



Zijn wijkverpleegkundigen klaar om samen te werken?

Een exploratie naar interprofessionele communicatie en klinisch leiderschap in eerstelijns wijknetwerken voor mensen met dementie

Minke Nieuwboer

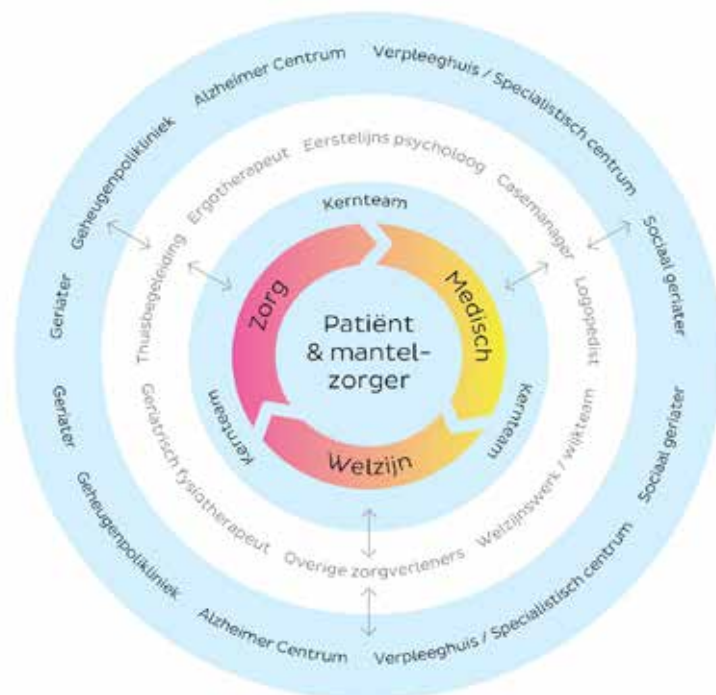
Inleiding

In de komende jaren zal in Nederland het aantal ouderen toenemen en daarmee ook het aantal mensen met een dementie. Nu al hebben naar schatting 270.000 mensen een vorm van dementie en dit heeft een grote invloed op het gezondheidszorgsysteem en de zorgkosten (1). Het overheidsbeleid is erop gericht om mensen met dementie, met hulp van mantelzorg, andere informele zorgverleners en eerstelijns professionals, zo lang mogelijk thuis te laten wonen, om daarmee de zorgkosten te beperken (2).

Mensen met dementie hebben vaak te maken met verschillende, vaak complexe problemen: geheugenstoornissen die gepaard gaan met de achteruitgang van andere mentale functies zoals herkenning, inzicht, taalgebruik en gericht handelen. Dit veroorzaakt problemen in het dagelijks functioneren en gedragsproblematiek, waardoor hulp en ondersteuning noodzakelijk zijn. Er wordt vooral een groot beroep gedaan op mantelzorgers (familie en vrienden), die tevens vaak overbelast zijn en daarom ook ondersteuning en begeleiding nodig hebben (3,4). Bij deze zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers zijn veel verschillende professionals betrokken, zoals de huisarts, wijkverpleegkundigen, thuiszorg, welzijnswerk, ergotherapie en fysiotherapie (zie *Figuur 1*). De complexiteit van deze problemen vraagt veel van de eerstelijns zorgverleners. Zij staan voor de uitdaging om op een geïntegreerde wijze deze zorg en ondersteuning te bieden.

In Nederland is deze samenwerking nog vaak op adhoc basis georganiseerd en worden de volgende onvolkomenheden gemeld: gebrek aan coördinatie en communicatie op lokaal niveau; zorg die te weinig is afgestemd op de doelen van de patiënt; onvoldoende toegang tot gespecialiseerde kennis; en professionals die te weinig gebruikmaken van zorgstandaarden en richtlijnen (5-7).

Dit proefschrift beschrijft een innovatieve netwerkaanpak 'DementieNet', die erop gericht is om professionals te ondersteunen bij het oplossen van de hierboven geschetste problemen. Met het introduceren van deze aanpak willen we een transitie op gang brengen naar betere samenwerking, betere kwaliteit



Figuur 1. Betrokken generalistische en specialistische zorgverleners bij dementiezorg.

van zorg en betere patiëntuitkomsten. Het doel van het DementieNet-programma is om interprofessionele samenwerking te helpen organiseren, om daarmee de belasting van dementie te verkleinen op patiënten, hun mantelzorgers, de betrokken zorgprofessionals en de organisaties waarin ze werken. Onder interprofessionele samenwerking verstaan we 'zorg of dienstverlening, waarbij twee of meer professionals van verschillende professies samenwerken, waarbij een gezamenlijk doel is geformuleerd die bijdraagt om de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen bieden aan de cliënt' (8).

DementieNet is in 2014 opgezet vanuit het Radboud Alzheimer Centrum. Op dit moment doen 40 netwerken mee aan het DementieNet-programma. Deze netwerken verschillen in grootte (van vijf tot twintig deelnemers) en samenstelling (vijf

tot achttien verschillende disciplines). In alle netwerken is de wijkverpleging en een afvaardiging van een huisartsenpraktijk vertegenwoordigd. Bij een derde van deze netwerken nemen ook cliënten, cliënt-vertegenwoordigers of mantelzorgers deel. De netwerken bevinden zich in de regio's Nijmegen, Arnhem en Enschede (9).

De DementieNet-aanpak (10) bestaat uit de volgende elementen: het stimuleren van lokale samenwerking, het ondersteunen van netwerkleiders, het stimuleren om Plan-Do-Check-Act (PDCA)-verbetercycli te doorlopen en het vergroten van kennis en vaardigheden via interprofessionele training. DementieNet volgt een aanpak op maat die aansluit bij de lokale situatie, waarbij de volgende stappen worden gevolgd: 1) het werven van een netwerkleider; 2) het identificeren van de lokale netwerkparticipanten en bouwen aan een gestructureerde netwerksamenwerking; 3) het bij start (en vervolgens jaarlijks) verzamelen van kwaliteitsfeedback, het selecteren van verbeterpunten en het opstellen van compacte verbeterplannen; 4) het interprofessioneel trainen op thema's die aansluiten bij de verbeterplannen.

Deze innovatie is gekoppeld aan een grondige wetenschappelijke evaluatie (11). Het eerste deel van de evaluatie, een meer-voudig casusonderzoek, waarbij elk netwerk als een casus gedetailleerd wordt gevolgd, is inmiddels afgerond. Het tweede deel loopt nog door tot 2022. Gegevens werden verzameld bij start en

na één en twee jaar follow-up en omvatten zowel kwantitatieve (kwaliteit van zorg, mate van netwerkintegratie) als kwalitatieve data (interviews met zorgverleners en mantelzorgers en logs van de netwerken). Veranderingen in de netwerken werden geëvalueerd en associaties tussen uitkomstmaten onderzocht. Integratie van kwantitatieve en kwalitatieve data vond plaats om de effecten en de werkingsmechanismen te identificeren en inzicht te krijgen in hoe deze elkaar beïnvloeden. Deze wetenschappelijke evaluatie van de effecten van de eerste dertien netwerken die aan het programma zijn begonnen, liet zien dat over het geheel genomen de netwerken een gemiddelde jaarlijkse groei hadden van 2,0 (95% BI 1,2 - 3,0) op de mate van netwerkintegratie en 8,5 (95% BI 2,8 - 14,7) op de somscore van de kwaliteitsindicatoren (zie *Box 1*).

Factoren die bijdroegen aan de transitie naar beter geïntegreerde netwerken waren: adequaat leiderschap, een actieve bijdrage van gemotiveerde huisartsen, netwerkparticipanten die elkaar goed kennen en een netwerk dat in een relatief kleine geografische omgeving is gelokaliseerd. Deelnemende professionals ervoeren meer persoonlijk contact, betere coördinatie, betere communicatie en de DementieNet-aanpak droeg bij aan wederzijds respect en vertrouwen (13).

Om tot een beter begrip te komen van deze integrale zorg in lokale netwerken was het doel van dit proefschrift om netwerk-leiderschap en interprofessionele samenwerking exploratief verdiepend te onderzoeken. We wilden meer zicht krijgen op de invloed van netwerk-leiderschap op geïntegreerde wijknetwerken en hoe daadwerkelijk de interprofessionele communicatie verloopt tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen, professionals die gezien worden als de belangrijkste tandem in de eerstelijnszorg voor mensen met dementie. In het proefschrift is speciale aandacht voor de rol van de wijkverpleegkundigen in deze processen.

Methodologie

Klinisch leiderschap in eerstelijnsnetwerken

In de DementieNet-aanpak is het ondersteunen van netwerk-leiders een van de basiselementen. Leiderschap wordt namelijk gezien als essentieel voor implementatie en uitvoering van geïntegreerde zorgmodellen (14,15). Toch blijkt de wetenschappelijke basis hiervoor onduidelijk. Het onderzoek is daarom gestart met een systematische review naar de relatie tussen klinisch leiderschap en geïntegreerde eerstelijns zorgmodellen, naar benodigde leiderschapsvaardigheden en naar effectieve ondersteuningsprogramma's voor klinisch leiderschap. We zochten in vier elektronische databases (Pubmed, CINAHL, Embase en PsycINFO) naar studies die uitgevoerd zijn in een geïntegreerde eerstelijns setting. Vervolgens gebruikten we de gegevens van de review voor de ontwikkeling van het tweejarige DementieNet-netwerk-leiderschapsprogramma. Dit programma bestaat uit 360-graden-feedback, individuele coaching, groepsbijeenkomsten en het bieden van een praktijkomgeving waarin geoefend kan worden. Het programma werd geëvalueerd op de bijdrage van het programma aan het zelf-ervaren leiderschapsgedrag van de eerstelijnsprofessionals die een netwerk-leidersrol vervulden in de DementieNet-netwerken. Verbetering van zelfgerapporteerd leiderschapsgedrag werd gemeten met de *Leadership Practices Inventory* (16), bij start, na één jaar en na twee jaar. Daarnaast onderzochten we in individuele en groepsinterviews wat eerstelijns professionals ervoeren bij het uitvoeren van hun netwerk-leidersrol in de lokale DementieNet-netwerken.

Communicatie tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen

Dit hoofdzakelijk kwalitatieve onderzoek identificeerde eerst de belangrijkste beïnvloedende factoren door in focusgroepen van

Box 1. Indicatoren voor kwaliteit van zorg en mate van netwerkintegratie, zoals gebruikt voor de DementieNet-evaluatiestudie.

Indicatoren voor kwaliteit van zorg

De lokale netwerken hebben jaarlijks de kwaliteit van de zorg gemeten voor hun caseload van gezamenlijke dementiepatiënten, op de volgende zes kwaliteitsindicatoren:

- 1) dementiediagnostiek
- 2) casemanagement
- 3) het gebruik van gezamenlijke zorgplannen
- 4) het bespreken van patiënten in een multidisciplinair overleg
- 5) farmacotherapeutisch overleg en
- 6) het aantal crisisbezoeken.

Een somscore per meetpunt werd berekend (somscore: min=0, max=100).

Indicatoren voor netwerkintegratie

De mate van integratie binnen het netwerk werd gedefinieerd als het level waarop de zorgprofessionals samenwerken als een geïntegreerd netwerk. Dit wordt jaarlijks gemeten aan de hand van het Regenboogmodel voor geïntegreerde zorg (12) als ordenend handvat voor de verschillende processen van integratie. Dit model onderscheidt drie domeinen waarop actie nodig is om integrale samenwerking te bevorderen om personen met dementie en diens mantelzorgers steeds weer de best passende zorg en ondersteuning te bieden:

- 1) samenwerking tussen organisaties
- 2) samenwerking tussen professionals
- 3) coördinatie van zorg op individueel patiëntniveau. Binnen de drie domeinen zijn acht items te onderscheiden die elk op vier levels werden gescoord:
 - 1) ad hoc
 - 2) vastgesteld
 - 3) gecontroleerd en
 - 4) gesynchroniseerd.

Door een somscore te berekenen op deze acht items ontstond een score op elk meetpunt, die de mate van integratie weergeeft (min = 8 en max = 32). Elk jaar werden gestructureerde interviews gehouden met de netwerk-trekker door een onafhankelijke onderzoeker op basis waarvan deze score werd berekend.

huisartsen en wijkverpleegkundigen te bespreken wat er speelt in de praktijk. We organiseerden daarvoor zes monoprofessionele focusgroepinterviews: drie bijeenkomsten met dertien huisartsen en drie bijeenkomsten met achttien wijkverpleegkundigen.

We analyseerden de transcripten van de audio-opnames van deze interviews om te komen tot thema's en categorieën (17). Ook twee cliënten en drie mantelzorgers zijn geïnterviewd in het kader van het bredere DementieNet-project over hoe zij de afstemming en samenwerking ervoeren tussen de zorgverleners. Hieruit bleek dat zij vaak weinig zicht hebben op hoe de communicatie tussen zorgverleners verloopt. Zij gaan ervan uit dat dit achter de schermen goed geregeld is.

Vervolgens onderzochten we de inhoud, structuur, wijze van gespreksvoering en beïnvloedende kwaliteitsfactoren van 36 telefonische gesprekken tussen wijkverpleegkundigen enerzijds en de huisarts/praktijkondersteuner en praktijkassistentes anderzijds. We namen gesprekken op tussen deze disciplines en deze gesprekken werden geanonimiseerd en letterlijk uitgeschreven. Vervolgens gaven we de structuur van elke gespreksopname een kwantitatieve beoordeling en analyseerden de inhoud van de gesprekken kwalitatief. De wijkverpleegkundigen scoorden voor het starten van de opnames hoeveel zelfvertrouwen ze hadden ten opzichte van de huisarts. Ook beoordeelden ze na elk gesprek het vertrouwen in deze specifieke huisarts en hoe goed ze deze huisarts, waarmee het gesprek werd gevoerd, kenden. Huisartsen beoordeelden hun tevredenheid met het gesprek na elk gesprek. Correlaties tussen deze determinanten werden berekend met Spearman's correlatiecoëfficiënt. We combineerden deze gegevens met de data uit groepsinterviews met wijkverpleegkundigen, die ook werden opgenomen en getranscribeerd. Thematische analyse werd toegepast op de transcripten van de focusgroepinterviews.

Resultaten

Klinisch leiderschap in eerstelijns netwerken

In de systematische review werden 3.207 artikelen gevonden. Zesenvijftig werden geselecteerd op basis van titel en samenvatting en uiteindelijk beantwoordden twintig studies aan de zoekcriteria. De geselecteerde artikelen waren van matige kwaliteit. Er was weinig onderbouwing te vinden voor de hypothese dat leiders implementatie van geïntegreerde zorg positief beïnvloeden. Twee studies (zonder controlegroep) suggereerden dat leiderschapsprogramma's mogelijke behulpzaam zijn bij het voorbereiden en ondersteunen van professionals op een leiderschapsrol in een geïntegreerde zorgsetting. Ze lieten bovendien zien dat goed leiderschap mogelijk bijdraagt aan de implementatie van geïntegreerde eerstelijns zorg (18,19). Uit kwalitatieve studies kwam naar voren dat deze leiders relationele en organisatorische vaardigheden dienen te bezitten en vaardig moeten zijn in procesmanagement en verandermanagement om integratie van zorg te verbeteren. Dokters werden het vaakst genoemd als de gewenste leider (20). De beperkte opbrengst van deze review werd meegenomen in de ontwikkeling van een netwerk-leiderschapsprogramma voor netwerk-leiders in DementieNet.

Zesentwintig eerstelijns professionals vanuit drie verschillende disciplines, 22 verpleegkundigen (tien wijkverpleegkundigen, zes praktijkverpleegkundigen en zes dementieverpleegkundigen), twee huisartsen en twee ergotherapeuten volgden het programma. Het leiderschapsgedrag verbeterde gedurende het tweede jaar van het programma. Bij de start van het programma bleek dat de leiders redelijk onwetend waren over welke uitdagingen de netwerk-leiderschapsrol met zich meebracht. De leerdoelen die de netwerk-leiders opstelden, waren het vaakst gericht op het behalen van verbetering op persoonlijke leiderschapscompetenties. De netwerk-leiders vonden zowel de individuele coaching als de groepstraining nuttig voor hun ontwikkeling.

Communicatie tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen

Inhoudsanalyse van de transcripten van de interviews liet zien dat zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen de onderlinge communicatie weinig effectief en efficiënt vinden, ondanks dat ze regelmatig contact hebben met elkaar. Zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen beschouwden het onderlinge vertrouwen als de belangrijkste bevorderende factor voor effectieve communicatie. Ook bleek dat het elkaar persoonlijk kennen en het hebben van frequent contact niet altijd leidde tot meer vertrouwen. Ook de wederzijds ervaren deskundigheid bleek een belangrijke beïnvloedende factor. Andere professiegebonden factoren, zoals het verschil in verantwoordelijkheid en taalgebruik, en organisatorische factoren, zoals gebrek aan een gezamenlijk zorgplan, gebrek aan persoonlijk contact en tijdgebrek, beïnvloedden de communicatie negatief. De deelnemende professionals gaven zelf mogelijkheden voor verbeteringen aan, zoals het organiseren van een goed gestructureerd multidisciplinair overleg en zorgen dat er meer persoonlijk contact is (21). Om de daadwerkelijke inhoud van een gesprek te analyseren namen 26 wijkverpleegkundigen 36 gesprekken met de huisartsenpraktijk op. De gesprekken duurden gemiddeld 7,9 minuten (SD 4,6); tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen gemiddeld 8,8 minuten (SD 4,0); tussen wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen gemiddeld 9,7 minuten (SD 6,7); dit verschilde significant in lengte met de gesprekken tussen wijkverpleegkundigen en praktijkassistentes (gemiddeld 3,6 minuten, SD 0,7; $p=0,004$). Kortere gesprekken waren beter gestructureerd ($r_s=-0,42$; $p=0,01$). Verpleegkundigen met meer zelfvertrouwen ten opzichte van de huisarts communiceerden op een meer gestructureerde wijze ($r_s=0,53$; $p=0,001$). Kwalitatieve analyse liet zien dat bij veel gesprekken structuur en bondigheid ontbraken. Verpleegkundigen begonnen het gesprek bijvoorbeeld zonder dat er een duidelijke vraag werd gesteld, of zij gaven te weinig achtergrondinformatie.

Conclusie

Het onderzoek maakte duidelijk dat netwerk-leiders een positieve invloed hebben op de verbetering van samenwerking in het netwerk, alhoewel de leiderschapsrol op een redelijk basaal niveau werd uitgevoerd en de bijbehorende taken nog als onduidelijk werden ervaren. (Wijk)verpleegkundigen waren in staat om een netwerk-leiderschapsrol te vervullen, nadat taakverheldering en training op benodigde competenties had plaatsgevonden. We concludeerden dat het DementieNet-netwerk-leiderschapsprogramma positief werd gewaardeerd door de netwerk-leiders en dat het programma bijdroeg aan verbetering van het zelf ervaren leiderschapsgedrag en daarom een programma is met potentie.

Wat betreft de interprofessionele communicatie tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen vonden we dat er in de huidige praktijk veel belemmerende factoren waren, zowel organisatorisch als professioneel, zoals het feit dat er veel verschillende organisaties zijn die wijkverpleging aanbieden, en verschillen in communicatiestijl tussen verpleegkundigen en artsen. De belangrijkste bevorderende factor was vertrouwen. Omdat huisartsen en wijkverpleegkundigen elkaar vaak niet persoonlijk kennen, is het vertrouwen opbouwen lastig. De huidige communicatiepraktijk liet zien dat wijkverpleegkundigen baat kunnen hebben bij het gebruik van communicatieprotocollen, zoals SBAR (*situation – background – assessment – recommendation*), om de structuur van de communicatie te ondersteunen. Ook *empowerment* van wijkverpleegkundigen in hun zelfvertrouwen ten aanzien van huisartsen zou een effectieve strategie kunnen zijn voor verbetering van deze communicatie.

Aanbevelingen voor onderzoek, onderwijs en praktijk

In dit proefschrift werd hoofdzakelijk gebruik gemaakt van kwa-

litatieve methodes. Het is daarmee goed gelukt om inzicht te krijgen hoe interprofessionele samenwerking verloopt en welke mechanismen deze praktijk beïnvloeden.

Het zorgen voor complexe kwetsbare groepen in een interprofessionele context vereist dat interprofessionele vaardigheden al in het basiscurriculum van verpleegkundigen en artsen worden meegenomen (22). Idealiter zou er in het onderwijs aandacht moeten zijn voor twee niveaus. Als eerste het klinische niveau: hoe werk je samen in een interprofessioneel team/netwerk met een gezamenlijk zorgplan, hoe communiceer je op een adequate manier met elkaar en hoe bouw je aan onderling vertrouwen? Als tweede op het leiderschapsniveau: hoe kom je binnen het interprofessionele team/netwerk tot een gezamenlijke visie, doelen en ethische waarden, hoe bespreek je de verschillende belangen van professionals, en hoe ga je effectief om met conflicten binnen het team/netwerk?

Er is momenteel veel aandacht voor het ontwikkelen van leiderschap (23) en interprofessionele netwerksamenwerking (24), als uitingvorm van integrale zorg en teamontwikkeling (25). Het

beleid van het ministerie van VWS is erop gericht om netwerksamenwerking op gang te brengen. Dat betekent dat de professionals in het veld daarvoor over de benodigde competenties moeten beschikken en deze zo nodig moeten kunnen ontwikkelen. We bevelen organisaties voor wijkverpleging en huisartsenzorg aan dat zij hun medewerkers ondersteunen bij interprofessioneel samenwerken en het uitoefenen van klinische leiderschapsrollen.

Bij het ontwikkelen van geïntegreerde dementiezorg via lokale eerstelijnsnetwerken lijken zowel het benutten van netwerk-leiderschap als het inzetten en verbeteren van interprofessionele communicatievaardigheden belangrijke strategieën. Voor het ontwikkelen van lokale eerstelijnsnetwerken zijn daarnaast meer onderdelen noodzakelijk. Het bouwen aan netwerkzorg is daarmee goed te vergelijken met het maken van een legpuzzel die bestaat uit veel onderdelen: als de stukken uiteindelijk in elkaar passen, is het resultaat uiterst bevredigend. Verbindingen die je eerst niet kon maken, lijken nu simpel en volstrekt logisch.

Summary

Interprofessional communication and clinical leadership in the development of network-based primary care

Minke Nieuwboer

AIM: To explore preconditions for collaboration in primary dementia care: clinical leadership and interprofessional communication.

METHOD: Systematic review to study clinical leadership in the context of integrated primary care. Mixed methods design: 1) to evaluate a clinical leadership support programme; 2) to explore communication between community nurses and general practitioners.

FINDINGS: Effective leadership support programs are scarce. Leaders' relational and organizational skills as well as process-management and change-management skills were considered important to improve care integration. By following the DementiaNet leadership-program, professionals improved their leadership skills. Community nurses and general practitioners generally perceived their interprofessional communication as inadequate.

Profession-specific factors (e.g., differences in responsibility and profession-specific language) and organizational factors (e.g., lack of shared care plans, no personal contact) negatively influenced communication. Content analysis of actual nurse-doctor communication showed that many conversations lacked structure and conciseness. Confident nurses communicated in a more structured way.

DISCUSSION and CONCLUSION: We found that leaders have a positive impact on the network's quality improvement. However, primary care professionals' leadership is currently practiced at a basic level. Communication structure and nurses' self-confidence in communication with doctors are favourable targets for improvement of interprofessional communication. Therefore, we recommended supportive training and coaching on both preconditions.

Keywords

Primary care, interprofessional communication, clinical leadership, dementia, community care networks

Literatuur

1. www.alzheimer-nederland.nl
2. Programma Langer Thuis. Te raadplegen op: www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis
3. Bauer K, Schwarzkopf L, Graessel E, et al. A claims data-based comparison of comorbidity in individuals with and without dementia. *BMC Geriatr* 2014;14:10.
4. Cheng ST. Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. *Cur Psychiatry Rep* 2017;19:64.
5. Karlsson S, Bleijlevens M, Roe B, et al. Dementia care in European countries, from the perspective of people with dementia and their caregivers. *J Adv Nurs* 2015;71:1405-16.
6. Francke A, van der Heide I, de Bruin S, et al. Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg; kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact. Utrecht: NIVEL; 2018.
7. Gruters A, Ramakers I, de Vugt M, et al. *GeheugenpoliMonitor* 2016. Maastricht: Alzheimer Centrum Limburg; 2018.
8. WHO (World Health Organization). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
9. www.dementienet.com
10. Nieuwboer MS, Richters A, van der Marck MA. Triple aim improvement for individuals, services and society in dementia care : The DementiaNet collaborative care approach. *Z Gerontol Geriatr* 2017;50(Suppl 2):78-83.
11. Richters A, Nieuwboer MS, Perry M, et al. Evaluation of DementiaNet, a network-based primary care innovation for community-dwelling patients with dementia: protocol for a longitudinal mixed methods multiple case study. *BMJ Open* 2017;7(8): e016433.
12. Valentijn P. *Rainbow of Chaos. A study into the theory and practice of integrated primary care.* Tilburg: Tilburg University; 2015
13. Richters A. *Network-based care for people with dementia: a complex transition.* Nijmegen: Radboud University; 2018.
14. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2015;16:12.
15. Davy C, Bleasel J, Liu H, et al. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Fam Pract* 2015;16:102.
16. Plas M, Crijns M. Vakinhoudelijk leiderschap en de LPI. *Ned Tijdschr EBP* 2010;8(3):20-2.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item

- checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349-57.
18. Alleyne J, Jumaa MO. Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive coaching and group clinical supervision for quality patient services. *J Nurs Manag* 2007;15:230-43.
 19. Bitton A, Ellner A, Pabo E, et al. The Harvard Medical School Academic Innovations Collaborative: transforming primary care practice and education. *Acad Med* 2014;89:1239-44.
 20. Nieuwboer MS, van der Sande R, van der Marck MA, et al. Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *Eur J Gen Pract* 2019;25:7-18.
 21. Nieuwboer MS, Perry M, van der Sande R, et al. Identification of influencing factors and strategies to improve communication between general practitioners and community nurses: a qualitative focus group study. *Fam Pract* 2018;35:619-25.
 22. Collaborative IE. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington DC Interprofessional Education Collaborative; 2016.
 23. Wolbers I, Lalleman P, Bleijenberg N. NIEUWE LEIDERS IN DE WIJK?! Utrecht: Hogeschool Utrecht, Lectoraat Chronisch Zieken; 2018.
 24. Wijkverpleging SK. Kwaliteitskader Wijkverpleging Utrecht: V&VN, Actiz, BTN, ZN, Patiëntenvereniging Nederland; 2018.
 25. Dow AW, Zhu X, Sewell D, et al. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care* 2017;31:677-8.

Over de auteur

Minke Nieuwboer werkte als wijkverpleegkundige voor zij de studie Verplegingswetenschappen afrondde. Al vele jaren is zij als senior adviseur betrokken bij netwerksamenwerking vanuit de adviesgroep Procesverbetering en Implementatie van het Radboudumc in Nijmegen. Zij promoveerde eind 2019 bij prof. dr. Marcel Olde Rikkert, hoogleraar Geriatrie aan het Radboudumc, en combineerde haar promotieonderzoek met de ontwikkeling van het DementieNet-programma.

Correspondentieadres: minke.nieuwboer@radboudumc.nl

Patrick nierpatiënt sinds zijn 17e

Hij houdt vol

Net als wij

We gaan door totdat Patrick en alle andere nierpatiënten weer de vrijheid hebben om gewoon te kunnen leven. Help mee. Doneer op nierstichting.nl

