners met mogelijk risico op eenzaamheid, sociale isolatie, te weinig bewegen	
Zoeken, ontwikkelen en verspreiden van materialen als een flyer, folder	Ouderen met risico op vallen	
Beantwoorden van laagdrempelige vragen over gezondheid	Wijkbewoners met algemene gezondheidsvragen	Dienst doen bij inloopspreekuur in de wijk, bewonersloket, slim-o-theek
		Aanschuiven bij buurtactiviteiten
		Bemensen kraam gezondheidsmarkt, braderie
		Langs de deuren voor gesprekje, 'buurten', koek-op-de-stoep

Verpleegkundigen handelen vanuit professionele motivatie

De verpleegkundigen verwoordden de noodzaak van preventie in het licht van de groeiende zorgvraag, evenals de overtuiging dat alle betrokkenen in de wijk nodig zijn om de zorg anders te organiseren.

> *'Voorheen deden we altijd zo veel mogelijk cliënten, routes en nog meer werken, werken. Maar als wijkverpleegkundige moet je richting die preventie gaan.' (I-6)*

Verpleegkundigen vinden wijkgerichte gezondheidsbevordering een wezenlijk en aantrekkelijk onderdeel van hun vak. Deze visie op het beroep hangt samen met hun visie op gezondheid, veelal passend bij het concept 'Positieve Gezondheid'. Enkele verpleegkundigen vertelden dat ze sterke affiniteit hebben met de wijk(bewoners) en het gedachtegoed van gelijkwaardigheid en solidariteit in relatie tot gezondheid en welzijn in de wijk. Een verpleegkundige in de reflectiesessie over professionele motivatie:

> *'Er zit wel degelijk een stukje persoon in, dat je daar ambitie en drive voor hebt. Dat heeft van nature, denk ik, niet elke wijkverpleegkundige.' (R-wijkverpleegkundige)*

De wijk leren kennen

Verpleegkundigen beginnen vaak met wijkgerichte gezondheidsbevordering door het (beter) in beeld krij-

gen van de behoeften rond gezondheid en welzijn. De verpleegkundige spreekt hiervoor met een individuele of groep wijkbewoner(s) en/of professional(s) over gezondheidsvraagstukken.

'Om op te halen bij mensen die nu nog nergens komen van: waar hebben zij behoefte aan?' (I-3)

De verpleegkundigen zien het opstellen van dit beeld van de wijk als een nieuwe en uitdagende taak, omdat wijken doorlopend veranderen en gegevens uit databronnen (bijvoorbeeld van de GGD) moeilijk te verkrijgen en te interpreteren zijn. Volgens de verpleegkundigen is het voordeel van een omschreven wijkbeeld dat dit snel inzicht geeft in de wijksamenstelling, het bieden van maatwerk bevordert en kan uitgroeien tot een wijkplan met activiteiten. In een reflectiesessie pleitten verpleegkundigen ervoor dat een wijkbeeld niet alleen problemen, maar ook de sterke kanten van een wijk moet belichten.

'Wat mij opviel, dat het ook belangrijk is naar de sterke kanten van je wijk te kijken. Dat werkt heel goed; juist om burgers te betrekken. Als die enthousiast zijn, dan gaat het zoveel makkelijker.' (R-wijkverpleegkundige)

Een ander beginpunt voor verpleegkundigen is het actualiseren van een bestaande sociale kaart van de wijk.

'Ik heb de sociale kaart gepakt die wij al jaren hebben, die op orde gemaakt en [ben] vervolgens gesprekken aangegaan met ketenpartners.' (I-6)

Verpleegkundigen zijn het met elkaar eens dat kennismaken met wijkpartners, elkaars aanbod leren kennen en het ontdekken van een gezamenlijke visie op gezondheid en welzijn cruciaal zijn voor wijkgerichte gezondheidsbevordering.

Investeren in het professionele wijknetwerk

Verpleegkundigen ervaren dat samenwerken met de eerste lijn, zoals de huisarts en praktijkondersteuner, en met paramedici, zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut en diëtist, belangrijk is om zicht te krijgen op ouderen die nog niet bekend zijn bij de verpleegkundige. De korte lijnen tussen professionals helpen om vroegtijdige ondersteuning te bieden.

'Ik ben enthousiast over de samenwerking met de huisarts. Zo is het natuurlijk ook gesteld: "De wijkverpleegkundige staat samen naast de huisarts." Je kan niet zonder de huisarts in de wijk, je moet dat echt met elkaar doen.' (I-10)

Sommige verpleegkundigen werken uitsluitend samen in het hierboven beschreven zorg- en medische domein, anderen werken steeds vaker samen met professionals in het sociale domein.

'Ik heb met de sociaal werker heel goed contact, wij werken een beetje op dezelfde manier, wel vanuit een andere bril. Mijn kijk is vanuit verpleegkundige problemen – en een stukje welzijn. Zij doet dat als sociaal werker, echt alleen welzijn.' (I-4)

De verpleegkundigen beseffen dat ondersteuning in het sociaal domein vooraf zou moeten gaan aan zorgverlening, in het bijzonder rond psychosociale zorgvragen, mantelzorgondersteuning en eenzaamheid.

'Wij hebben veel contact met het sociaal domein, rond eenzaamheid. Daar heb je toch het sociaal domein bij nodig. Daarvoor hebben we regelmatig doorverwezen naar het sociaal domein en dan zie je ook hoeveel zij al organiseren. De lijntjes zijn veel korter geworden en dat werkt super.' (R-wijkverpleegkundige)

Verpleegkundigen zijn vaak onderdeel van wijknetwerken bestaande uit nulde- en eerstelijnsprofessionals, soms ook maatschappelijke organisaties en burgers. Deze netwerken zijn meestal gericht op het ondersteunen van oudere wijkbewoners, zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. Verpleegkundigen zien burgerparticipatie veelal als een taak van welzijnswerkers, voelen zichzelf hierin minder bekwaam en prioriteren de professionele samenwerking boven burgerparticipatie.

'We willen sowieso het netwerk met zorgprofessionals eerst staande hebben. En als daar dan mensen van afhaken, dat zou niet bevorderlijk zijn.' (R-wijkverpleegkundige)

Een belangrijke belemmering voor duurzame wijksamenwerking is de veelvuldige wisseling van personen in het netwerk of hun taakstelling. Dit vraagt een voortdurende investering in het onderhouden van het wijknetwerk, hetgeen zowel in interviews als in reflectiesessies naar voren kwam.

'Ik denk dat wij wel een trekkende kracht zijn in het contact met partners. Als wij niet van ons laten horen, dan worden we vergeten. Dus we moeten blijven gaan, van ons laten horen.' (I-8)

'Wij zijn bezig met opnieuw aanzwengelen van contacten met samenwerkingspartners. Dat is op een laag pitje gekomen, en wat me opvalt is dat daardoor de positie van de wijkverpleegkundige weer heroverd moet worden.' (R-wijkverpleegkundige)

Verpleegkundigen zien positieve effecten van de toegenomen wijksamenwerking op passende zorg- en dienstverlening aan hun cliënten. Verpleegkundigen ervaren de relatie met de ggz en gemeente nog als moeizaam omdat verpleegkundigen als wijkprofessionals bij hen onvoldoende in beeld zijn, gemeentelijke kaders (zoals de Wmo) beperkend zijn en

het gemeentelijk aanbod niet past bij behoeften van wijkbewoners.

> *'De gemeente heeft plannen gemaakt, alle netwerkpartners uitgenodigd. De wijkverpleegkundige werd niet genoemd. Ik vroeg aan de gemeente: "Ik heb hier casussen gehoord, zie allemaal netwerkpartners; waarom geen wijkverpleegkundige?" Toen zei de gemeente: "Die voegen we later wel toe."' (I-7)*

Samenwerken aan gezondheidsbevordering

De wijksamenwerking leidt in veel gevallen tot het opstellen van een gezamenlijke visie op het bevorderen van gezondheid in de wijk met speerpunten en/of doelen. Verpleegkundigen noemen het belang van 'kleine doelen stellen' en pilotprojecten, zodat het risico op teleurstelling wordt beperkt.

> *'Je moet het klein houden, niet te ingewikkeld voor mensen. De vraag: heb je hulp nodig of wat kan je bieden? Dat gaat ook om een kopje koffie drinken . . . ' (I-2)*

Verpleegkundigen zien wijkgerichte gezondheidsbevordering als iets dat moet kunnen groeien.

> *'Als er pressie was geweest, van "'Jullie moeten een prestatie neerzetten en dan moeten cijfers het laten zien", dan was het een stuk moeilijker geweest.' (I-15)*

Wijkverpleegkundigen noemen de vitaliteit van thuiswonende ouderen als meest vanzelfsprekende speerpunt voor wijkgerichte gezondheidsbevordering. Ze hebben daarbij het verbeteren van de ondersteuning van hun individuele cliënten als uitgangspunt.

> *'Je hebt daardoor korte lijntjes als er problemen zijn met een cliënt in de wijk; welke hulp is er misschien nog meer nodig en mogelijk.' (I-11)*

De wijksamenwerking levert verschillende activiteiten op, zoals gepresenteerd in tab. 4. Verpleegkundigen brengen zelf ideeën voor interventies in en haken ook aan bij initiatieven van anderen. Activiteiten kunnen gericht zijn op het vergroten van bewustwording over gezondheid, en ook op de leefomgeving, zoals de dementie- en beweegvriendelijke wijk, en het versterken van sociale cohesie. Andere voorbeelden van activiteiten zijn gericht op specifieke risico's, zoals vallen, alcoholgebruik en bewegen.

> *'We hebben met een team – onder andere sportservice – een sportbewegingsdag gedaan. Je loopt daar rond als wijkverpleegkundige met je sportkleding aan om mensen enthousiast te maken'. (I-7)*

De activiteiten kunnen zowel individueel gericht, zoals het preventief huisbezoek voor 75-plussers, als collectief gericht zijn, zoals een cursus valpreventie.

Inzetten van professioneel leiderschap en andere competenties

De verpleegkundigen noemden een scala aan professionele competenties die ze inzetten in wijkgerichte gezondheidsbevordering. Veel van de competenties beschouwden ze als aspecten van verpleegkundig leiderschap. Dit zijn: het actief uitdragen van hun visie op wijkgerichte gezondheidsbevordering, samenwerken over organisatiegrenzen heen, en steeds het wijknetwerk, eigen zorgteam en andere partijen in de wijk met elkaar verbinden en op de hoogte houden.

> *'Samen met het management is de rol van wijkverpleegkundige-expert ontwikkeld. Vanuit die positie houd ik iedereen op de hoogte (. . .) over wijkgericht werken en wat voor mooie dingen daaruit voortkomen.' (I-5)*

Een ander voorbeeld van verpleegkundig leiderschap is de zichtbaarheid van de verpleegkundige in de wijk – in lokale media, bij lokale initiatieven als een wijkfeest, het veelvuldig fysiek in de wijk aanwezig zijn.

> *'Het is de kracht van de wijkverpleegkundige om de verbindende factor te zijn in de wijk.' (I-7)*

Professioneel leiderschap dient volgens de verpleegkundigen ook getoond te worden door de manier waarop de verpleegkundige omgaat met organisatorische belemmeringen. Zo is financiële ruimte voor wijkgerichte gezondheidsbevordering nog niet geborgd en ontbreekt het soms aan draagvlak in de eigen organisatie. Verpleegkundigen spelen zelf een belangrijke rol bij het creëren van draagvlak door hun visie op wijkgerichte gezondheidsbevordering uit te dragen. Daarbij ervaren ze wel een spanning tussen hun inzet voor wijkgerichte gezondheidsbevordering enerzijds, en individuele clientenzorg anderzijds.

> *'Door personeelstekort werk ik meer routes in de wijk, waardoor er minder tijd is voor andere taken, dat is balanceren. Ik zou meer willen nadenken over preventie, dat doe je niet even tussendoor, die tijd ontbreekt.' (I-6)*

Andere professionele competenties die verpleegkundigen noemen: het inzetten van hun kennis over het zorgdomein, het vroegtijdig signaleren van risico's en 'het zien wat nodig is' in het dagelijks leven, met name van thuiswonende ouderen. Verpleegkundigen brengen hierover in het wijknetwerkoverleg casuïstiek en knelpunten in. Ze zien zichzelf als deskundigheidsbevorderaar, bijvoorbeeld door het scholen van wijkvrijwilligers in risicosignalering. Ook noemen ze competenties op het gebied van methodisch en planmatig werken, en omschrijven ze zichzelf als doelgerichte 'doeners'. Kenmerkend voor de wijkverpleegkundigen is dat ze zowel zicht hebben op wat er 'achter de voordeur' speelt, als op de wijk als geheel.

'In dat teamoverleg van het voorliggend terrein, bijvoorbeeld over mensen met beginnende dementie, dan ben ik dus degene die vertelt wat er achter de voordeur gebeurt.' (I-7)

In een reflectiesessie werd dit herkend:

'Ik herken me heel erg in al die kwaliteiten die je moet hebben om wijkgerichte gezondheidsbevordering van de grond te krijgen. Het initiatief nemen, netwerken, er elke keer weer aandacht aan besteden.' (R-wijkverpleegkundige)

Beschouwing

We hebben onderzocht hoe verpleegkundigen de wijkgerichte gezondheidsbevordering vormgeven. Ze zijn vanuit hun visie op gezondheid en het verpleegkundig beroep sterk gemotiveerd voor wijkgerichte gezondheidsbevordering. Ze starten met het in kaart brengen van de wijk en investeren voortdurend in het professionele netwerk. Ze werken samen met eerstelijnsprofessionals en in toenemende mate ook met het sociale domein. De samenwerking met gemeenten en ggz blijft hierbij vergeleken nog achter. De wijksamenwerking resulteert in een gezamenlijke visie, en het bepalen van speerpunten en activiteiten. Deze activiteiten zijn zowel op (oudere) individuen als op groepen en de leefomgeving gericht, en worden op verschillende manieren vormgegeven. Voor de rol van gezondheidsbevorderaar hebben verpleegkundigen verschillende competenties nodig. Professioneel leiderschap is het belangrijkst: het uitdragen van hun visie en verkrijgen van draagvlak voor wijkgerichte gezondheidsbevordering binnen en buiten de organisatie. Ook zijn verpleegkundigen zichtbaar en verbindend aanwezig in de wijk, zowel 'achter de voordeur', als in de wijk als geheel.

Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Het toepassen van principes van waarderend interviewen paste goed bij de vraag- en doelstelling van dit onderzoek; het was van invloed op de gestelde vragen en de sfeer van het interview, en heeft ons inziens geleid tot rijke data. Het waarderend interview is geen traditioneel interview waarin de objectiviteit van de interviewer zo veel mogelijk geborgd wordt. Volgens het sociaal-constructivisme ligt de betekenis van het gesprek besloten in de ervaringen van de verteller en de interpretatie van de luisteraar [24]. Waarderend onderzoeken wil daarnaast bijdragen aan de ontwikkeling van de respondenten zelf en ziet ze niet slechts als informatiebron. Het gebruik van deze methode heeft diverse sterkte kanten: de focus op dat wat goed gaat bevordert de betrokkenheid en geeft de deelnemers vertrouwen in het gesprek en de onderzoeker, vermindert de kans op het gevoel tekort te schieten en terughoudendheid bij de deelnemers en stimuleert het delen van uitdagingen en belemmeringen. Het waarderende karakter en de gezamenlijke reflectie draagt daarnaast bij aan meer motivatie en eigenaarschap om verder te gaan en aan verandering te willen (blijven) werken. Tot slot draagt het ook bij aan meer creatieve oplossingen en een gedeelde visie voor de toekomst [30].

Aan dit onderzoek werkte een kleine groep verpleegkundigen mee, die gemotiveerd was om ervaringen met wijkgerichte gezondheidsbevordering te delen. De resultaten zijn daarmee niet representatief voor alle verpleegkundigen die in wijken werken, en geven ook geen uitputtend overzicht van alle mogelijke manieren waarop ze dit doen. Hiervoor is verder onderzoek nodig naar de potentiële bijdrage van verpleegkundigen aan wijkgerichte gezondheidsbevordering.

In ons onderzoek interviewden we naast wijkverpleegkundigen ook verpleegkundigen met ervaring in de jeugdgezondheidszorg, ambulante ggz, de POH-ouderenzorg en casemanagement dementie. Sterk hieraan is dat de potentie van bredere verpleegkundige inzet dan die van de wijkverpleegkundige bij wijkgerichte gezondheidsbevordering werd aangeboord. Meer samenwerking tussen verpleegkundigen die in wijken werken, kan bijdragen aan verbeterde zorg voor doelgroepen met psychische problemen of leefstijlondersteuningsvragen in de wijk. Verder onderzoek is nodig naar de optimale samenwerking tussen de diverse verpleegkundigen die in wijken werken en andere nog relatief onbekende samenwerkingspartners, zoals ggz- en GGD-professionals [31].

Belangrijke bevindingen

Kenmerkend voor de verpleegkundigen die aan dit onderzoek meededen is dat ze een sterke professionele motivatie hebben om bij te dragen aan wijkgerichte gezondheidsbevordering, in combinatie met leiderschap. Om deze motivatie en competentie aan te spreken zijn er verschillende mogelijkheden. Zo kunnen ambassadeurstrajecten, waarin wijkgerichte gezondheidsbevordering aandacht krijgt en interactie met rolmodellen en experts plaatsvindt, bijdragen aan de professionele ontwikkeling en motivatie van verpleegkundigen [32, 33]. Dit geldt ook voor studenten verpleegkunde die zich nog onvoldoende bewust zijn van de mogelijkheden die de wijk biedt om gezondheid te bevorderen en zorg te voorkomen, en op deze manier gemotiveerd kunnen worden voor wijkgerichte gezondheidsbevordering [34, 35].

Het valt op dat verpleegkundigen vaak met wijkgerichte gezondheidsbevordering beginnen door een beeld te krijgen van de wijk, het professionele wijknetwerk op te bouwen en vervolgens samen activiteiten uit te voeren. De verpleegkundigen beschrijven hiermee vooral hun handelen in de voorbereidende en uitvoerende fasen van wijkgezondheidsbevordering, waarbij niet duidelijk is of dit handelen in-

gebed is in een planmatige aanpak van gezondheidsbevordering inclusief monitoring, evaluatie en het bijstellen van problemen en doelen. Planmatige gezondheidsbevordering is zowel methodisch van aard, als wetenschappelijk onderbouwd [36]. Monitoring en evaluatie lijken nog weinig aandacht te krijgen, waardoor de opbrengsten van wijkgerichte gezondheidsbevordering nog onvoldoende inzichtelijk worden.

De verpleegkundigen in dit onderzoek richten zich met diverse gezondheidsbevorderende activiteiten op (oudere) individuen, doelgroepen en de leefomgeving. Dit is vergelijkbaar met eerder onderzoek [8]. De vele verschillende activiteiten scheppen zowel binnen de beroepsgroep als daarbuiten een divers, maar mogelijk ook diffuus beeld van de verpleegkundige bijdrage aan wijkgerichte gezondheidsbevordering. Helderheid hierover is nodig, omdat verpleegkundigen afhankelijk zijn van de voorwaarden waaronder gemeenten en lokale samenwerkingspartners bereid zijn om ze mandaat en coördinatieruimte te geven [8]. In het Gezond en Actief Leven Akkoord worden wijkverpleegkundigen slechts enkele malen expliciet genoemd en lijken ze daarbij vooral als individuele zorgverlener te worden beschouwd [1].

Aanbevelingen

Bovenstaande bevindingen bieden kansen om wijkgerichte gezondheidsbevordering door verpleegkundigen te versterken. Zo kan een kwaliteitsinstrument, zoals een richtlijn of handreiking met concrete stappen, keuzemomenten en daaruit voortvloeiende activiteiten [37], een impuls geven aan het verhelderen en zichtbaar maken van de verpleegkundige bijdrage aan wijkgerichte gezondheidsbevordering. Daarnaast kunnen meer en sterkere verpleegkundige netwerken, waaraan zowel studenten, verpleegkundige ambassadeurs als experts deelnemen, de motivatie en het leiderschap in relatie tot wijkgerichte gezondheidsbevordering vergroten. Speerpunten in het opleidingsprofiel BN2030 [5], waaronder preventie, gezondheidsbevordering en verpleegkundig leiderschap, kunnen hiervoor gebruikt worden. Tot slot bevelen we aan om het planmatig werken aan wijkgerichte gezondheidsbevordering te ondersteunen door een samenhangend aanbod van wetenschappelijk onderbouwde instrumenten voor wijkgerichte gezondheidsbevordering beschikbaar te stellen. Hiervoor kunnen bestaande instrumenten, zoals de wijkanalyse en erkende interventies, aangevuld worden met nieuwe instrumenten, met name op het gebied van monitoring en evaluatie van wijkgerichte gezondheidsbevordering [38, 39]. Daarbij is het noodzakelijk dat alle professionals in het wijknetwerk bekend zijn met deze instrumenten. Interprofessionele scholing op basis van dit aanbod kan het gebruik van deze instrumenten bevorderen [40].

Conclusie

De verpleegkundigen in dit onderzoek richten zich op wijkgerichte gezondheidsbevordering vanuit een sterke professionele motivatie en leiderschap, en in samenwerking met andere wijkprofessionals. Hun handelen richt zich op het in beeld krijgen van de wijk, het bepalen van speerpunten en het uitvoeren van diverse gezondheidsbevorderende activiteiten. De planmatige aanpak van wijkgerichte gezondheidsbevordering is nog niet geborgd. De variëteit aan verpleegkundige activiteiten geeft mogelijk een diffuus beeld van de verpleegkundige bijdrage aan wijkgerichte gezondheidsbevordering. We adviseren om de motivatie en het leiderschap te versterken door de inzet van rolmodellen, verpleegkundige netwerken en (interprofessionele) scholing, door te voorzien in een samenhangend aanbod van methodieken voor planmatige wijkgerichte gezondheidsbevordering en door helderheid te scheppen over de verpleegkundige bijdrage aan wijkgerichte gezondheidsbevordering door het inzetten van een kwaliteitsinstrument.

Dankbetuiging We danken de verpleegkundigen die bereid waren hun ervaringen met wijkgerichte gezondheidsbevordering te delen. Marian Werkman danken we voor haar bijdrage aan de thematische analyse. Dit onderzoek kon worden uitgevoerd door een post-docsubsidie van Raak-SIA (projectnummer HBOPD.2018.05.020).

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. GALA; Gezond en Actief Leven Akkoord. Den Haag: Ministerie van VWS; 2023.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport. Integraal Zorg Akkoord; samen werken aan gezonde zorg. Den Haag: Ministerie van VWS; 2022.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
4. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Wat is de essentie van verpleegkundige beroepsuitoefening in de Maatschappelijke Gezondheidzorg? 2017. https://www.venvn.

nl/media/xbqebztq/8-pijlers-m-g-uitgebreid-2017.pdf. Geraadpleegd op 8 oktober 2024.
5. Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde. Opleidingsprofiel Bachelor Nursing; Bachelor Nursing 2030. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2023.
6. Hamer MI, Slob A, van Geel PLBA. Motie-Hamer c.s. over het uitwerken van een aantal aanvullende voorstellen vóór de Algemene Financiële Beschouwingen 18/9/2008. Den Haag; Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2008. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2008Z02764&did=2008D05462. Geraadpleegd op 10 december 2024.
7. Rosendal H. Expertisegebied Wijkverpleegkundige. Utrecht: V&VN; 2019.
8. ZonMW. Zichtbare schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt. Externe programma-evaluatie. Den Haag: ZonMW; 2014.
9. ZonMW. De zichtbare schakel wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMW. Amersfoort: BMC adviesmanagement; 2012.
10. ZonMW. Zichtbare schakel fase 2: opleidingsimpuls wijkverpleegkundigen. Eindevaluatie, 2014–2018. Den Haag: ZonMW; 2018.
11. Oelen M. Van Rijn geeft uitleg over s1 en s2 wijkverpleegkundigen. 2015. https://www.nursing.nl/van-rijn-geeft-uitleg-over-s1-en-s2-1688135w/. Geraadpleegd op 15 april 2025.
12. Oelen M. Van Rijn wil af van S1- en S2-verpleegkundigen. 2015. https://www.nursing.nl/van-rijn-wil-af-van-s1-en-s2-verpleegkundigen-1748916w/. Geraadpleegd op 15 april 2025.
13. Nederlandse Zorgautoriteit. Convenant bekostiging wijkverpleging 2022-2026. 2024. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_650943_22/1/. Geraadpleegd op 3 december 2024.
14. RIVM. Infographic Hoe werkt de gezonde wijkaanpak? 2015. https://www.rivm.nl/media/infographic/. Geraadpleegd op 23 juni 2020.
15. Loket gezond leven. Werkboek Samen werken aan gezondheid in de wijk. Preventie in de Buurt. Utrecht: RIVM; 2018.
16. Harder C, Kooijman H. Verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid: de wijkverpleegkundige als gezondheidsbevorderaar in de wijk. Help, wat vraagt dat van mij? Utrecht: V&VN; 2016.
17. Beaudet N, Richard L, Gendron S, et al. Advancing population-based health-promotion and prevention practice in community-health nursing: key conditions for change. ANS. 2011;34(4):E1–E12.
18. Actiz. Tien veelgestelde vragen over nieuwe bekostiging van wijkverpleging. 2024. https://www.actiz.nl/actueel/tien-veelgestelde-vragen-over-nieuwe-bekostiging-van-wijkverpleging. Geraadpleegd op 1 september 2024.
19. Bleijenberg N, Hoeijmakers M, van Stralen L, et al. Rapport Kennisagenda Wijkverpleging: een routeplanner voor de toekomst. Utrecht: V&VN; 2018.
20. Kennisinstituut V. Kennisagenda najaar 2024. 2024. https://www.venvn.nl/media/z5xj5m53/v-vn_kennisagenda_digitaal.pdf. Geraadpleegd op 3 december 2024.
21. van der Veen H, de Leede M. Collectieve preventie in de Buurt. TVZ. 2024;2024(06):31–3.
22. Whitehead D. Exploring health promotion and health education in nursing. Nurs Stand. 2018;33(8):38–44.
23. Cooperrider D, Whitney D. Appreciative inquiry: a positive revolution in change. San Francisco: CA: Berrett-Koehler Publishers; 2005.
24. Masselink R, de Haan J, van Rossum M, et al. Veranderen met Appreciative Inquiry. Waarderend actieonderzoek in de praktijk. Amsterdam: Boom; 2020.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. QRP. 2006;3(2):77–101.
26. Braun V, Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? QRP. 2021;18(3):328–52.
27. Hogeschool Arnhem Nijmegen. Netwerk Implementatie Preventie door wijkverpleegkundigen. 2023. https://www.han.nl/projecten/2023/netwerk-implementatie-preventie/. Geraadpleegd op 21 november 2025.
28. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Expertkring wijkgerichte preventie. Expertkring wijkgerichte preventie. 2025. https://www.venvn.nl/afdelingen/wijkverpleegkundigen/expertkringen-werkgroepen-en-commissie/expertkring-wijkgerichte-preventie. Geraadpleegd op 21 november 2025.
29. Faculteit Bèta-wetenschappen Vrije Universiteit. Result of the research ethics self-check. 2022.
30. Migchelbrink F. De kern van participatief actieonderzoek. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2019.
31. ZonMW. Vroegsignalering van onbegrepen gedrag. 2025. https://www.zonmw.nl/nl/vroegsignalering-van-onbegrepen-gedrag. Geraadpleegd op 8 april 2025.
32. Wolbers I, Lalleman P, Bleijenberg N. Evaluatie Ambassadeurstraject voor de wijkverpleegkundige: nieuwe leiders in de wijk?! Utrecht: Hogeschool Utrecht; 2018.
33. Cramer-Kruit J, Molendijk-van Nieuwenhuyze K, Dikken J et al. Continue professionele ontwikkeling. TVZ. 2023;03:36–9.
34. van Iersel M, Latour C, de Vos R, et al. Hbo-v-studenten hebben geen juist beeld van wijkverpleging. TVZ. 2019;03:40–3.
35. Cobben C, Dongen J van, Bokhoven L van et al. Best practices: interprofessionele samenwerking. TvPO. 2016;(1):6–11.
36. Brug J, van Assema P, Kremers S, et al. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. Assen: van Gorcum; 2022.
37. Verpleegkundigen Verzorgenden Nederland. Meer informatie over richtlijnen en implementatie. 2025. https://www.venvn.nl/richtlijnenoverzicht/meer-informatie-over-richtlijnen#:~:text=de%20gehele%20keten.-,Protocollen,is%20ook%20aangepast%20te%20worden. Geraadpleegd op 17 december 2025.
38. Rosendal H, Dorst J van. Wijkgerichte preventie: zo maak je een wijkplan. Nursing. 2016;november:56-9.
39. Loket gezond leven. Erkende interventies. 2025. https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/erkenningstraject. Geraadpleegd op 8 april 2025.
40. van Vliet K, Grotendorst A, Roodbol P. Anders leren, anders kijken, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2016.