

Inhoud

	Voorwoord	II
	DEEL 1	
	HET BEROEP VAN DE MBO-VERPLEEGKUNDIGE	13
1	Waar gaat het om in de verpleging?	15
1.1	Oriëntatie op het beroep van mbo-verpleegkundige	15
1.1.1	Inhoud van het beroep	16
1.1.2	Beroepseisen	19
1.1.3	Ontwikkelingen in de beroepsuitoefening	23
1.2	Kaders voor de verpleegkundige beroepsuitoefening	28
1.2.1	Kaders Wet BIG	28
1.2.2	Beroepscode	31
1.2.3	Richtlijnen en protocollen	35
1.3	Werken vanuit een visie op verplegen	36
1.3.1	Visie op de mens	37
1.3.2	Visie op gezondheid en ziekte	39
1.3.3	Visie op verplegen	40
	Literatuur	45
	Websites	46
2	Waar werken verpleegkundigen?	47
2.1	Oriëntatie op het werkveld van verpleegkundigen	47
2.1.1	Wegwijs in de sociale kaart	48
2.1.2	Vormen van zorg	53
2.2	Het werkkerrein van verpleegkundigen	58
2.2.1	Ziekenhuizen	58
2.2.2	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg	60
2.2.3	Geestelijke gezondheidszorg	63
2.2.4	Gehandicaptenzorg	64
	Literatuur	67
	Websites	68

DEEL 2**METHODISCH WERKEN**

69

3	Oriëntatie op het verpleegkundig proces	71
3.1	Methodisch werken in de verpleging	71
3.1.1	Wat houdt methodisch werken in?	71
3.1.2	Methodisch verplegen vanuit een visie	72
3.2	Besluitvorming bij het verpleegkundig proces	76
3.2.1	Verzamelen van gegevens	77
3.2.2	Analyse	79
3.2.3	Kwaliteitscontrole	80
3.2.4	Keuze	81
3.3	Gebruik van verpleegkundig begrippenkader	82
3.3.1	Begrippenkader bij het verpleegkundig proces	83
3.3.2	ICF: een multidisciplinair begrippenkader	91
	Literatuur	92
4	Verzamelen van gegevens en vaststellen van verpleegkundige diagnosen	94
4.1	Het verzamelen van gegevens	94
4.1.1	Bronnen voor het verzamelen van gegevens	94
4.1.2	Waarover verzamel je gegevens?	95
4.1.3	Het anamnesegebesprek	96
4.2	Vaststellen van verpleegkundige diagnosen	110
4.2.1	Wat is een verpleegkundige diagnose?	111
4.2.2	Formuleren van verpleegkundige diagnosen	112
	Literatuur	118
5	Formuleren van resultaten en kiezen van interventies	119
5.1	Formuleren van resultaten	119
5.1.1	Wat zijn beoogde resultaten?	119
5.1.2	Formuleren van beoogde resultaten	121
5.2	Kiezen van interventies	124
5.2.1	Wat zijn interventies?	124
5.2.2	Formuleren van interventies	126
	Literatuur	132
6	Uitvoeren van interventies en evaluatie	134
6.1	Uitvoeren van verpleegkundige interventies	134
6.1.1	Prioriteiten stellen en samenwerking met mantelzorg	135

6.1.2	De zorgvrager monitoren	139
6.1.3	De voortgangsrapportage	140
6.2	Evaluatie	143
6.2.1	Wat is evalueren?	143
	Literatuur	147
	Websites	147

DEEL 3

ASPECTEN VAN DE BEROEPSUITOEFENING	149
---	------------

7	Preventie en voorlichting	151
7.1	Hoe pas je als verpleegkundige preventie toe?	151
7.1.1	Primaire preventie	152
7.1.2	Secundaire preventie	153
7.1.3	Tertiaire preventie	155
7.2	Voorlichting geven	156
7.2.1	Waarover gaat de voorlichting?	156
7.2.2	Gedraggericht voorlichting geven	159
7.2.3	Methodisch voorlichten	166
7.2.4	Gebruik van voorlichtingsmaterialen	171
	Literatuur	176
	Websites	177
8	Juridische aspecten	178
8.1	Wetgeving voor patiëntenrechten en kwaliteit van zorg	178
8.1.1	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	179
8.1.2	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)	182
8.1.3	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	185
8.1.4	Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)	189
8.1.5	Wet kwaliteit zorginstellingen (WKZ)	190
8.1.6	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)	191
8.2	Beroepsaansprakelijkheid van verpleegkundigen	194
8.2.1	Wat is beroepsverantwoordelijkheid en -aansprakelijkheid?	194
8.2.2	Strafrechtelijke aansprakelijkheid	196

8.2.3	Civielrechtelijke aansprakelijkheid	198
8.2.4	Arbeidsrechtelijke aansprakelijkheid	199
8.2.5	Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid	200
	Literatuur	202
	Websites	203
9	Ethische aspecten	204
9.1	Ethiek in de verpleegkundige beroepsuitoefening	204
9.1.1	Waar gaat het om bij ethiek?	205
9.1.2	Verpleegkundige beroepsdilemma's	209
9.1.3	Voorwaarden om ethisch te handelen	212
9.2	Omgaan met ethische vragen	216
9.2.1	Ethische reflectie	217
9.2.2	Ethische besluitvorming	219
	Literatuur	231
	Websites	232
	DEEL 4	
	ORGANISATIE EN PROFESSIONELE TAKEN	233
10	Organisatie en coördinatie van de zorgverlening	235
10.1	Hoe is het werk georganiseerd?	235
10.1.1	Taakgericht verplegen	236
10.1.2	Teamverpleging	237
10.1.3	Eerstverantwoordelijke verpleegkundige	240
10.1.4	Casemanagement	241
10.2	Coördinatie van zorg en ontslag	241
10.2.1	Samenwerken met collega's en andere hulpverleners	242
10.2.2	Hulpmiddelen om de zorg te coördineren	244
10.2.3	Het ontslagproces	248
10.3	Beleid van de organisatie	251
10.3.1	Signaleren van knelpunten en formuleren van voorstellen	252
10.3.2	Bijdrage leveren aan het beleid	254
	Literatuur	256
11	Werkbegeleiding geven	258
11.1	Wat houdt werkbegeleiding in?	258
11.1.1	Werkbegeleiding en andere vormen van begeleiding	259
11.1.2	Methodisch werkbegeleiding geven	261

II.2	Welke rollen heeft de werkbegeleider?	264
II.2.1	Rol van organisator	265
II.2.2	Rol van opleider	268
II.2.3	Rol van begeleider	273
II.2.4	Rol van beoordelaar	279
	Literatuur	281
	Websites	281
12	Kwaliteitszorg	282
12.1	Wat is kwaliteitszorg?	282
12.1.1	Definities	282
12.1.2	De kwaliteitscirkel	285
12.1.3	Evidence based practice	288
12.2	Welke wegen zijn er om de kwaliteit te bevorderen?	293
12.2.1	Kwaliteit, vanuit het oogpunt van de zorgvrager	294
12.2.2	Kwaliteitszorg op instellingniveau	296
12.2.3	Kwaliteitsbevordering op teamniveau	298
	Literatuur	303
	Websites	304
13	Deskundigheidsbevordering en professionalisering	305
13.1	Deskundigheidsbevordering	305
13.1.1	Welke deskundigheidsbevorderende activiteiten zijn er?	305
13.1.2	Het geven van een klinische les	306
13.1.3	Vorbereiding van een klinische les	309
13.1.4	Uitvoering van een klinische les	313
13.1.5	Evaluatie van een klinische les	314
13.1.6	Reflecteren op beroepsmatig handelen	314
13.2	Professionalisering	319
13.2.1	Individuele professionalisering	320
13.2.2	Professionalisering van de beroepsgroep	323
	Literatuur	325
	Websites	326
	Over de auteur	327
	Register	329

Waar gaat het om in de verpleging?

In de gezondheidszorg werken veel verschillende beroepsgroepen. Een belangrijke en grote beroepsgroep is die van verpleegkundigen. Dit hoofdstuk geeft een globaal beeld van de verpleegkundige beroepsuitoefening op mbo-niveau. Waar houden mbo-verpleegkundigen zich mee bezig? Welke eisen worden aan de beroepsgroep gesteld? En welke ontwikkelingen hebben invloed op de beroepsuitoefening van verpleegkundigen? Bij de beroepsuitoefening moeten verpleegkundigen zich houden aan de kaders die voor de beroepsgroep gelden. Dit zijn kaders vanuit onder meer wetgeving, beroepscode, richtlijnen en protocollen. De belangrijkste kaders komen in dit hoofdstuk aan de orde. Naast deze kaders die richting geven aan het verplegen, hebben verpleegkundigen ook hun eigen ideeën over hoe er verpleegd moet worden. In dit hoofdstuk gaan we daarom in op verschillende visies op verplegen en de redenen waarom het belangrijk is dat elke verpleegkundige haar handelen kan onderbouwen vanuit een visie op verplegen.

1.1 Oriëntatie op het beroep van mbo-verpleegkundige

Het beroep van verpleegkundigen kent vele kanten. Om een beeld te krijgen van het beroep schetsen we in dit onderdeel een profiel van de mbo-verpleegkundige. In dit profiel komt een aantal zaken naar voren. Om te beginnen de inhoud van de verpleegkundige beroepsuitoefening: waar houden verpleegkundigen zich mee bezig? Ook worden de eisen beschreven waaraan verpleegkundigen moeten voldoen, zoals professionele deskundigheid en persoonlijke betrokkenheid.

In tabel 1.1 staat een overzicht van de onderwerpen uit deze paragraaf.

Tabel 1.1 Mbo-verpleegkundige, een profiel in schema.

Profiel mbo-verpleegkundige	Beroepsinhoud	Methodisch werken Preventie en voorlichting Organisatie en coördinatie Werkbegeleiding geven Kwaliteitszorg Deskundigheidsbevordering Professionalisering
	Beroepseisen	Professionele deskundigheid Persoonlijke betrokkenheid

1.1.1 Inhoud van het beroep

Er zijn meerdere bronnen die de inhoud beschrijven van het verpleegkundig beroep, zoals *Beroepsprofiel van de verpleegkundige* (Leistra, 1999), *Beroepscompetentieprofiel Mbo-Verpleegkundige* (Movisie, 2007) en *Kwalificatiedossier Mbo-Verpleegkundige* (Colo/Calibris, 2009). In dit boek gebruiken we het overzicht uit het Kwalificatiedossier Mbo-Verpleegkundige om de inhoud van het beroep weer te geven. In dit overzicht is de inhoud van het beroep kort en overzichtelijk beschreven in de vorm van kerntaken en werkprocessen. Daarbij is gebruikgemaakt van de twee andere documenten, het beroepsprofiel en het beroepscompetentieprofiel.

In het volgende kader staan de drie kerntaken van de mbo-verpleegkundige en de werkprocessen die bij de kerntaken horen weergegeven.

Kerntaken en werkprocessen (bron: Kwalificatiedossier Mbo-verpleegkundige)

Kerntaak 1 Bieden van verpleegkundige zorg en ondersteuning op basis van het verpleegplan

- 1.1 Stelt verpleegkundige diagnose en stelt het verpleegplan op.
- 1.2 Ondersteunt bij persoonlijke basiszorg.
- 1.3 Biedt palliatief-terminale zorg.
- 1.4 Voert verpleegtechnische handelingen uit.
- 1.5 Monitort de gezondheidstoestand op somatisch en psychosociaal gebied.
- 1.6 Geeft voorlichting, advies en instructie aan de zorgvrager(s).
- 1.7 Hanteert crisissituaties en onvoorziene situaties.

Kerntaak 2 Begeleiden van de zorgvrager(s) op basis van het verpleegplan

- 2.1 Begeleidt een zorgvrager bij zelfredzaamheid.
- 2.2 Begeleidt een zorgvrager op psychosociaal gebied.
- 2.3 Begeleidt een zorgvrager op sociaalmaatschappelijk gebied.
- 2.4 Begeleidt een groep zorgvragers op sociaalmaatschappelijk gebied.

Kerntaak 3 Uitvoeren van organisatie- en professiegebonden taken

- 3.1 Werkt aan deskundigheidsbevordering en professionalisering van het beroep.
- 3.2 Werkt aan het bevorderen en bewaken van kwaliteitszorg.
- 3.3 Voert coördinerende taken uit.
- 3.4 Voert beleidsmatige taken uit.
- 3.5 Evalueert de zorgverlening.

Deze kerntaken en werkprocessen behoren tot de inhoud van het werk van mbo-verpleegkundigen. Afhankelijk van de werkplek komen bepaalde werkprocessen vaker of minder vaak voor. Een verpleegkundige die werkt in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, krijgt bij de uitvoering van de zorg bijvoorbeeld veel te maken met het begeleiden van een groep zorgvragers op sociaalmaatschappelijk gebied. Verpleegtechnische handelingen zoals zuurstof toedienen of een infuus inbrengen, komen nauwelijks voor. Een verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis verricht juist wel veel verpleegtechnische handelingen, terwijl zij helemaal niet te maken krijgt met het begeleiden van een groep zorgvragers (zie figuur 1.1).

SCHETS VAN DE BEROEPSINHOUD

De mbo-verpleegkundige draagt bij aan het herstel van zorgvragers en aan de verbetering van de kwaliteit van leven van zorgvragers op het gebied van gezondheid, wonen en welzijn. Ze stelt hiervoor een verpleegkundige diagnose, schrijft een verpleegplan, ondersteunt bij persoonlijke basiszorg, zoals het wassen van zorgvragers. Ze deelt medicijnen en voert verpleegtechnische handelingen uit. Ze biedt ondersteuning als een zorgvrager psychosociale problemen



Figuur 1.1 In een ziekenhuis komen verpleegtechnische handelingen veel voor.

heeft. Ze begeleidt en ondersteunt de zorgvrager ook praktisch, door bijvoorbeeld te leren hoe een zorgvrager met krukken moet lopen. Ze geeft voorlichting, advies en instructie over gezond gedrag of over gebruik van hulpmiddelen. Ze coördineert alle zorgtaken voor de gehele zorgverlening voor één of meerdere zorgvragers. Ze verricht ook handelingen die de gezondheid van de samenleving als geheel bevorderen. Dan gaat het bijvoorbeeld om het voorkó-

men van gezondheidsproblemen. Zo geeft ze adviezen over gezond gedrag en leert ze mensen omgaan met ziekten en beperkingen. Ze werkt samen met andere disciplines, zoals helpenden zorg & welzijn, verzorgenden, artsen, andere medische en paramedische zorgverleners en sociaalagogisch werkers.

Naast het verlenen van zorg en ondersteuning levert de mbo-verpleegkundige een bijdrage aan de professionalisering van het beroep en aan de kwaliteitsverbetering van werkzaamheden. Dat kan ze doen door met collega's en leidinggevendenden over het werk te praten en door deel te nemen aan deskundigheidsbevordering.

Samengevat zijn mbo-verpleegkundigen inhoudelijk deskundig wat betreft:

- methodisch werken;
- preventie en voorlichting;
- organisatie en coördinatie;
- werkbegeleiding geven;
- kwaliteitszorg;
- deskundigheidsbevordering;
- professionalisering.

Deze onderwerpen krijgen in de volgende hoofdstukken van dit boek een verdere uitwerking.

1.1.2 Beroepseisen

Verpleegkundigen moeten in hun werk aan bepaalde eisen voldoen. Een belangrijke eis is dat ze hun werkzaamheden op deskundige wijze uitvoeren. Een tweede eis is dat ze de zorgvragers benaderen vanuit een professionele beroepshouding. Deze houding kan alleen tot stand komen wanneer er sprake is van betrokkenheid bij de zorgvrager. Professionele deskundigheid en persoonlijke betrokkenheid – als twee belangrijke beroepseisen – lichten we hier verder toe.

PROFESSIONELE DESKUNDIGHEID

Met professionele deskundigheid bedoelen we de vakbekwaamheid. Bij vakbekwaamheid kun je kijken naar de inhoud van de deskundigheid en naar de manier waarop de uitvoering plaatsvindt. De inhoud staat in de vorige paragraaf beschreven. In dit onderdeel

gaan we in op de uitvoering. Bij de uitvoering speelt ervaring een belangrijke rol. Bijvoorbeeld: een verpleegkundige die al tien jaar in een psychiatrisch ziekenhuis werkt, zal haar taken op een ander niveau uitvoeren dan een verpleegkundige die pas gediplomeerd is. Ook zal een verpleegkundige die op een kinderafdeling in een ziekenhuis gaat werken, na vijf jaar in een verpleeghuis te hebben gewerkt, in het begin moeite hebben om haar werkzaamheden te overzien. Patricia Benner (2006) beschrijft in haar boek *Van Beginner naar Expert* vijf niveaus van vakbekwaamheid van verpleegkundigen. Zij geeft aan hoe de verpleegkundige zich in vijf stadia kan ontwikkelen van beginner tot expert.

- De beginner. Kenmerkend voor een beginnend beroepsbeoefenaar is dat zij nog geen ervaring heeft in de situatie waarin ze werkt. Dat kan zijn omdat ze nog in opleiding is of omdat er een overstap plaatsvindt naar een werkveld met een onbekende groep zorgvragers. De theoretische kennis uit de opleiding bestaat nog uit losse feiten en regels en staat los van de situatie waarin de beginner moet functioneren.
- De gevorderde beginner. De verpleegkundige is nog steeds een beginner, maar kan al een groot aantal taken uitvoeren en meerdere verpleegsituaties vergelijken op overeenkomsten en verschillen. De gevorderde beginner begint te zien dat de kennis en ervaring uit de ene situatie bruikbaar kunnen zijn in een andere, vergelijkbare situatie.
- De bekwame verpleegkundige. De bekwame verpleegkundige heeft twee à drie jaar in dezelfde of vergelijkbare situatie praktijkervaring opgedaan. Ze is in staat om prioriteiten te stellen en dilemma's van praktische aard op te lossen. De bekwame verpleegkundige heeft echter nog tijd nodig om de situatie te overzien en heeft nog weinig alternatieven voorhanden.
- De volleerde verpleegkundige. De volleerde verpleegkundige overziet snel de situatie en weet uit ervaring welke typerende gebeurtenissen te verwachten zijn. Een volleerd verpleegkundige werkt efficiënt en flexibel en gaat effectief met alle verpleegsituaties om.
- De expert. De expert kan de totaliteit van de situatie overzien. Daarbij durft ze gebruik te maken van haar intuïtie. Deze intuïtie is gebaseerd op een totale integratie van theoretische inzichten en uitgebreide praktijkervaring. De expert is vooral herkenbaar aan de kwaliteit van haar handelen, de snelheid waarmee ze op-

lossingen bedenkt, de ordelijke wijze waarop ze problemen oplost en het vermogen informatie te onthouden.

Het is niet zo dat elke verpleegkundige in haar ontwikkeling het niveau van expert bereikt. Wel maken deze niveaus duidelijk dat van een stagiaire of een beginnend verpleegkundige niet hetzelfde mag worden verwacht als van een ervaren verpleegkundige. In de praktijk kan het model van Benner als hulpmiddel gebruikt worden om niveaus van vakbekwaamheid in kaart te brengen. De verpleegkundige kan vervolgens dit overzicht gebruiken bij haar persoonlijke competentieontwikkeling en loopbaanontwikkeling.

PERSOONLIJKE BETROKKENHEID

Naast professionele deskundigheid is persoonlijke betrokkenheid een beroepseis. Persoonlijke betrokkenheid komt tot uiting in de beroepshouding. Het verwijst naar de bereidheid van verpleegkundigen om er te zijn voor de zorgvrager. Een begrip dat hiervoor ook wel gebruikt wordt, is *presentie* of *present* zijn. Om er voor de zorgvrager te kunnen zijn, is het nodig dat de verpleegkundige zich inleeft in de situatie van de zorgvrager. In haar verbale en non-verbale doen en laten, zal de persoonlijke betrokkenheid tot uitdrukking moeten komen.

Nu is betrokkenheid niet zo'n eenvoudige zaak. Daarom schetsen we drie patronen van betrokkenheid. Hierbij gaat het om de vraag in hoeverre de verpleegkundige zich inleeft in de zorgvrager en dit tot uitdrukking brengt in haar handelen.

- **Patroon 1:** Inleven en tot uitdrukking brengen. De verpleegkundige leeft zich in de zorgvrager in en brengt dit tot uitdrukking in het verpleegkundig handelen. Een voorbeeld hiervan is de volgende situatie: bij mevrouw Faber is een borst verwijderd in verband met borstkanker. Een verpleegkundige is bezig het bed ernaast op te maken, wanneer ze merkt dat mevrouw Faber stilletjes in bed ligt te huilen. De verpleegkundige loopt naar haar toe en vraagt: 'Is het moeilijk?', waarop mevrouw Faber nog harder begint te huilen en met horten en stoten begint te praten. De verpleegkundige pakt een stoel en gaat aan het bed zitten.
- **Patroon 2:** Inleven en niet tot uitdrukking brengen. De verpleegkundige leeft zich in de zorgvrager in. Ze brengt dit niet tot uitdrukking tegenover de zorgvrager, maar wel tegenover anderen,

bijvoorbeeld tijdens een patiëntenbespreking of artsensite. De volgende situatie is hiervan een voorbeeld: de heer Westra, die voor onderzoek op een interne afdeling ligt, heeft zojuist van de arts te horen gekregen dat hij een kwaadaardig gezwel heeft. Een verpleegkundige die hem verzorgt, vertelt aan een collega: 'Ik moest hem eten brengen, ik wist niet wat ik zeggen moest. Ik heb het eten maar bij hem neergezet; ik durfde hem niet aan te kijken, ik heb het er neergezet en ben toen snel weer weggegaan.'

- **Patroon 3: Niet inleven.** De verpleegkundige leeft zich niet in de zorgvrager in. Als uitgangspunt voor het handelen neemt ze de eigen beleving van de situatie. Een voorbeeld hiervan is de volgende situatie: een verpleegkundige werkt op de kraamafdeling. Ze is dol op kinderen. In bed ligt mevrouw De Jong die kort geleden bevallen is van haar eerste kind. Het is een prachtige baby. Tijdens het baden van de baby steekt de verpleegkundige haar lof dan ook niet onder stoelen of banken. Waar deze verpleegkundige echter niet bij stilstaat, is de vraag of de moeder ook zo enthousiast is over haar nieuwe situatie. Doordat de verpleegkundige uitgaat van haar eigen beleving van deze situatie – namelijk dat het krijgen van een kind toch geweldig is – gaat de verpleegkundige voorbij aan wat deze situatie voor de moeder betekent. De verpleegkundige nodigt de moeder niet uit om over haar gedachten en gevoelens te praten en het gevolg hiervan is dat de verpleegkundige ook niet kan inspelen op wat deze nieuwe situatie voor de moeder betekent.

Bij persoonlijke betrokkenheid is het dus essentieel dat de verpleegkundige zich inleeft in de zorgvrager. Maar wanneer een verpleegkundige te emotioneel betrokken raakt, kan dit haar professionele deskundigheid in de weg staan. Naast emotionele betrokkenheid moet er dus ook sprake zijn van een bepaalde *functionele afstand*, ook wel *distantie* genoemd. De bereidheid om met andere teamleden de eigen beroepshouding en gevoelens bespreekbaar te maken, kan helpen om maximaal betrokken te kunnen blijven bij een zorgvrager, maar daarbij toch voldoende emotionele afstand te bewaren.

1.1.3 Ontwikkelingen in de beroepsuitoefening

Verpleegkundigen oefenen hun beroep uit in een maatschappij die steeds in beweging is. Daarnaast zorgen ontwikkelingen in de gezondheidszorg ervoor dat het verpleegkundige beroep in ontwikkeling blijft. Maatschappelijke ontwikkelingen beïnvloeden op hun beurt het beleid voor de gezondheidszorg. Welke dat zijn en welke ontwikkelingen in de zorg spelen en wat dat allemaal betekent voor de verpleegkundige beroepsuitoefening, beschrijven we in deze paragraaf.

MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

Vergrijzing

Het aantal oudere mensen ten opzichte van de totale bevolking neemt toe. Dit noemt men ook wel vergrijzing. Het aantal ouderen zal de komende jaren sterk blijven groeien. Met het ouder worden, nemen de gezondheidsproblemen toe. Vooral hartziekten en beroerten veroorzaken bij de ouderen veel ongemak. Ziekten zoals artrose en gezichts- en gehoorstoornissen komen ook veel voor. Aan deze ziekten overlijden mensen weliswaar niet, maar ze zorgen wel voor veel verlies van kwaliteit van leven.

Multiculturele samenleving

De Nederlandse samenleving is een multiculturele samenleving (zie figuur 1.2). Dat wil zeggen dat mensen met verschillende culturele achtergronden, zoals godsdienst, traditionele gebruiken, opvattingen over goed en kwaad en gedragsregels, deel van de Nederlandse samenleving. Ongeveer twintig procent van de inwoners in Nederland komt oorspronkelijk uit een ander land. Iets meer dan de helft hiervan komt uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen. Naast deze bevolkingsgroepen zijn er in Nederland ongeveer een half miljoen inwoners uit andere niet-westerse landen. Voor een deel gaat het hier om vluchtelingen en asielzoekers.



Figuur 1.2 Nederland is een multiculturele samenleving.

Individualisering

In de samenleving is sprake van een toenemende individualisering. Hiermee wordt bedoeld dat mensen steeds meer als individu in plaats van als groep in de samenleving staan. Families wonen wijd verspreid en niet langer meer in dezelfde straat of dezelfde plaats. Ook hebben steeds meer vrouwen een betaalde baan, waardoor het verlenen van zorg aan zieke familieleden niet vanzelfsprekend is. Daarbij komt dat in de huidige geïndividualiseerde samenleving veel mensen grote behoefte hebben aan privacy en de mogelijkheid om eigen keuzes te kunnen maken.

Toenemende mondigheid

Een ander kenmerk van de huidige samenleving is dat de mondigheid van mensen toeneemt. Dat geldt ook in de gezondheidszorg. Zorgvragers zijn over het algemeen steeds beter geïnformeerd over medische mogelijkheden en stellen hoge eisen aan de zorgverlening. Als een zorgvrager of zijn familie niet tevreden is, dan laat hij dat vaak weten en dient zo nodig een klacht in. Toch is er ook een groot aantal mensen dat niet mondig (genoeg) is en minder of niet in staat is om een duidelijke hulpvraag te formuleren.

BELEIDSONTWIKKELINGEN

Vraaggerichte zorg

Als eerste voorbeeld van ontwikkelingen in het beleid noemen we vraaggerichte zorg. Vraaggerichte zorg, belevingsgerichte zorg, zorg op maat, zijn allemaal termen voor een manier van kijken naar de zorg en invulling ervan. Organisaties en zorgverleners willen de vraag of beleving van de zorgvrager centraal stellen en hun werkwijze daarop afstemmen. Deze trend past in een maatschappij waar mensen steeds mondiger worden. Om tegemoet te komen aan de individuele wensen voor zorg, heeft de overheid het persoonsgebonden budget (pgb) ingesteld. Een zorgvrager die zelf zijn zorg wil regelen in de thuissituatie, kan op deze manier zijn eigen zorg inkopen en zelf bepalen wie er voor hem gaan zorgen. Dit vergroot zijn keuzevrijheid.

Vermaatschappelijking

Een andere trend in het beleid is de vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking van de zorg wil ouderen en mensen met een verstandelijke, lichamelijke of psychische handicap, een plek in de samenleving geven als volwaardige burgers. Het zijn burgers met beperkingen en mogelijkheden die weliswaar zorg nodig hebben, maar zelfstandig kunnen wonen. Vermaatschappelijking betekent kort gezegd een verschuiving van zorg binnen de instelling naar zorg binnen de samenleving. Daarbij ligt de nadruk op begeleiding en ondersteuning bij zelfredzaamheid en een plek in de samenleving. Dit krijgt vorm in kleinschalige woonvoorzieningen.

Marktwerking

De overheid wil in haar beleid meer marktwerking in de zorg. Dat wil zeggen dat de zorgaanbieders qua prijs en kwaliteit in concurrentie met elkaar gaan. De overheid wil daarmee zorginstellingen motiveren om de beste kwaliteit van zorg te leveren. Hierbij is het steeds gebruikelijker om de zorg in termen van producten te formuleren. Het zorgproces wordt daarmee een productieproces. Deze moet binnen een bepaalde tijd plaatsvinden. In de ziekenhuizen bijvoorbeeld streeft men naar een zo kort mogelijke opnameduur van

patiënten. Dat brengt verpleegkundigen in een lastige positie. Aan de ene kant is de verwachting dat ze efficiënt werken en productief zijn en aan de andere kant moeten ze goede kwaliteit van zorg leveren.

Stijging van de kosten

De stijging van de kosten in de gezondheidszorg komt onder andere doordat de medische mogelijkheden enorm zijn toegenomen. Om grip te krijgen op de bekostiging hiervan stimuleert de overheid de zorgorganisaties zo verantwoord en doelmatig mogelijk te werken. De financiering door de overheid is daarbij gekoppeld aan de prestaties in de zorg. Hiervoor zet de overheid verschillende instrumenten in, bijvoorbeeld de DBC (diagnosebehandelcombinatie). Een DBC is een weergave van alle activiteiten en verrichtingen die een zorgvrager in een ziekenhuis doorloopt gedurende een vaste periode. Een DBC beschrijft met welke klacht een zorgvrager het ziekenhuis binnenkomt en hoe, welke diagnose er gesteld is en welke behandeling volgt. Aan dat traject heeft de overheid een vaste vergoeding gekoppeld.

In de verpleeg- en verzorgingshuizen en de intramurale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg is de financiering gekoppeld aan de zorgzwaarte. Zij moeten de zorgbehoefte per zorgvrager vastleggen op basis van een zorgzwaartepakket (zzp). Een zzp bestaat uit een beschrijving van de zorgvrager (cliëntenprofiel), het aantal benodigde uren zorg en een beschrijving van die (verblijfs)zorg. Bij zorgzwaartebekostiging hoort een individueel zorgplan voor elke zorgvrager.

ZORGINHOUDELIJKE ONTWIKKELINGEN

Meerdere zorgvragen tegelijkertijd

De complexiteit van de zorgsituatie van vooral oudere zorgvragers neemt toe. Zorgvragers hebben steeds vaker een complexe lichamelijke, sociale en psychische of psychiatrische zorgvraag. Ook kunnen ouderen meerdere ziektes hebben die elkaar beïnvloeden. Daarnaast neemt het aantal chronisch zieke zorgvragers toe. Zo is de verwachting dat tot 2020 het aantal mensen met aandoeningen

als diabetes of chronische hart- en vaatziekten met 35-45% zal stijgen.

Ontwikkelingen in palliatieve zorg

Palliatieve zorg is de zorg voor zorgvragers die niet meer te genezen zijn. In de zorg is er niet alleen aandacht voor pijnbestrijding en andere lichamelijke klachten, maar ook voor psychische, sociale en spirituele vragen of problemen. Het doel van de zorg is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te bieden voor zowel de zorgvrager als zijn naasten. Verpleegkundigen leveren een belangrijk aandeel in de palliatieve zorg.

Meer aandacht voor mantelzorg en vrijwilligers

Verpleegkundigen richten zich niet alleen op de individuele zorgvrager, maar ook op de mensen uit zijn omgeving. De meeste mensen die thuis wonen en zorg nodig hebben, krijgen de dagelijkse zorg van familieleden of anderen uit de directe omgeving. Wanneer de zorg te specialistisch wordt of wanneer de familieleden de zorg niet meer aankunnen, komen professionele zorgverleners in beeld. Naast de zorg die de verpleegkundige geeft, moet ze dan ook omgaan met de familieleden en anderen uit de omgeving.

GEVOLGEN VOOR DE VERPLEEGKUNDIGE BEROEPSUITOEFENING

Er zijn allerlei veranderingen gaande die gevolgen hebben voor de beroepsuitoefening van verpleegkundigen. Bijvoorbeeld veranderingen waarbij zorgvragers steeds mondiger en kritischer worden, maar ook afhankelijk blijven van de professionele beroepsbeoefenaren. Het groter wordende aantal ouderen met vaak meerdere gezondheidsproblemen en de toename van mensen met een andere culturele achtergrond, vragen van de verpleegkundige specifieke kennis en communicatieve vaardigheden. Dit zijn voorwaarden om de zorgvragen goed te kunnen begrijpen en de gewenste zorg te kunnen geven.

Vraaggerichte zorg en vermaatschappelijking hebben tot gevolg dat verpleegkundigen in kleinschalige vormen van behandel-, zorg- en wooncentra werken. In deze woonvormen is de verpleegkundige

het eerste aanspreekpunt voor alles wat te maken heeft met zorg, welzijn en wonen. Professionele zorg is hierbij vooral aandacht voor het gewone leven. Persoonlijke betrokkenheid van de verpleegkundige bij de zorgvrager is dan een voorwaarde om het goed te kunnen doen.

Bezuinigingen in de zorg kunnen tot gevolg hebben dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg onder druk komt te staan. Verpleegkundigen moeten ook steeds meer kunnen aantonen dat zij verantwoorde zorg leveren, die doelmatig en efficiënt is. Zij zullen een ondernemende en kritische houding moeten laten zien om de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen.

Kortom, het beroep van verpleegkundige is volop in ontwikkeling en zal zich mee blijven ontwikkelen met de ontwikkelingen in de maatschappij.

1.2 Kaders voor de verpleegkundige beroepsuitoefening

Verpleegkundigen behoren hun werk te doen volgens de professionele standaard. De professionele standaard is het geheel van regels en normen waarmee de verpleegkundige bij het uitoefenen van haar werkzaamheden rekening behoort te houden. Daaronder vallen onder andere:

- de wettelijke kaders en jurisprudentie (dit is het geheel van uitspraken van rechters);
- normen die door de beroepsgroep zelf zijn geformuleerd zoals:
 - beroepscode en beroepsprofielen;
 - richtlijnen en protocollen.

In deze paragraaf gaan we in op de belangrijkste kaders die voortkomen uit de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de beroepscode en de richtlijnen en protocollen.

1.2.1 Kaders Wet BIG

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken. De Wet BIG biedt zorgvragers bescherming

tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren.

In dit onderdeel gaan we in op de regels die in de Wet BIG staan over het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen, over registratie en titelbescherming, geheimhoudingsplicht en tuchtrecht. In hoofdstuk 8 komen andere regels uit de Wet BIG aan de orde en worden andere wetten die de kaders vormen voor het werk van verpleegkundigen beschreven.

DESKUNDIGHEIDSGEBIED

Tot het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen rekent de Wet BIG in artikel 33:

- Het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging.
- Het in opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg, verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Naast handelingen die behoren tot het eigen deskundigheidsgebied van verpleegkundigen, is er dus ook verpleegkundig handelen dat plaatsvindt als aanvulling op de behandeling van andere hulpverleners. De handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging vormen de kern van het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen (figuur 1.3). De handelingen in opdracht van andere hulpverleners in aansluiting op diagnose en therapie, vormen een uitbreiding van het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen. Hierbij kun je denken aan handelingen als injecteren, katheteriseren of het inbrengen van een maagsonde.

REGISTRATIE EN TITELBESCHERMING

Verpleegkundigen komen volgens artikel 3 van de Wet BIG in aanmerking voor registratie en titelbescherming. Titelbescherming houdt in dat het ten onrechte voeren van een titel strafbaar is. Om een titel te kunnen voeren, moet men zich laten registreren. Iemand die een diploma verpleegkundige heeft behaald bij een wettelijk erkende opleiding kan hiertoe een verzoek indienen. Pas na inschrijving in het BIG-register mag iemand zich verpleegkundige noemen



Figuur 1.3 Observatie, begeleiding, verpleging en verzorging: de kern van het verpleegkundig beroep.

en de titel voeren. Wie kiest voor inschrijving in het BIG-register, kiest ook voor de rechten en plichten die met de registratie samenhangen, zoals het tuchtrecht.

Artikel 8 van de Wet BIG regelt de periodieke herregistratie. Om de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van zorgvragers te waarborgen, moeten verpleegkundigen elke vijf jaar aantonen dat de kennis en vaardigheden nog van voldoende niveau zijn. Dit kan door te voldoen aan een van de herregistratiecriteria: werkervaring binnen het deskundigheidsgebied of het volgen van scholing. Een half jaar voor het verstrijken van de registratieperiode stuurt het BIG-register bericht en kan men via een standaardformulier herregistratie aanvragen.

GEHEIMHOUDINGSPLICHT

In de Wet BIG is de geheimhoudingsplicht voor verpleegkundigen geregeld. Bovendien is de geheimhoudingsplicht geregeld in artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht. Dat de geheimhoudingsplicht in de Wet BIG nogmaals is geregeld, is bedoeld om te onderstrepen hoe belangrijk de wetgever het beroepsgeheim vindt. In artikel 88 van de Wet BIG staat:

Een ieder is verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij de uitoefening van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moet begrijpen.

Binnen de verpleegkundige beroepsgroep is het een belangrijke gedragsregel om zorgvuldig om te gaan met vertrouwelijk informatie over de zorgvrager en de privacy van de zorgvrager te respecteren en te beschermen.

TUCHTRECHT

In de Wet BIG is tuchtrecht voor verpleegkundigen wettelijk geregeld. Het doel van het tuchtrecht is het waarborgen van een zorgvuldige beroepsuitoefening. Als verpleegkundige kun je tuchtrechtelijk aansprakelijk gesteld worden voor fouten en gedragingen tijdens de beroepsuitoefening. Uit een uitspraak van het tuchtcollege kunnen specifieke kwaliteitseisen worden afgeleid. Met behulp van de overwegingen van het tuchtcollege wordt duidelijk gemaakt wat zorgvuldig handelen van verpleegkundigen is. Tuchtrechtspraak draagt zodoende bij aan de ontwikkeling van de professionele standaard voor verpleegkundigen. Het heeft daarmee een gunstige invloed op de kwaliteit en professionaliteit van de verpleegkundige beroepsuitoefening.

In paragraaf 8.2.5 staat een verdere toelichting op het tuchtrecht.

1.2.2 Beroepscode

Een beroepscode geeft een beschrijving over hoe je je als beroepsbeoefenaar behoort te gedragen. De beroepscode voor verpleegkun-

digen geeft (toekomstige) zorgvragers en andere hulpverleners inzicht in de waarden en normen die verpleegkundigen hanteren. Internationaal bestaat er sinds 1953 een beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden. Deze code is een uitgave van de International Council of Nurses (ICN). De code bevat internationaal geldende normen voor verpleegkundigen en verzorgenden, gericht op wereldwijd gebruik. In Nederland hebben zowel NU'91 en V&VN als AbvaKabo en CNV Publieke Zaak een beroepscode opgesteld, gebaseerd op de ICN-code. Deze beroepscode richt zich op de Nederlandse situatie. De hoofdpunten van de Nationale Beroepscode van NU'91/V&VN staan beschreven in het volgende overzicht. In de beroepscode staan de uitgangspunten voor de verpleegkundige beroepsuitoefening, de relatie tot de zorgvrager, andere zorgverleners en de samenleving.

Hoofdpunten uit de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden NU'91/V&VN

Uitgangspunten met betrekking tot de beroepsuitoefening

- I.1 Als verpleegkundige ben ik persoonlijk verantwoordelijk voor de manier waarop ik zorg verleen.
- I.2 Als verpleegkundige houd ik kennis en vaardigheden, die nodig zijn voor een verantwoorde beroepsuitoefening, op peil.
- I.3 Als verpleegkundige verricht ik alleen handelingen die binnen de grenzen van mijn deskundigheid liggen.
- I.4 Als verpleegkundige begeleid ik studenten en stagiaires verpleging en verzorging bij de ontwikkeling van hun verpleegkundige/verzorgende deskundigheid.
- I.5 Als verpleegkundige ondersteun en initieer ik activiteiten ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van het beroep.
- I.6 Als verpleegkundige lever ik een bijdrage aan een veilige zorgverlening.
- I.7 Als verpleegkundige lever ik mijn bijdrage aan een verantwoorde omgang met de beschikbare middelen.

- 1.8 Als verpleegkundige pas ik mijn sieraden, lichaamsversierende elementen en kleding aan aan de eisen van het beroep.

De verpleegkundige in relatie tot de zorgvrager

- 2.1 Als verpleegkundige heb ik als uitgangspunt dat iedere zorgvrager recht heeft op zorg.
- 2.2 Als verpleegkundige stel ik in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal.
- 2.3 Als verpleegkundige stem ik de zorgverlening zoveel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager.
- 2.4 Als verpleegkundige zorg ik dat er een zorgrelatie met de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) tot stand komt.
- 2.5 Als verpleegkundige erken en respecteer ik de rol van de zorgvrager en zijn naasten als partners in de zorg.
- 2.6 Als verpleegkundige zorg ik ervoor dat de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) de door hem benodigde informatie ontvangt.
- 2.7 Als verpleegkundige vraag ik de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) om toestemming voordat ik tot zorgverlening overga.
- 2.8 Als verpleegkundige ga ik op verantwoorde wijze om met de verslaglegging van gegevens van de zorgvrager in het verpleegkundig of zorgdossier.
- 2.9 Als verpleegkundige ken ik de rechten van de zorgvrager ten aanzien van het verpleegkundig of zorgdossier en ga daar op verantwoorde wijze mee om.
- 2.10 Als verpleegkundige ga ik zorgvuldig om met vertrouwelijk informatie over de zorgvrager.
- 2.11 Als verpleegkundige respecteer en bescherm ik de privacy van de zorgvrager.

- 2.12 Als verpleegkundige neem ik in mijn relatie met de zorgvrager professionele grenzen in acht.
- 2.13 Als verpleegkundige heb ik het recht om op grond van gewetensbezwaren te weigeren om mee te werken aan bepaalde handelingen.

De verpleegkundige in relatie tot andere zorgverleners

- 3.1 Als verpleegkundige werk ik samen met andere zorgverleners om de zorgvrager de benodigde zorg te geven.
- 3.2 Als verpleegkundige respecteer ik de deskundigheid, ervaring en bijdragen van andere zorgverleners.
- 3.3 Als verpleegkundige overzie en bewaak ik de zorg rond de zorgvrager.
- 3.4 Als verpleegkundige blijf ik bij het overdragen van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.
- 3.5 Als verpleegkundige neem ik in mijn relatie met andere zorgverleners professionele grenzen in acht.
- 3.6 Als verpleegkundige bescherm ik de zorgvrager tegen onethische, incompetente, onveilige of anderszins tekortschietende zorgverlening van andere zorgverleners.
- 3.7 Als verpleegkundige steun ik andere zorgverleners, die zich volgens de beroepscode willen gedragen, maar daarbij problemen ondervinden.
- 3.8 Als verpleegkundige draag ik bij aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het beleid van de instelling of organisatie waar ik werk.

De verpleegkundige in relatie tot de samenleving

- 4.1 Als verpleegkundige draag ik, binnen het domein van de zorg, bij aan de bevordering van de volksgezondheid.

- 4.2 Als verpleegkundige werk ik mee aan wetenschappelijk onderzoek gericht op de verbetering van de volksgezondheid en de individuele zorg voor zorgvragers.
- 4.3 Als verpleegkundige ondersteun ik activiteiten van de beroepsgroep om voorwaarden te scheppen voor een verantwoorde beroepsuitoefening.
- 4.4 Als verpleegkundige verleen ik ook buiten mijn werkomgeving vanuit mijn professionele deskundigheid zorg aan iedere persoon die behoefte heeft aan spoedeisende zorg.
- 4.5 Als verpleegkundige draag ik bij aan de bescherming van het milieu binnen het domein van de zorg.
- 4.6 Als verpleegkundige zet ik mij, individueel en collectief, in voor een rechtvaardige verdeling van een verantwoorde omgang met beschikbare middelen.
- 4.7 Als verpleegkundige werk ik niet mee aan (commerciële) activiteiten die de onafhankelijkheid, de betrouwbaarheid en de geloofwaardigheid van mijzelf en/of van de beroepsgroep aantasten.

1.2.3 Richtlijnen en protocollen

Richtlijnen en protocollen zijn belangrijk bij het werk van verpleegkundigen. Ze vormen een belangrijke steun om kwalitatief goede zorg te verlenen en bevatten praktische toepasbare aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op:

- resultaten van wetenschappelijk onderzoek;
- klinische ervaringen;
- voorkeuren van zorgvragers;
- beschikbare financiële middelen.

Door richtlijnen te gebruiken, hoeven verpleegkundigen niet zelf op zoek naar een wetenschappelijke onderbouwing van hun handelen. Dat is al op grondige en betrouwbare wijze gedaan. Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO hebben een databank met richtlijnen. Deze databank Richtlijnen biedt een actueel overzicht. Enkele voorbeelden zijn:

- Pijn bij kanker;
- Richtlijn zuurstofbehandeling thuis;

- Voedingsrichtlijnen bij diabetes;
 - Het begeleiden van mensen met dementie die apathisch zijn.
- Om de landelijk ontwikkelde richtlijnen in de dagelijkse praktijk toe te kunnen passen, moeten ze op instellings- of afdelingsniveau vertaald worden in protocollen. Richtlijnen geven hierbij de richting aan, zij gaan in op *wat* er moet gebeuren. In een protocol staat vervolgens *hoe* dit moet gebeuren. Een protocol is dus de vertaalslag van de richtlijn naar de praktijk van een concrete instelling of afdeling.

GEBRUIK VAN RICHTLIJNEN EN PROTOCOLLEN

Mbo-verpleegkundigen zijn opgeleid om de zorg te plannen en uit te voeren volgens standaardprocedures en combinaties van (standaard)procedures. Dit betekent dat Mbo-verpleegkundigen vaak gebruik zullen maken van richtlijnen en protocollen. Deze kunnen de beginnend verpleegkundige houvast geven bij de planning en uitvoering van de werkzaamheden.

In de praktijk blijkt echter dat verpleegkundigen niet altijd gebruikmaken van de bestaande protocollen en richtlijnen. Mogelijke redenen hiervoor zijn dat de kwaliteit van de protocollen onvoldoende is of dat er binnen het team tegenstrijdige opvattingen bestaan over de inhoud ervan. Het is dan de taak van de meer ervaren verpleegkundigen om kritisch naar de protocollen te kijken en te beoordelen in hoeverre ze nog effectief en efficiënt zijn. Een specifieke werkgroep houdt zich meestal bezig met het bijstellen van protocollen, zodat ze voldoen aan de professionele standaard. In paragraaf 10.3.1 staat een aanpak om protocollen kritisch te bekijken en bij te stellen.

1.3 Werken vanuit een visie op verplegen

Verpleegkundigen oefenen hun beroep uit vanuit hun deskundigheid, vanuit wettelijke kaders en vanuit de beroepscode. Daarnaast heeft elke verpleegkundige eigen ideeën hoe ze haar werk wil doen. Deze ideeën over hoe er verpleegd zou moeten worden, zijn gebaseerd op haar visie op haar werk. Op basis van die visie maakt ze keuzes, doet ze bepaalde dingen wel en andere niet.

In principe kun je overal een visie op hebben – of je nou verstand van het onderwerp hebt of niet. Maar als je ergens geen verstand van hebt, is de kans groot dat de visie beperkt is. Het bijzondere van een visie is dat:

- je het met een visie eens kunt zijn of niet;
- een visie te beïnvloeden is door kennis of ervaringen en daardoor kan veranderen;
- een visie op ‘gespannen voet’ met de werkelijkheid kan staan.

Bij het verplegen hebben verpleegkundigen te maken met mensen die vanwege gezondheidsproblemen verpleegkundige hulp nodig hebben. Deze zin bevat de belangrijkste elementen van een visie op verplegen, namelijk:

- mensen;
- gezondheid en ziekte;
- verplegen.

Deze basiselementen van een visie op verplegen lichten we toe.

1.3.1 Visie op de mens

Verpleegkundigen stellen in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal en stemmen de zorgverlening zo veel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, cultuur en levensbeschouwing van de zorgvrager. Dit staat beschreven in de beroepscode van NU'91/V&VN. Maar om te kunnen weten wat die belangen en opvattingen zijn, zal de verpleegkundige oog moeten hebben voor de verschillen tussen mensen. Om meer zicht te krijgen op de verschillen in opvattingen tussen mensen, is tabel 1.2 opgenomen. In dit overzicht staan van een aantal onderwerpen, de uitersten tegenover elkaar. De ene opvatting is niet beter dan de andere. Het overzicht is bedoeld om te laten zien dat mensen over een bepaald onderwerp een verschillende visie kunnen hebben.

Om het belang van de zorgvrager centraal te kunnen stellen, zal de verpleegkundige ook haar eigen opvattingen, waarden en normen moeten kennen. Pas als ze dat kan en openstaat voor de opvatting van de zorgvrager, is het mogelijk om aan te sluiten bij het belang van de zorgvrager.

Pinto en Van Doremalen (2009) beschrijven een methode van drie stappen die kan helpen om in een situatie zowel vanuit de eigen opvatting, als vanuit de opvatting van de ander te bekijken. Centraal

Tabel 1.2 Verschil in opvatting.	
Verschillende meningen	
Je identiteit ontleen je aan je sociale netwerk.	Je identiteit ontleen je aan jezelf.
Persoonlijke relaties gaan voor de taak.	De taak gaat voor persoonlijke relaties.
Regels zijn voor iedereen gelijk.	Regels zijn afhankelijk van de persoon en situatie.
Je richt je op resultaten op de korte termijn.	Je richt je op resultaten op de lange termijn.
Gevoelens en agressie mogen niet worden geuit.	Gevoelens en agressie mogen op de juiste plaats en tijdstip worden geuit.
Bewaar altijd de harmonie en vermijd confrontaties.	Zeg als eerlijk mens altijd wat je denkt.
Wat anders is, is gevaarlijk.	Wat anders is, is interessant.
Er is maar één absolute waarheid.	Er bestaan meerdere waarheden.
In communicatie is er meer aandacht voor de bedoeling dan voor de inhoud.	In communicatie is er meer aandacht voor de inhoud dan voor de bedoeling.
Punten die gevoelig liggen, leiden tot ontwijkende antwoorden.	Alles moet in principe bespreekbaar zijn.

hierbij staat het leren kennen van de normen en waarden van elkaar.

- Stap 1: Kijk naar jezelf. Leer je eigen normen en waarden kennen die een rol spelen in een bepaalde situatie. Welke persoonlijke en professionele normen en waarden hebben invloed op jouw denken, handelen en communiceren?
- Stap 2: Kijk naar de ander. Leer de normen en waarden van de ander over dezelfde situatie kennen. Onderscheid daarbij je eigen mening over het gedrag van de ander en de feiten. Vraag je af wat het ‘vreemde’ gedrag van de ander betekent.
- Stap 3: Probeer tot elkaar te komen. Bepaal hoe je in de situatie met de gevonden verschillen in waarden en normen omgaat. Stel vast waar je eigen grenzen liggen met betrekking tot aanpassing aan en acceptatie van de ander. Maak de ander jouw grenzen duidelijk, op een manier die de ander begrijpt.

Deze drie stappen kunnen helpen om aan te sluiten bij de levensbeschouwing, culturele achtergrond en leefstijl van de zorgvrager. Ook al heb je veel kennis van andere culturen en religies, het is goed te realiseren dat een mens meer is dan zijn culturele achtergrond of religie. Een benadering volgens deze drie stappen doet recht aan de

eigenheid van ieder mens, maar laat ook ruimte voor de eigen professionele en persoonlijke grenzen.

1.3.2 Visie op gezondheid en ziekte

Er bestaan veel beschrijvingen van gezondheid en ziekte. De omschrijving van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) luidt:

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekten of andere lichamelijke gebreken.

Wat gezond of ziek is, betekent voor ieder persoon weer iets anders. Want is meneer Arents gezond of ziek?

Meneer Arents, 88 jaar, verblijft sinds een aantal maanden in een verpleeghuis. Na een ziekenhuisopname, in verband met uitdroging en een longontsteking, kan hij niet meer terug naar de serviceflat waar hij woonde met zijn vrouw. Door kleine beroerten in het verleden kan meneer Arents niet meer lopen, zichzelf niet meer verzorgen en niet meer zelfstandig eten. Ondanks twee hoorapparaten hoort hij slecht en hij kan ook niet goed zien. 's Morgens na de dagelijkse verzorging, helpt de verpleegkundige meneer Arents in zijn rolstoel. De rest van de dag verblijft hij in de huiskamer. Hier heeft hij een eigen plekje bij een tafel waarop een beeldscherm staat die teksten sterk kan vergroten. Meneer Arents zit daar graag om de krant te lezen. Ongeveer één keer in de week komt zijn vrouw bij hem op bezoek. Als je hem vraagt hoe het gaat, dan zegt hij goed. En als hij de mensen om zich heen ziet, waarvan een aantal dementerend is, merkt hij op: 'Gelukkig ben ik nog gezond.'

Het is dus heel persoonlijk of iemand zich ziek of gezond voelt. Daarom is het goed om uit te gaan van wat een zorgvragers zelf onder gezondheid en ziekte verstaat. Daarin kun je wellicht een van de volgende visies op ziekte herkennen.

MAGISCH-RELIGIEUS ZIEKTEBEGRIJ

In deze visie ziet men ziekte als het gevolg van boosheid van goden of kwade machten. De oplossing wordt gezocht in het brengen van offers, het uitdrijven van geesten of het uitvoeren van bepaalde rituelen. Mensen die het hindoeïsme of winti aanhangen, kunnen vanuit deze visie naar hun ziekte kijken.

Er zijn ook mensen die vanuit een bepaalde christelijke geloofsovertuiging sommige behandelingen afwijzen, zoals bloedtransfusies of inenten tegen polio. Veel mensen zijn geneigd te zeggen dat hier het geloof boven de gezondheid gaat en dat mensen zo hun gezondheid op het spel zetten. Het tegenargument zal echter zijn dat het met de gezondheid wel goed komt, als je maar volgens je geloofsovertuigingen leeft.

NATUURWETENSCHAPPELIJK ZIEKTEBEGRIJ

In deze visie vat men ziekte op als een orgaanstoornis. Het menselijk lichaam is een ingewikkeld systeem dat kan functioneren als alle onderdelen doen wat zij moeten doen. Als een onderdeel niet functioneert, is een mens ziek. In deze visie vindt men dat de invloed van de genen op de gezondheid groot is. Hoe lang je leeft, wordt vooral door je genen bepaald. Een gezonde levenswijze zal daar niet veel aan kunnen veranderen.

GEDRAGSWETENSCHAPPELIJK ZIEKTEBEGRIJ

In deze visie beschouwt men ziekten als gedragsziekten. Ziekte heeft dan voor een belangrijk deel te maken met de manier van leven. Men kijkt vooral naar de gedragscomponenten van ziekte, bijvoorbeeld de relatie tussen roken en longkanker en tussen voeding en hart- en vaatziekten. In deze visie heeft preventie een belangrijke rol. Als ongezond gedrag leidt tot ziekte, dan kun je proberen dat te voorkomen door je gedrag te veranderen (figuur 1.4).

1.3.3 Visie op verplegen

Net als bij visies op de mens en op gezondheid en ziekte, bestaan er ook meerdere visies op verplegen. In de loop van de jaren zijn er veel verpleegkundigen geweest die hun visie op verplegen onder



Figuur 1.4 Proberen ongezond gedrag te veranderen.

woorden hebben gebracht. Sommigen hebben hun visie in artikelen of boeken op papier gezet. Zo'n uitgewerkte visie op de mens, gezondheid en ziekte en op het verpleegkundig handelen, noemen we een verpleegkundig model. Een model is te zien als een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. Of de werkelijkheid echt zo is, daarover kun je van mening verschillen.

Er zijn verpleegkundigen geweest die op basis van ervaring en onderzoek, grondig hebben nagedacht over hoe zij de werkelijkheid van het verplegen zien. Als je je erin verdiept, zul je zien dat elke verpleegkundige een andere invulling geeft aan die werkelijkheid. Waarom zou het belangrijk zijn om kennis te nemen van de inhoud van verschillende verpleegkundige modellen? Een reden is dat het helpt om de eigen visie beter onder woorden te brengen en dat is belangrijk. Wanneer een verpleegkundige dat kan, is ze namelijk ook in staat om de keuzes van eigen handelen beter te verantwoorden. In het volgende overzicht staan vragen die je kunnen helpen om de persoonlijke visie op verplegen verder te ontwikkelen.

Vragen om een persoonlijke visie op verplegen te ontwikkelen

Introductie

- Wie ben je?
- Waar werk je?

Definieer verpleegkunde

- Wat is verplegen?
- Wat is het bestaansrecht van verpleegkundigen?
- Waarom ben jij verpleegkundige?

Wat zijn je opvattingen over:

- Verpleegkundigen?
- Zorgvragers?
- Andere professionals in de gezondheidszorg?

Beschrijf de grootheden in de verpleegkunde en geef er voorbeelden bij:

- Mens en zijn omgeving
- Gezondheid en ziekte

Samenvatting:

- Hoe zijn de grootheden met elkaar verbonden?
 - Wat is jouw visie voor de verpleegkunde in de toekomst?
 - Met welke uitdagingen krijg je te maken als verpleegkundige?
 - Welke professionele ontwikkelingsdoelen stel je voor jezelf?
- (Bron: Masters, 2005.)

Een andere reden om kennis te nemen van verschillende verpleegkundige modellen is dat een team ernaar streeft een verpleegkundig model als gezamenlijk vertrekpunt te hebben. Hiermee kunnen ze richting geven aan de manier waarop ze de zorg willen verlenen. Door de inhoud van meerdere modellen te kennen, kan een team voor een bepaald model of deel van een model kiezen, dat het beste past bij de eigen situatie.

Florence Nightingale

De eerste persoon die haar visie op verplegen beschreef, was Florence Nightingale. In 1859 schreef zij het boek *Notes on Nursing: what it is and*

what it is not. Ze gaat uit van een holistische kijk op de mens. Dat wil zeggen dat een mens meer is dan zijn ziekte – een benadering die in die tijd gold. In een holistische benadering ziet men de mens als totaliteit waarin verschillende onderdelen zijn te onderscheiden: een lichamelijke, psychologische, sociale en spirituele.

De verpleegkundige modellen die hierna verschijnen, gaan allemaal uit van een holistische mensvisie. Dat Florence Nightingale belangrijk is geweest voor de verpleging, blijkt wel uit het feit dat elk jaar wereldwijd op 12 mei haar geboortedag wordt gevierd: 12 mei de Dag van de verpleging.

Hierna beschrijven we vier verpleegkundige modellen die momenteel in Nederland door zorginstellingen of verpleegkundige opleidingen worden gebruikt. Elk model geeft een eigen invulling aan de complexe werkelijkheid van de mens, gezondheid, ziekte en verplegen. In de literatuurlijst is van elk verpleegkundig model een boek opgenomen dat het model meer uitgebreid beschrijft.

VAN DEN BRINK-TJEBBES: VERPLEGEN IN VERBONDENHEID

Van den Brink-Tjebbes, een Nederlandse verpleegkundige, is vooral bekend geworden door de ‘achttien aspecten’ van zelfzorg. Verplegen ziet zij als het in kaart brengen en ondersteunen van de zelfzorg (bestaanszorg) en het potentiëren (ondersteunen) van hulpverleners uit andere disciplines. Het doel is de zorgvrager zo zinvol mogelijk te laten leven in zijn wereld op dat moment. In het boek *Verplegen in verbondenheid* staat het beroepsmatig verplegen centraal. De inhoud is gebaseerd op het mensbeeld van de Frans Joodse filosoof Levinas. Uitgangspunt is de verpleegsituatie waarin de zorgvrager op de eerste plaats komt: de zorgvrager staat centraal.

BETTY NEUMAN: NEUMAN SYSTEMS MODEL (NSM)

Een beschrijving van het model van Betty Neuman, een Amerikaanse verpleegkundige, is ook in een Nederlandse bewerking verschenen onder de titel *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*. Het model geeft een beschrijving van de vier centrale begrippen van de verpleegkunde: mens, omgeving, gezondheid en verplegen. Het NSM is een manier van kijken naar mensen, waarbij de zorgvrager

gezien wordt als mens, in plaats van als een zorgvrager met een bepaalde ziekte. Bij het vaststellen van de hulpvraag wordt gekeken naar vijf gebieden: de fysiologische, de psychologische, de sociaal-culturele, de spirituele en de ontwikkelingsbepaalde aspecten van de mens.

MARJORY GORDON: FUNCTIONELE GEZONDHEIDSPATRONEN

Marjory Gordon, een Amerikaanse verpleegkundige, is vooral bekend geworden door haar 'gezondheidspatronen'. In haar boek *Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing* beschrijft zij elf patronen die iets zeggen over het functioneren van mensen. Met deze gezondheidspatronen houden mensen hun welbevinden in stand en hebben ze de mogelijkheid zich te ontwikkelen. Gezondheidsverstoringen, bijvoorbeeld ziekten, hebben altijd gevolgen voor de gezondheidspatronen. Gordon ziet verplegen als het opsporen en behandelen van ziekte, letsel en gebreken, het herstellen van een optimaal functioneren of het waarborgen van een waardige dood.

AART POOL, HENRY MOSTERT EN JEROEN SCHUMACHER: BELEVINGSGERICHTE ZORG

Aart Pool, een Nederlandse verpleegkundige, heeft samen met Henry Mostert en Jeroen Schumacher de theorie en praktijk van het zorgconcept belevingsgerichte zorg beschreven in het boek *De kunst van het afstemmen*. De kern van belevingsgerichte zorg is het zoeken naar een manier van zorgverlening die aansluit bij de manier waarop de zorgvrager het leven met ziekte of handicap ervaart en kan inpassen in zijn levensloop. De doelstelling en werkwijze van belevingsgerichte zorg richt zich met name op zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met een geestelijke of lichamelijke beperking.

TOT SLOT

Als we de verschillende verpleegkundige modellen samenvatten, zijn er in Nederland twee stromingen in visies te onderkennen. De ene stroming oriënteert zich op het diagnosegestuurde verplegen en de andere op het behoeftegestuurde verplegen.

- Bij de diagnosegestuurde verpleging stelt de verpleegkundige de te verlenen zorg vast op basis van verpleegkundige diagnosen, in overleg met de zorgvrager. Het werk van Marjory Gordon is een voorbeeld van diagnosegestuurde verpleging. Zij richt zich vooral op het proces en de praktische toepassing van verpleegkundige diagnostiek aan de hand van de door haar ontwikkelde gezondheidspatronen.
- Bij behoeftegestuurde verpleging richt de verpleegkundige zich op de ondersteuning van de zorgvrager bij het invullen van de wensen en behoeften; de zorgvrager stuurt dit proces. Het werk van Aart Pool en anderen is een voorbeeld van behoeftegestuurde verpleging. Hier is de hulpvraag in eigen woorden van de zorgvrager, het vertrekpunt voor de zorg.

Beide invalshoeken hebben een eigen uitwerking op de methodiek van verplegen. In deel 2 van dit boek besteden we aandacht aan beide manieren van kijken als het gaat om methodisch verplegen.

Literatuur

- Adriaansen, M., & Pas, T. van der. (2008). 'Presentie vergt moed'. TvZ, 6, 24-26.
- Benner P. (2006). *Van beginner naar expert. Excellentie en invloed in de verpleegkundige praktijk*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Boog, W., Jong, J.H.J. de, & Kerstens, J.A.M. (2002). *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Bosch, C.F.M. (1988/89). Betrokkenheid: kernelementen in de psychosociale zorgverlening in het algemeen ziekenhuis. *Verpleegkunde*, 3, 115-124.
- Brink-Tjebbes, J.A. van den, & Keij, J.A. (1997). *Verplegen in verbondenheid*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Buijse, R., & Tol, M. van (2005). Tuchtrect en professionele verpleegkundige standaard. TvZ, 9, 18-23.
- Colo/Calibris (2009). *Landelijke kwalificaties MBO: Mbo-verpleegkundige*. Bunnik: Colo/Calibris.
- Dek, R. (2003). *Verpleegkundige modellen in de praktijk*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Endt-Meijling, M. van (2007). *Met nieuwe ogen. Werkboek voor ontwikkeling van een transculturele attitude*. Bussum: Coutinho.
- Gordon, M. (1995). *Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing*. Utrecht: Lemma.

- Kruk, T. van der, & Pasch, T. van de (2008). Richtlijnen en hun toepassing. TvZ, 2, 16-19.
- Leistra, E. e.a. (1999). Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Masters, K. (2005). Role development in professional nursing practice. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Most, M. van der (2007). Florence Nightingale en de Nederlandse verpleging. TvZ, 6, 16-19.
- Movisie (2007). Beroepscompetentieprofiel mbo-verpleegkundige. Utrecht: Movisie/Vilans.
- Mulder, J., & Tiersma, J. (2000). De professionele standaard. TvZ, 22, 685-689.
- Pinto, D., & Doremalen, H. van (2009). Conflicthantering en diversiteit. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pool, A. (2007). Doordacht verplegen. Beroepsrollen van de bachelorverpleegkundige. Den Haag: Lemma.
- Pool, A., Mostert, H., & Schumacher, J. (2003). De kunst van het afstemmen. Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept. Utrecht: NIZW.
- Stapel, J., & Keukens, R. (2004). Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verberk, F., & Kuiper, M. de (2006). Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model. Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk. Assen: Van Gorcum.
- Velden, D. van der (2009). Presentie in een academisch ziekenhuis. TvZ, 4, 44-46.
- Visser, M., & Jong, A. de (2005). Cultuur en zorg. Een interculturele benadering van zorg in de verpleging. Bussum: Coutinho.
- Vliet, K. van, Duyvendak, J.W., Boonstra, N. e.a. (2004). Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepstructuur in zorg en welzijn. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- V&VN/Nu'91 (2007). Nationale beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: V&VN/NU'91.

Websites

- www.cbo.nl. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg met informatie over o.a. richtlijnen en protocollen
- www.levv.nl. Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging, informatie over o.a. richtlijnen en protocollen
- www.pgb.nl. Informatie over Persoonsgebonden Budget.
- www.presentie.nl. Informatie over beroepshouding en presentiebenadering.
- www.ribiz.nl. Informatie over registratie en beroepen in de individuele gezondheidszorg.