

# Inhoud

<b>Over dit boek</b>	<b>II</b>	
Opstand	II	
Opbouw	12	
Met dank aan	13	
Leeswijzer	14	
<b>I</b>	<b>Het ideaal van maatschappelijke gezondheidszorg</b>	<b>15</b>
	Menswaardig leven	15
	De waarde van het leven	16
	Maatschappelijk kwaad	16
	Noodzakelijke idealen	17
	Maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen	18
	Uitgaan van problemen en behoeften	19
	Ordenen van activiteiten in clusters	20
	Verschillende betekenissen van ziekte onderscheiden	21
	Casemanagement voeren	22
	• Op weg naar integrale zorg	23
	Aandacht besteden aan transities	24
	Rekening houden met adaptieve opgaven	26
	Gebruikmaken van de gemeenschap	26
	Werken aan preventie, leefstijl en therapietrouw	28
	Ingrijpende veranderingen begeleiden	29
	Politieke ontwikkelingen volgen	31
	De situatie bewaken	32
	Ondersteunen	33
	Verschillende zorgdomeinen benutten	33
	Verplegen en verzorgen met passie	34
	Ervaringen vastleggen	35
	Verschillen met de thuisverpleegkundige en -verzorgende	35
	Handelingsverlegenheid overwinnen	37
	Kenmerken van de wijkverpleging en wijkziekenverzorging	37
	Het ideaal van Buurtzorg	38
	Samenwerking	38
	Collectieve preventie	38

	Ontwikkelingswerk	39
	Verplegen en verzorgen met moed	41
<b>2</b>	<b>Noodzakelijke veranderingen in het zorgproces</b>	<b>43</b>
	Twee niveaus in het zorgproces	44
	Primair en secundair proces	45
	De verdringing van het primaire proces	46
	De zorgrelatie als primair proces	46
	Vertrouwen en vakbekwaamheid	47
	De noodzaak van dialoog	48
	Criteria voor dialoog	50
	Dialoog boven contract	51
	Het belang van luisteren	54
	Belevingsgerichte zorg	55
	• Een kwestie van vertrouwen in professionaliteit	56
	De organisatie als secundair proces	58
	Waardering als motiverende kracht	58
	Kritisch denkvermogen	59
	De verantwoordelijkheden van het team	60
	De normen en waarden van het team	61
	Relatie stuurt organisatie	62
<b>6</b>		
<b>3</b>	<b>De werkwijze van Buurtzorg</b>	<b>63</b>
	Zelfsturende teams	63
	Verantwoordelijkheden van individuen en teams	65
	‘Eerst buurten, dan zorgen’	65
	De spanning tussen zorg en zeggenschap	66
	De strijd met de beroepsethiek	66
	Persoonlijke verantwoordelijkheid	67
	Een oneigenlijk gevecht	68
	Buurten is in gesprek blijven	69
	Verhalen gebruiken	69
	Sluiers wegwerken	70
	• De rol van diagnoses	71
	Patronen ontwarren	71
	Buurten om te begrijpen	72
	Buurten wekt vertrouwen	73
	Van buurten naar zorgen	73
<b>4</b>	<b>Ziek zijn en zorg ontvangen</b>	<b>75</b>
	Overeenkomsten in behoeften en problemen	75

Compassie en competentie	75
Zorgbehoeften	77
Ondersteuning van de mantelzorger	78
Belangenbehartiging	79
Vijf groepen cliënten	80
Chronisch zieken	80
• Kenmerken	81
• Mantelzorg	82
• Uitgaan van de persoon	83
• Het levenslooperspectief	83
Ouderen met meervoudige pathologie	85
• Het laatste hoofdstuk	86
• Mantelzorg	88
Pas ontslagen patiënten	88
Palliatieve en terminale patiënten	90
• Respect voor de autonomie	91
• Zorg tijdens de palliatieve en terminale fase	91
• Mantelzorg	92
Mensen met dementie	92
• Partners	93
• Veelvoorkomende problemen	93
• Verschil in levensfase	94
• Weerstanden tegenover zorgverleners	94
• Adaptieve opgaven	95
Het werk van cliënten	95
• Ziektegerelateerde opgaven	96
• Persoonlijke opgaven	96
• Sociale opgaven	97
• Materiële opgaven	97
Adaptieve tactieken en strategieën	98
Evenwicht tussen draaglast en draagkracht	100
<b>5 Zorgen voor de buurt</b>	<b>101</b>
Oog en oor	101
Begrip kweken in de buurt	102
Buurtontwikkeling en buurtgerichte gezondheidsvoorlichting	102
Van thuismodel naar gemeenschapsmodel	103
• Informatie verzamelen	103
• Behoeften peilen	104
• Kennis van het beleid	105
• De cliënt als gelijkwaardige behandelen	106

	Sociaal kapitaal	107
	Gezondheidsconsulent in de buurt	108
	Gedragsverandering	109
	Groepswerk	109
	De herontdekking van de buurt	110
<b>6</b>	<b>Doordacht aan het werk</b>	<b>113</b>
	Vier vragen over het werk	113
	Verpleegkundig redeneren	116
	Wie heeft zorg nodig?	116
	Weloverwogen keuzes maken	117
	Professioneel handelen	119
	Het proces van denken en doen	121
	Verkennen	122
	• Ingebedde zorg en geplande zorg	125
	• Behoeftetepeiling en probleeminventarisatie	125
	Transformeren	125
	• De aanleiding voor transitie	129
	Stabiliseren	129
	• Helpen bij adaptieve opgaven	130
	• Diagnosticeren en bewaken van veranderingen	130
	Continueren	131
	• Zelfmanagement stimuleren	133
	Evalueren	134
	Niet het plan, maar het proces centraal	134
<b>7</b>	<b>Het Buurtzorg Informatie Systeem</b>	<b>135</b>
	Waarom een eigen informatiesysteem?	135
	Componenten van het BIS	136
	De Belevingspeiler	137
	Wanneer gebruiken?	138
	Hoe gebruiken?	139
	Het Zorgkompas	140
	Overbelasting opsporen	140
	Het Omaha-systeem	142
	Onderbouwing van keuzes	142
	• Drie basiselementen	144
	Het Buurtzorgdossier	147
	Protocollen, standaarden en werkinstructies	147
	Doel van protocollen, standaarden en werkinstructies	148
	Wijzer door het BIS	148

<b>8</b>	<b>Werken aan professionele ontwikkeling</b>	<b>149</b>
	Professionele ontwikkeling bij Buurtzorg	149
	De drie V's	150
	De Nieuwe Aanpak (DNA)	150
	• Het Teamkompas	151
	• Cliëntervaringen	152
	• Zorginhoudelijke kwaliteit	153
	• Huishoudboekje	155
	• Teamrollen en verbindingen	155
	De basis: werken aan individuele competenties en teamcompetenties	156
	Het nut van competentiebeschrijvingen	156
	Feedback geven	157
	Mogelijkheden in kaart brengen	157
	Ervaringen uitwisselen	158
	Verwachtingen verhelderen	158
	Kerntaken aangeven	158
	Competentiebeschrijvingen voor MGZ	159
	'Community Matrones'	159
	Een zaak van het team	160
	De noodzaak van nieuwe competenties	160
<b>9</b>	<b>ICT voor buurten en zorgen</b>	<b>163</b>
	De opzet van het Buurtzorgweb	163
	'In de wolken'	164
	De gebruiksmogelijkheden van het Buurtzorgweb	165
	• Gestructureerde informatie	166
	• Ongestructureerde informatie	167
	• De ICT-ondersteuning van de 'community'	168
	• OBO naast ECD	168
	De ICT-ondersteuning van het 'zorgen'	169
	Op weg naar algemene kwaliteitscriteria	169
<b>10</b>	<b>Oplossingen voor een gemeenschappelijk probleem?</b>	<b>171</b>
	Kiezen voor de relatie	171
	De overheersing van het secundaire proces	171
	Herstel van maatschappelijke taken	172
	Het belang van vakmatige onderbouwing	173
	Inhoudelijke kwaliteitsnormen	173
	Nuttige ICT	174
	Normatieve praktijkvoering	174

	Samen optrekken	175
<b>Bijlage</b>	<b>Werkvormen voor het team gericht op kwaliteit van zorg</b>	<b>177</b>
<b>Literatuur</b>		<b>181</b>

# 1 Het ideaal van maatschappelijke gezondheidszorg

*Buurtzorg heeft de afgelopen jaren zichtbaar gemaakt dat Nederland duizenden wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden heeft die zich niet langer door de bureaucratie naar de marge van de gezondheidszorg laten dwingen. Door zelf teams op te richten en zich bij Buurtzorg aan te sluiten, veroveren ze het werkkterrein terug dat zij door alle reorganisaties in de thuiszorg zijn kwijtgeraakt. Terug naar hun rol van vroeger was onmogelijk, maar al gauw ontdekten ze dat huisartsen, fysio- en ergotherapeuten, transferverpleegkundigen, ouderenwerkers en anderen die zich met de eerstelijns gezondheidszorg bezighielden, blij waren met hun komst. Hoewel het voor de meeste wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden een verademing is om gewoon weer volop hun vak uit te oefenen, hebben velen van hen ook de ambitie om hun werkwijze beter te onderbouwen en te verankeren. Die ambitie komt voort uit een groot verantwoordelijkheidsgevoel: voor hun cliënten, voor hun beroepsgroep en voor de samenleving. Het ideaal dat daarbij past noemen we maatschappelijke gezondheidszorg.*

## Menswaardig leven

Het zal je maar gebeuren. Je hebt een leven achter de rug van thuis of in een bedrijf werken, liefhebben, hobby's uitoefenen, maatschappelijk participeren en beslissingen nemen. Kortom: je bent bezig met leven. Een leven dat altijd gekenmerkt wordt door een wankel evenwicht tussen *zijn* en *zin*. Je wilt immers iemand zijn en meetellen, maar je bent van tijd tot tijd ook op zoek naar de zin van de dingen of de zin van het bestaan. En dat leven doe je in wisselwerking met anderen, je directe geliefden, maar ook in wisselwerking met de gemeenschap waarvan je deel uitmaakt. Het is dus altijd een zoektocht samen met anderen.

En dan plotseling of soms sluipend wordt die zoektocht fundamenteel gewijzigd omdat ziekte, aandoening of handicap toeslaat. Je moet je leven voortzetten onder sterk gewijzigde omstandigheden met een lichaam – de bron van je bestaan – dat vaak niet meer te vertrouwen is. Waardoor je in een andere wereld terecht komt. Het is niet alleen meer de tegenstelling tussen zijn en zin, maar ook het uit balans zijn – wat meestal ziek genoemd wordt – dat een belangrijke rol gaat spelen in je leven. Het streven naar een optimaal lichame-

lijk, psychisch en sociaal functioneren kun je niet meer voldoende realiseren. Je hebt te leven met een tegenstelling tussen je wil en je lichaam en je bent voortdurend uit balans. Daardoor is het leven met een handicap of ziekte heel hard werken. En daarbij gaan de ‘gezonden’ nogal eens reageren alsof niet je lichaam verstoord is, maar alsof je menszijn verstoord is en je geen respect meer verdient. Waardoor je er nog een extra klus bij krijgt. Respect wordt ingeleverd voor medelijden en liefdadigheid en op nog grotere maatschappelijke afstand door onverschilligheid.

### *De waarde van het leven*

Theologe Jacqueline Kool (2002) beschrijft feilloos hoe mensen in het omgaan met mensen met fysieke beperkingen met de beste bedoelingen de plank kunnen misslaan vanuit hun christelijke opvattingen. Dit verschijnsel wordt nog versterkt als mensen worden opgenomen in een verpleeghuis of verzorgingshuis. De subjectiviteit en het zoeken naar de waarde van het eigen leven wordt teniet gedaan als de maatschappij en de zorgverleners, of ze nu professioneel of vrijwillig zorg verlenen, de afhankelijke en kwetsbare mens niet tegemoet treden als een autonoom subject in relatie met de gemeenschap waarvan hij deel uitmaakt. Reden genoeg om wijkverpleging en wijkzickenverzorging vanuit een breder maatschappelijk gezondheidszorgperspectief te beoordelen en niet vanuit een thuiszorgperspectief. Een thuiszorgperspectief richt zich op ondersteuning van de ADL en HDL, gestuurd door een CIZ-indicatiestelling, waardoor de zorg verwordt tot los van elkaar staande handelingen. Zorg als verzameling losstaande handelingen devalueert heel snel tot economische handelswaar. Dat hebben verpleegkundigen en verzorgenden en hun cliënten en patiënten de afgelopen jaren ervaren. Vraag maar eens aan verzorgenden wat zij zouden doen als hun moeder zou worden opgenomen in het huis waar zij werken. En vraag maar eens aan verzorgenden of zij de zorg die wordt geboden vanuit de thuiszorg toereikend zouden vinden als hun vader of moeder ziek zou zijn.

### *Maatschappelijk kwaad*

Bij een maatschappelijk gezondheidszorg (MGZ-) perspectief zijn de behoeften en de problemen van de patiënt of cliënt leidend. Zorg voor gehandicapten en zieken wordt opgevat als een verantwoordelijkheid van de gehele samenleving. De wijkverpleegkundige of wijkzickenverzorgende is verantwoordelijk voor haar gedrag. Of zij bijvoorbeeld wel of niet over empathie beschikt is geen verantwoordelijkheid van de zorgaanbiedende organisatie of van de samenleving als geheel. De organisatie en de samenleving zijn wel verantwoordelijk voor de



condities waaronder zorg wordt geboden. En voor een patiënt of cliënt lopen deze verschillende zaken snel door elkaar. Het volgende voorbeeld laat dit zien. Mevrouw X is een magere 82-jarige verzorgingshuisbewoonster, die er slecht uitziet. De verzorgenden en de familie gaan er vanuit dat mevrouw een slechte eetlust heeft. Zij maken zich wel zorgen, maar accepteren dit als behorend bij haar situatie. Maar uit een echt gesprek met mevrouw komt een ander beeld naar voren. Mevrouw krijgt dagelijks haar broodmaaltijd opgediend op een blad, met een boterham en een plakje kaas in plastic verpakt. Maar haar reumatische vingers krijgen dat plastic niet open. Ze heeft er zo genoeg van gekregen om iedere keer maar weer opnieuw te moeten vragen of iemand dat voor haar wil openen, dat ze heeft besloten die boterham dan maar niet te eten.

Wij vinden dit een voorbeeld van *maatschappelijk kwaad*. Want hoe kunnen zorgverleners telkens weer voorbij gaan aan de behoeften van deze mevrouw? En wie is er verantwoordelijk voor dat kaas in plastic wordt verpakt voor mensen met een lichamelijke beperking? Meestal wordt hier in de zorg niet bij stilgestaan omdat het gewoon gevonden wordt.

We zijn allen getuigen van vergelijkbare situaties en beslissingen die over mensen worden genomen. Door politici en financiers worden mensen met beperkingen – vooral als zij ook nog tot de groep ouderen behoren – in de eerste plaats als een kostenpost gezien. Velen hebben de neiging dit gegeven te bagatelliseren. ‘Och, het valt toch wel mee’ en ‘Is dit niet erg zwart-wit?’, is dan de reactie. Maar het valt niet mee als we het op de alledaagse zaken van het leven en de gevolgen van ziekte of handicap betrekken. Voor velen die vanwege ziekte of handicap kwetsbaar zijn, draait het leven om kleine dingen.

Het samengaan van individuele respectloosheid met maatschappelijke ontkenning noemen wij daarom het maatschappelijk kwaad. We zijn allen getuige van dat maatschappelijk kwaad en zouden het moeten bestrijden waar we kunnen. Om te beginnen zouden we niet zoveel zaken gewoon moeten vinden als het gaat om mensen met een fysieke of psychische beperking, die we niet gewoon vinden voor mensen zonder fysieke en psychische beperking. Een tweede punt dat aandacht vraagt en waarop dit boek zich richt is dat weer expliciet aandacht nodig is voor gezondheid en ziekte. Onder andere door de afkeer van medicalisering van het alledaagse leven en de nadruk op vraagsturing is deze aandacht helemaal verdwenen uit de thuiszorg en de zorg voor chronisch zieken, kwetsbare ouderen en chronisch zieken in zorg- en verpleeghuizen.

### *Noodzakelijke idealen*

In dit hoofdstuk willen wij de noodzaak van drie idealen duidelijk maken, namelijk dat:

1. gezondheid van individu, gezin en gemeenschap inhoudelijk weer het leidend begrip is voor wijkverpleging en wijkziekenverzorging; en vanuit dat ideaal van gezondheid – opgevat als een proces van streven naar optimaal lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden – gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming centraal staat;
2. naast aandacht voor gezondheid aandacht voor ziekte centraal staat. Daarbij wordt rekening gehouden met drie betekenissen van ziekte: ervaren (on)gezondheid (illness), ziekte als aandoening (disease) en ziektegedrag (sickness), en staat het ondersteunen van de patiënt en zijn naasten in hun adaptatieproces centraal.
3. wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gebruikmaken van uitgangspunten en werkwijzen die horen bij een MGZ- of ‘community’ perspectief, waarbij ze speciale aandacht besteden aan gezondheidsbevordering en vermindering van ziektelast.

Dit laatste ideaal proberen we hierna concreet te maken door een uitgebreide casus te verbinden met theorie en concepten uit de literatuur over MGZ en community nursing. Daarmee kunnen wij voor Buurtzorg uitgangspunten formuleren voor wijkverpleging vanuit een MGZ-perspectief. In de volgende hoofdstukken werken we uit hoe het tweede ideaal – recht doen aan de patiënt of cliënt als een persoon in zijn context – vanuit een Buurtzorgbenadering concreet vorm gegeven kan worden door MGZ en belevingsgerichte zorg (BGZ) met elkaar te verbinden.

## Maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen

Verzamel een willekeurige groep verpleegkundigen en verzorgenden of een willekeurige groep managers of teamleiders uit de gezondheidszorg en vraag hun wat wijkverpleging is; of nog moeilijker: wat maatschappelijke gezondheidszorg is. En vraag hun ook nog wat een ‘buurt’ is. De antwoorden leveren waarschijnlijk geen duidelijk beeld op. Voor de huidige generatie verpleegkundigen en verzorgenden is het vaak nieuw dat ze bij Buurtzorg de gelegenheid hebben om hun zorgpraktijk vorm te geven door maatschappelijke gezondheidszorg en belevingsgerichte zorg met elkaar te verbinden. Dat het voor velen nog zoeken is hoe ze daarbij de gemeenschap kunnen betrekken, hoeft niet te verbazen. Engelstalige literatuur over ‘community nursing’ laat zien dat veel studenten verpleegkunde het moeilijk vinden om het begrip ‘community’ – gemeenschap – te betrekken in hun werk (Arnott, 2010). Dat is te begrijpen omdat een gemeenschap een ingewikkeld systeem is van verschillende soorten interacties tussen personen, groepen en organisaties die volgens de deelne-

mers van die gemeenschap voor elkaar van betekenis zijn. Bovendien bestaat in de huidige gezondheidszorg een sterke neiging om de gemeenschap op te delen in losse elementen waardoor de samenhang uit het gezicht dreigt te verdwijnen. Voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is het zoeken naar een nieuwe manier om hun maatschappelijke verantwoordelijkheid vorm te geven. We stippelen daarvoor het volgende spoor uit.

### *Uitgaan van problemen en behoeften*

Velen noemen de plaats waar de zorg wordt geboden – thuis bij de cliënt of patiënt – als het meest kenmerkende van de wijkverpleging en wijkziekenverzorging. Ongemerkt is daarbij het ziekenhuis het centrale punt van waaruit wordt gedacht, alsof het bijzonder is om thuis ziek of gehandicapt te zijn, en gewoon is om ziek te zijn in het ziekenhuis. Dat laatste is misschien waar, maar het eerste niet. Met het noemen van de verblijfplaats van de patiënt of cliënt als meest kenmerkende eigenschap van de zorg die zij verlenen, wordt geen recht gedaan aan het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Het wezenlijke kenmerk daarvan ligt in de manier waarop zij omgaan met de behoeften van de cliënt of patiënt en met het type interventies dat zij bieden.

Bij wijkverpleging en wijkziekenverzorging als vorm van maatschappelijke gezondheidszorg kan niet alleen het individu, maar ook een gezin of een gemeenschap cliënt zijn. Individuen worden altijd in hun sociale context benaderd. Wijkverpleging kan bij de cliënt thuis worden geboden, maar ook in een caravan op een camping, bij een cliënt in een psychiatrische kliniek of in een instelling waar verstandelijk gehandicapten wonen. Het is niet de plaats, maar het type problemen en behoeften en de wijze waarop zorg wordt geboden, dat kenmerkend is voor wijkverpleging. Daarvoor moeten wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden individueel en als team verantwoordelijkheid op zich nemen, en verantwoording aan de maatschappij afleggen voor werkelijk professioneel handelen.

Dat laat ook de volgende casus van een wijkverpleegkundige zien:

*Twee jaar geleden belde de ouderenadviseur mij op met de vraag of ik contact kon opnemen met de familie Kleefstra. Zij wonen in een eengezinswoning. Meneer Kleefstra had haar bezocht na zijn wekelijkse kaartmiddag.*

*Hij had de ouderenadviseur verteld dat zijn vrouw opeens zo oud begon te worden, wat op vele manieren tot uiting kwam. Zo vergeet ze de namen van burens en herkent ze ze soms zelfs niet meer. Ook vraagt ze telkens hetzelfde. Hij vertelde dat hij af en toe zijn geduld verliest en dan tegen haar schreeuwt. Hij merkt ook dat ze minder aandacht aan haar uiterlijk besteedt. Hij moet haar aansporen om wekelijks haren te wassen en ook pakt ze niet meer uit zichzelf schone kleren. Wel gaat ze nog iedere dag onder de*

*douche en wast zich dan grondig. Hij vertelt dat ze samen het huishouden doen. Als hij haar opdrachten geeft voert zij ze uit. Hij moet er alleen niet een paar tegelijk geven. Verder begrijpt ze de administratie niet meer. Ze vraagt echter wel een paar keer per dag of er nog geld op de rekening staat om boodschappen te doen. Ook wordt ze erg nerveus als er een rekening binnenkomt. Ze wil dat hij die dan direct betaalt.*

Het begin van deze casus illustreert de betekenis van een gemeenschap en van wijkverpleging vanuit een MGZ-perspectief. We lezen over een echtpaar, een kaartclub, een ouderenadviseur en een wijkverpleegkundige. Die maken blijkbaar deel uit van een gemeenschap, want zij zijn van betekenis voor elkaar. Zonder die betekenis zouden ze niet met elkaar in contact komen. Verderop in het verhaal zullen we lezen dat er nog meer individuen en instanties aan die gemeenschap toegevoegd worden. Als we steeds blijven redeneren vanuit de situatie van het echtpaar, dan wordt uiteindelijk uit het verloop van de casus duidelijk wat de betekenis van een gemeenschap is. De wijkverpleegkundige is bekend bij het maatschappelijk werk en de gemeentelijke instanties. De ouderenadviseur roept de hulp van de wijkverpleegkundige in omdat zij heeft geconstateerd dat de cliënt gezondheidsproblemen heeft. Dat beroep doen professionals alleen op elkaar als zij elkaar kennen en er op vertrouwen dat de ander bereid is de behoeften en problemen van mensen te onderzoeken vanuit bredere kaders dan een indicatie van het CIZ. Om dat als ouderenadviseur te kunnen doen moet zij wel weten hoe de wijkverpleegkundige haar taakopdracht en de taakopvatting ziet. Daarom is het belangrijk dat de wijkverpleegkundigen zich als team in een dorp, stad of wijk duidelijk profileren. De wijkverpleegkundige van de casus staat blijkbaar als MGZ-verpleegkundige bekend, want zij krijgt een open vraag om op onderzoek uit te gaan. Wij zien hierin een uitnodiging om vanuit een maatschappelijke gezondheidszorg perspectief te onderzoeken wat nodig is. Wij noemen deze activiteit *verkennen*. In hoofdstuk 6 laten we zien dat de zorgactiviteiten van de wijkverpleegkundige en de wijkzorgenverzorgende na het verkennen geclusterd kunnen worden in *transformeren, stabiliseren* en *continueren*.

### *Ordenen van activiteiten in clusters*

Voor de gezondheidszorg bestaan er meerdere ordeningsprincipes. Volgens Maas en Mackenbach (1998) is een functionele ordening vanuit de behoeften van de patiënt geredeneerd de meest logische. Wij sluiten daarbij aan met de genoemde clusters, omdat de patiënt of cliënt en de situatie bepaalt of er overgegaan wordt van het verkennen naar transformeren of stabiliseren of continueren. In de casus zijn alle clusters van activiteiten aan de orde.

Maas en Mackenbach komen tot de volgende clustering van gezondheidszorg-activiteiten:

- preventie, promotie en protectie;
- curatie;
- revalidatie;
- ondersteuning, verzorging en verpleging.

De mogelijkheden die deze clusters van activiteiten bieden, maken dat de wijkverpleegkundige in de casus kan voldoen aan het verzoek van de ouderenadviseur. In de praktijk worden deze activiteiten soms anders genoemd, maar na analyse blijkt dat bovengenoemde clustering volstaat. Wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden bieden ondersteuning, verzorging en verpleging, maar ook vormen van preventie, promotie – in de vorm van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) – en protectie in de vorm van 'monitoring' of bewaking.

### *Verschillende betekenissen van ziekte onderscheiden*

*Naar aanleiding van de vraag van de ouderenadviseur heb ik meneer Kleefstra opgebeld en kort met hem gesproken. Hij zei dat zijn vrouw in de kamer was waardoor het moeilijk was om vrijuit te spreken. Ik heb gevraagd of hij al met zijn vrouw bij de huisarts was geweest. Dit was niet het geval. Ik heb geadviseerd om dit eerst te doen en aan hem te vragen of hij zou willen onderzoeken waar de eerder genoemde klachten vandaan komen.*

In deze fase van het contact komen in de casus de drie verschillende betekenissen van ziekte aan de orde: ervaren (on)gezondheid (illness), ziekte als aandoening (disease) en ziektegedrag (sickness). Meneer Kleefstra is ongerust over de situatie van zijn vrouw. Hij noemt allerlei problemen. Zij zijn nog niet als uitingen van een 'disease' gediagnosticeerd en worden door hem ook nog niet als ziektegedrag of 'sickness' benoemd. Dat is een veel voorkomend fenomeen. Mevrouw zal ook zelf niet zeggen dat zij zich ziek voelt; zij ervaart geen 'illness'. Het verschil tussen deze betekenissen van ziekte speelt vaak een belangrijke rol in de communicatie tussen patiënten, professionals en de gemeenschap waarvan zij deel uitmaken. Pas bij de diagnose van ziekte als een 'disease' ontstaat vaak begrip, terwijl bij ziekte in de vorm van 'illness' gemakkelijk getwijfeld wordt aan de ernst van de situatie. Vanuit belevingsgerichte zorg wordt er juist veel aandacht gevraagd voor zowel de 'illness' als voor de 'sickness' bij een patiënt. In de uitwerking van het Buurtzorg Informatiesysteem (BIS) dat wij hebben ontwikkeld, wordt de Belevingspeiler gebruikt met het oog op de 'illness', en het Omaha-systeem voor het bepalen van de 'sickness'. In hoofdstuk 8 komt dit BIS uitgebreider aan de orde.

De opdracht voor de wijkverpleegkundige in de casus is aan het begin nog heel verkennend. Zij interpreteert de signalen die zij hoort wel als signalen van een verstoorde gezondheid en vraagt daarom of de huisarts al is ingeschakeld. Uit het verhaal van meneer blijkt immers dat mevrouw uit balans is. De wijkverpleegkundige vraagt eigenlijk om de huisarts in te schakelen om te beoordelen of er sprake is van een ziekte, en of het terecht is dat zij de signalen interpreteert als ziektegedrag zodat zij adequate interventies kan plegen. Later zal blijken dat er wel degelijk sprake is van een 'disease', en zelfs van twee. En we zien dat ziektegedrag en ervaren ziekte ook helemaal niet synchroon verlopen.

### *Casemanagement voeren*

*Een week later belde ik meneer Kleefstra weer op. Hij vertelde dat de huisarts de GGZ heeft ingeschakeld. Deze zou zowel lichamelijk als psychologisch onderzoek gaan doen. Ik heb toen afgesproken dat ik de GGZ zou laten weten dat het echtpaar bij mij bekend is en dat ik bij een mogelijke overdracht voor casemanagement graag benaderd zou willen worden.*

Het aanbod van de wijkverpleegkundige om op te treden als casemanager kan worden gezien als een vorm van pro-actief handelen, waardoor zij ook vormen van preventie en protectie of monitoring kan uitvoeren. Haar aanbod kan door de buitenwereld ook als een vorm van strategisch handelen worden opgevat omdat zij daardoor een bepaalde functie in de zorgketen naar zich toetrekt. In dit geval vat de wijkverpleegkundige het casemanagement echter niet op als aparte functie, maar als onderdeel van haar methode van zorgverlenen, vergelijkbaar met monitoren en bewaken. Bovendien vat deze wijkverpleegkundige casemanagement op als inhoudelijk casemanagement. Dat wil zeggen dat zij zowel het primaire proces van zorgverlening als het secundaire proces van zorgverlening tot haar verantwoordelijkheid rekent. Of anders gezegd: zij ziet de relatie met de cliënt en haar partner als een centraal gegeven, waarbinnen zij probeert met de betrokkenen op weg te gaan en haar zorgactiviteiten probeert te plaatsen. Daarnaast besteedt zij veel aandacht aan het secundaire proces, door allerlei zaken te regelen en ordening aan te brengen.

Als op deze wijze inhoud wordt gegeven aan casemanagement, dan is het geen strategische of bureaucratische administratieve activiteit, maar een concreet en essentieel onderdeel van wijkverpleging vanuit een MGZ-perspectief. Het vervullen van de rol van casemanager veronderstelt dat de wijkverpleegkundige niet alleen competenties bezit voor het regelen van allerlei zaken, maar ook dat zij competenties heeft die specifiek gericht zijn op interventies behorend bij de ziekte (disease).

Een voordeel van casemanagement is volgens Zander (2002) dat het een stabiel, maar flexibel model is dat veel zakelijke modellen voor de gezondheidszorg heeft overleefd. Door de onderhandelingen die casemanagers direct of via hun patiënten voeren over de inzet van zorg, blijft het een onmisbaar element voor het omgaan met het dilemma van toegankelijkheid en kosten van de zorg. Bovendien kunnen casemanagers patiënten helpen de beste gezondheid te bereiken, al dan niet door de medische noodzaak van bepaalde behandelingen aan te tonen. We zien dat ook in deze casus. De wijkverpleegkundige stimuleert huisartsbezoek zodat een diagnose wordt gesteld. En vervolgens betreft zij allerlei voorzieningen bij de zorg voor dit echtpaar. Door dat te doen zet de wijkverpleegkundige in op het bevorderen van continuïteit, en laat zij zien dat zij vanuit een integraal kader werkt. Zij heeft intussen contact gehad met de cliënt, met de ouderenadviseur, met de huisarts en met de GGD. Dat maakt het mogelijk om allerlei medische en sociale gegevens met elkaar te verbinden. Deze pro-actieve aanpak kan ook helpen als mevrouw verder ondersteuning nodig heeft, zoals ADL en HDL.

### Op weg naar integrale zorg

Dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden deze pro-actieve werkmethode verder moeten en kunnen ontwikkelen strookt ook met de opvatting van het College van Zorgverzekeraars (CVZ). Dat vindt dat de zorg geleverd moet worden afhankelijk van de zorgvraag. Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, omvat volgens het CVZ een zorgcontinuüm 'dat reikt van ADL-assistentie tot specialistische verpleegkundige handelingen. In de termen van de AWBZ omvat dit spectrum dus zowel de functie verpleging als de functie persoonlijke verzorging. De beroepsgroep zelf geeft aan dat ook activiteiten als het coördineren en regisseren van zorg, het coachen van de patiënt naar het (her)nemen van eigen verantwoordelijkheid, het signaleren van zorgproblemen en preventie onder deze noemer vallen.' (CVZ, 2009).

In een tweede rapport concludeert het CVZ dat het wenselijk en mogelijk is de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving een welomschreven plek te geven binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Die wet gaat uit van de zorgvraag en biedt ruimte voor de professionele ontwikkeling van de beroepsgroep. Volgens het CVZ is de verpleegkundige zorg onontbeerlijk willen groepen als chronisch zieken en ouderen zolang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren in hun eigen omgeving. Het opheffen van de kunstmatige scheidslijn tussen de Zvw- en AWBZ-verpleging in de eigen omgeving biedt, naar de mening van het CVZ, een basis voor integrale zorg in de eerste lijn (CVZ, 2010).

### *Aandacht besteden aan transities*

*Het is nu een jaar later. Na drie maanden heeft er overdracht plaatsgevonden door de GGZ. Mevrouw bleek een mengbeeld te hebben van vasculaire dementie en de ziekte van Alzheimer. De GGZ gaf aan dat er geen medicatie nodig was.*

*Ik heb ondertussen al heel wat bezoeken gebracht aan het echtpaar. Mevrouw gaat achteruit. Zelf merkt ze dit ook. Ze kan op verjaardagen de gesprekken niet meer volgen en af en toe weet ze niet meer hoe haar kleinkinderen heten. Ook weet ze niet meer hoe ze de wasmachine moet aanzetten en kan ze niet meer alleen koken. Ze laat alles aanbranden. De kaartclub is ook verleden tijd. Mevrouw huilt vaak. Vooral als haar man tegen haar uitbarst dat ze niet telkens hetzelfde moet vragen. Ook zegt ze dat haar man haar niet meer knuffelt, terwijl ze hier nu juist zo'n behoefte aan heeft.*

*Meneer heeft het ook erg moeilijk met de situatie. Hij moet alle huishoudelijke taken doen, terwijl hij daar vroeger nooit iets aan heeft gedaan. Hij is erg blij dat hij sinds kort maaltijden van een centrale keuken krijgt, want het koken was geen succes. Hij probeert zich echt voor te houden dat zijn vrouw ziek is en dat ze er niets aan kan doen. Toch heeft hij weer regelmatig de hoop dat ze bijvoorbeeld zelfstandig naar de brievenbus op de hoek kan lopen. Ze is echter laatst verdwaald en kwam pas een uur later thuis, terwijl dit binnen vijf minuten kan. Toen is hij heel woedend geweest.*

*Meneer heeft het er erg moeilijk mee dat hij zo vaak in woede uitbarst. Hij zegt dat hij zich moet beheersen om haar geen klap te geven. Ik heb hem al geadviseerd dat hij anders even moet weglopen. Als hij boos is, vergeet hij dit echter.*

De casus laat zien dat het nodig is aandacht te besteden aan zorg bij transities in ziekteverloop en transities in zorgverloop. Een transitie is een overgangperiode die het normale leven tijdelijk ontwricht en leidt tot een nieuwe situatie die om aanpassing vraagt. Dat is in de casus ook het geval. Juist als een patiënt in een transitiefase verkeert is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige alert is op wijzigingen en door interventies helpt het transitieproces zo te beïnvloeden dat er na afloop van de transitie, als de rust tijdelijk of blijvend weerkeert, een betere situatie is ontstaan. Ook vraagt het van de wijkverpleegkundige dat zij een transitie in ziekte kan onderscheiden van een transitie in zorg. Ze moet er bedacht op zijn dat deze transities niet altijd tegelijk optreden. In de casus wordt een transitie ingezet doordat er een medische diagnose is gesteld. Voor bijna alle mensen geldt dat een medische diagnose een markerpunt is in het ziekteverloop en het zorgverloop. Voor de patiënt betekent het vaak erkenning. Het betekent ook een verandering in het type onzekerheid waar de patiënt mee kan worstelen. Voor de wijkverpleegkundige betekent de diagnose dat zij gericht kan handelen en op zoek kan gaan naar protocollen en richtlijnen die haar informatie verschaffen over de achtergrond voor de keuze van een zorgaanpak. Zorg in de context van maatschappelijke gezond-



heidszorg is daarbij al het handelen van de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende dat gericht is op het verbeteren of het in standhouden van de gezondheid van de cliënt of patiënt. Het RIVM (1993) geeft de volgende definitie van gezondheid:

*Met gezondheid wordt bedoeld het optimaal functioneren in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht, gezien als proces tot behoud van evenwicht tussen de eigen vermogens en omgevingsfactoren. Het begrip omvat zowel een aspect van een 'ideaalsituatie' als van een subjectieve, tijd- en plaatsgebonden interpretatie. Ziekte krijgt dan de betekenis van 'uit balans' zijn, niet naar behoren of niet naar wens functioneren.*

Dit uit balans zijn is exact wat we in de casus kunnen lezen. Juist voor verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is het belangrijk om zich hierbij te realiseren dat ziekte naar een persoon kan verwijzen maar ook naar orgaansystemen. De interventies van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de MGZ zijn meer gericht op ziekte met verwijzing naar de persoon dan dat het curatieve interventies zijn, gericht op orgaansystemen. Als we gezondheid als een proces opvatten zoals het RIVM voorstelt, wordt die gezondheid niet alleen beïnvloed door factoren die met de persoon zijn verbonden, maar ook door factoren die met de sociale en fysieke omgeving zijn verbonden. Dat gegeven daagt de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende uit om vanuit een maatschappelijk gezondheidszorgperspectief te handelen. Processen probeer je immers te beïnvloeden.

De wijkverpleegkundige in de casus is steeds grondig bezig om allerlei processen in verband met ziekte en gezondheid te beïnvloeden en zo mogelijk te reguleren. Als de processen wat gezondheid betreft de verkeerde kant opgaan, dan stelt ze alles in het werk om ze tegen te houden of om te buigen. En als ze de goede kant opgaan, stelt ze alles in het werk om ze te versterken. Daardoor is er in deze casus sprake van curatieve zorg, preventieve zorg en 'positieve' zorg; gezondheidsbevordering door versterking van wat nog kan en wat nog werkt. Wat preventie betreft, is bij ziekte alleen secundaire en nog vaker alleen tertiaire preventie aan de orde. In de casus kan moeilijk worden verwacht dat het ziekteproces door preventieve maatregelen gestopt wordt. Maar er is wel een mogelijkheid voor tertiaire preventie omdat die vorm van preventie gericht is op het tegengaan van bijkomende processen. En deze vragen zeker aandacht. In de casus gaat het vooral om beïnvloeding van de situatie, en dan vooral van de familieleden. Een gerichte preventie is nodig om te voorkomen dat meneer ook ziek wordt. Daarvoor is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige meneer helpt bij het omgaan met zijn zieke vrouw.

### *Rekening houden met adaptieve opgaven*

Verplegen en verzorgen vanuit een MGZ-perspectief is de meest geëigende oplossing voor cliënten en patiënten die leven met dementie en die iemand hebben die voor hen zorgt (Eloniemi-Sulkava, 2001). Hetzelfde geldt voor mensen met een chronische ziekte of een blijvende beperking. De casus laat zien dat het ziekteproces zoveel gevolgen heeft voor de persoon en voor haar naasten die haar dierbaar zijn – in dit geval haar echtgenoot en kinderen – dat interventies onvermijdelijk ook op de sociale omgeving gericht moeten zijn. Daarbij is het wel nodig alert te zijn op het gebruik van de woorden gezondheid en ziekte. In een tijd waarin aangenomen wordt dat mensen overal voor kunnen kiezen, dreigen begrippen als gezondheid en ziekte steeds meer als een kwestie van eigen keuze en eigen schuld voorgesteld te worden. Gezondheid is echter niet maakbaar, maar soms wel beïnvloedbaar. En ziekte is geen eigen schuld dikke bult, maar er bestaan wel verschillen in het ermee omgaan, ook wel 'coping' genoemd.

We zien in de casus dat de ziekte zijn eigen weg gaat, en dat het voor mevrouw erg moeilijk is om ermee om te gaan. Haar adaptieve mogelijkheden nemen af, terwijl de adaptieve opgaven die voortkomen uit de ziekte toenemen. Het grote gevaar is dat wijkverpleegkundigen of wijkziekenverzorgenden zich bij de situatie neerleggen of ongemerkt veel meer aandacht gaat besteden aan de zorgende partner of mantelzorger dan aan de cliënt zelf. Dat is niet wat deze wijkverpleegkundige doet. Zij volgt zowel meneer als mevrouw in hun strubbelingen en strijd voor hun leven en blijft openstaan voor de mogelijkheden van gedragsbeïnvloeding en preventie. Als mevrouw zegt dat ze verdrietig is door het gedrag van haar man, dan leeft de verpleegkundige mee en probeert ze haar te troosten door met haar te praten. Zij kan met de echtgenoot praten over de behoefte van zijn vrouw om geknuffeld te worden.

### *Gebruikmaken van de gemeenschap*

*Meneer Kleefstra bezoekt momenteel een gespreksgroep en gaat iedere maand op mijn advies naar het Alzheimercafé. Ook spreek ik regelmatig met hem alleen af zodat hij zijn hart kan luchten. Hij zegt dat dit alles hem veel steun geeft.*

*Ik heb ook de zoon en dochter van het echtpaar gesproken. De zoon ontkent dat zijn moeder dementie heeft. Hij gaat iedere maand bij zijn ouders langs. Hij zegt dat zijn moeder inderdaad af en toe hetzelfde vraagt. Ze doet volgens hem verder wel normaal. Ze schenkt immers nog steeds zijn koffie in en is goed verzorgd. Hij vindt dat zijn vader maar zeurt en zijn zus helemaal.*

*De dochter van het echtpaar komt twee keer per week langs en belt dagelijks. Zij is ook regelmatig aanwezig tijdens de huisbezoeken. Zij maakt zich er veel zorgen over dat*

*haar ouders zoveel kibbelen. Ze is erg blij dat haar moeder sinds een maand twee keer per week de zorgboerderij in een naburig dorp bezoekt. Het echtpaar heeft vroeger een boerenbedrijf gehad en mevrouw geniet hier dan ook volop.*

*De ouderenadviseur heeft op aanvraag van meneer en mij het echtpaar weer bezocht. Meneer heeft mij gezegd dat hij wil gaan biljarten op de dagen dat zijn vrouw naar de zorgboerderij is. De ouderenadviseur heeft de verschillende activiteiten binnen het dorp doorgesproken. Meneer gaat naar aanleiding hiervan naast het biljarten in het verzorgingshuis deelnemen aan een fietsclub in het dorp.*

*Verder was meneer tijdelijk gestopt met kaarten omdat hij zijn vrouw niet meer alleen thuis durfde te laten. Dit heeft hij weer opgepakt. Het kaarten is op een dag dat mevrouw thuis is. Er komt dan een vrijwilliger van het steunpunt mantelzorg om mevrouw gezelschap te houden.*

*Op dit moment heeft mevrouw ook dagelijks hulp met wassen en aankleden door Buurtzorg. Ook komt er twee keer per week een hulp om het huishouden te doen. De dochter van het echtpaar ondersteunt meneer bij de administratie.*

Wanneer, zoals zo vaak bij dementie, gezondheidsbevordering en gedragswijziging bij het individu niet gerealiseerd kunnen worden, dan blijft bĳnvloeding van de mensen in de directe omgeving belangrijk. Ook nu maakt de wijkverpleegkundige weer gebruik van de gemeenschap. Zij adviseert meneer Kleefstra het Alzheimercafé in zijn woonplaats te bezoeken. Dat is voor mensen die heel direct bij dementie zijn betrokken, bĳ uitstek een onderdeel van de gemeenschap waar ze iets aan kunnen hebben. Daarom zien wij de buurt niet alleen als een eenheid van een aantal straten, maar vooral als een gemeenschap of 'community'; als een levend 'organisme' met interactieve netwerken en banden tussen families, vrienden, buurten en organisaties die een betekenis hebben voor elkaar. Patiëntenverenigingen die op lokaal of regionaal niveau actief zijn kunnen hier ook deel van uitmaken. Zo kan een wijkverpleegkundige een gemeenschapsprofiel opstellen voor een patiënt en cliënt. Dat profiel kan zij vervolgens samen met de cliënt gebruiken ter ondersteuning van hem of haar. In de casus zien we dat de wijkverpleegkundige goed gebruik heeft gemaakt van de gemeenschap van het echtpaar. Zij heeft zelfs in overleg met het echtpaar organisaties en personen aan hun gemeenschap toegevoegd.

In Engelstalige landen, waar de concepten voor maatschappelijke gezondheidszorg veel beter zijn uitgewerkt dan in Nederland, wordt district nursing – wijkverpleging – verbonden met community nursing, home care nursing en primary care. Als we de literatuur over community nursing bekijken, dan valt het op dat er regelmatig begrippen worden gebuikt die we hierboven ook hebben genoemd als het gaat om wijkverpleging vanuit een MGZ-perspectief, zoals uitgewerkt in de casus. Ook de modellen die worden gebruikt binnen de 'public health' bieden wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden goede aan-

knopingspunten voor maatschappelijke gezondheidszorg. Woods en anderen (2010) ontwikkelden bijvoorbeeld een volksgezondheidsinterventiemodel voor MGZ-verpleegkundigen dat bij onderwijs en inwerken in de MGZ gebruikt kan worden. 'community needs assessment', 'community development' en 'health promotion' zijn daarvan belangrijke onderdelen.

Als we deze begrippen vertalen naar de casus, dan zou de wijkverpleegkundige een profiel kunnen maken van de noden en behoeften die in het dorp of wijk leven wat betreft dementie. Als zij meerdere cliënten of patiënten heeft, dan zal zij al snel een vergelijkbaar behoeftenpatroon op basis van de ziekte ontdekken. Daaruit zijn bijvoorbeeld de Alzheimercafés ontstaan. Dit soort cafés wordt inmiddels ook geopend voor andere doelgroepen. Steeds vaker gebeurt dat ook op internet, onder andere omdat de deelnemers verspreid over het land wonen of beperkt zijn in hun mobiliteit.

### *Werken aan preventie, leefstijl en therapietrouw*

Veel werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de MGZ is niet zuiver curatief maar ook niet zuiver preventief. Daarom wordt ter onderscheiding van medisch handelen gericht op genezing – 'cure' – vaak het begrip 'care' gebruikt. Dat impliceert niet dat bijvoorbeeld huisartsen niet aan 'care' doen; ook artsen doen aan 'care', net zoals verpleegkundigen ook 'cure' bedrijven. De start van het handelen is bij cure en care verschillend, maar gedurende het proces gaan de activiteiten die erbij horen meer en meer door elkaar lopen. Cure is handelen gericht op genezing. Preventie is handelen gericht op het voorkomen van ziekte. En care is handelen gericht op het verbeteren of in stand houden van de huidige situatie bij mensen met blijvende gevolgen van een ziekte. Daarbij is nog een bijzondere vorm van care ontwikkeld, specifiek gericht op verlichting van het lijden. Deze vorm wordt 'palliatie' genoemd. Veel palliatie wordt verricht omdat er bij bepaalde ziektes of aandoeningen geen mogelijkheid tot cure bestaat. Daarmee ligt palliatie dicht tegen care aan, maar is het toch ook weer niet hetzelfde. Dat heeft te maken met het feit dat palliatie is ontstaan als afscheiding van het medische domein, dus van de cure, een langzamerhand zowel een begrip is geworden binnen de cure als binnen de care. Palliatieve zorg wordt vaak verbonden met terminale zorg in de laatste levensfase.

Uit de casus blijkt dat de wijkverpleegkundige door haar casemanagementactiviteiten goed zicht heeft op wat er aan care nodig is bij het echtpaar. Mevrouw krijgt hulp bij ADL en HDL en meneer heeft ondersteuning bij zijn administratie en er is ruimte gemaakt voor ontspanning voor meneer. Al deze activiteiten kunnen onder de noemer secundaire en tertiaire preventie geschaard worden.

Met preventie zijn de begrippen gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering sterk verbonden. Bij gezondheidsbescherming gaat het meestal om activiteiten gericht op de gehele bevolking of op grote groepen. Doel is te voorkomen dat zij met bepaalde gezondheidsbedreiging in aanraking komen. Denk bijvoorbeeld aan inenting en andere maatregelen die worden getroffen om te voorkomen dat mensen blootgesteld worden aan de bedreigingen, zoals chemische stoffen of ziekteverwekkers die door dieren worden overgebracht. Of denk aan hygiënische maatregelen of het tegengaan van geweld. Vaak worden deze maatregelen in een wet vastgelegd, bijvoorbeeld tegen het roken in cafés. Hoe met deze wet wordt omgegaan en hoe hij vervolgens weer wordt aangepast laat zien dat gezondheidsbevordering en economische belangen op gespannen voet kunnen staan. De Tweede Kamer gaat schipperen met een wet waarin het roken in cafés is geregeld, maar tegelijkertijd komt een Kamerlid met het voorstel om een beroep te doen op verklikkers. Dat laat vooral de spanning tussen gezondheid en gezondheidszorg en de halfslachtigheid in politiek en beleid zien. Niet alleen de omgeving, maar ook individuen kunnen door hun leefstijl zelf bijdragen aan hun gezondheid. Gezondheidsbevordering is vaak gericht op voeding, bewegen en roken, dus vooral op leefstijlbeïnvloeding.

Zowel gezondheidsbescherming als gezondheidsbevordering kunnen op groepen en individuen gericht zijn. Binnen de care wordt ook aan gezondheidsbevordering gedaan, voornamelijk in de vorm van tertiaire preventie die bedoeld is voor situaties waarin een ziekte al manifest is geworden. Gezondheidsbevordering is in dat geval gericht op het voorkomen van het chronisch worden van de aandoening, van complicaties en van blijvende handicaps (Maas en Mackenbach, 1998). Wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden zullen zich hierbij vooral richten op gedragsbeïnvloeding om de leefstijl en therapietrouw te beïnvloeden.

### *Ingrijpende veranderingen begeleiden*

*Het is nu weer een jaar later. Acht maanden geleden hebben we een verblijfsindicatie aangevraagd bij het CIZ. Dit hebben we gedaan naar aanleiding van een hulpverlenersoverleg. De hulpverleners en familie kwamen tot de conclusie dat een opname steeds dichterbij kwam door de achteruitgang van mevrouw en de naderende grens voor mijnheer. Natuurlijk was de aanvraag een heel moeilijke beslissing voor de familie. Toch zeggen meneer en dochter dat het rust geeft. Ze zijn blij dat ze nu ook op de wachtlijst staat voor het verpleeghuis in het dorp, zodat meneer gemakkelijk bij mevrouw op bezoek kan in de toekomst. De zoon vindt het onzin dat mevrouw op een wachtlijst is geplaatst. Mevrouw barstte in huilen uit toen ze moest tekenen voor de aanvraag. Ze dacht dat haar man haar weg wilde doen omdat hij een ander zou hebben. Het heeft nog weken geduurd totdat mevrouw er niet meer over begon.*

Het aanvragen van een verblijfsindicatie is een nieuw keerpunt in het ziekteverloop en het zorgverloop. En ook hier neemt de wijkverpleegkundige de leiding door casemanagement te voeren, zonder daarbij de eigenheid van het echtpaar te schaden of in twijfel te trekken. Zij respecteert hun autonomie. De opname zal wel gevolgen hebben voor de zelfstandigheid en de vrijheid van mevrouw. Daardoor is het een zeer ingrijpende gebeurtenis, zowel voor haar als voor haar echtgenoot en kinderen. Het is daarbij ook de vraag in hoeverre er sprake is van een eigen vrije keuze. Laten we daarom nog even stilstaan bij de begrippen autonomie, zelfstandigheid en zelfredzaamheid, die ook Buurtzorg centraal stelt.

Juist in de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en kwetsbare ouderen roepen de woorden zelfstandigheid en autonomie veel vragen op. Op grond van onderzoek vanuit het perspectief van de autonomie naar de gevolgen van een chronische ziekte voor de levensloop en de zorgverleningsrelatie tussen cliënt en wijkverpleegkundige en wijkzickenverzorgende (Pool, 1995), definiëren wij verpleging en verzorging als 'het ondersteunen van het individu en zijn naasten, teneinde de continuïteit in de levensloop te waarborgen c.q. te herstellen, als deze is of dreigt te worden verstoord door een stoornis, beperking of handicap'. Ook in de casus zien we dat de wijkverpleegkundige hiermee bezig is.

Naarmate een aandoening meer gevolgen heeft voor de gezondheid, voor het dagelijks leven en het functioneren als individueel persoon, wordt de betrokkene meer zorgafhankelijk. We zien dit ook bij mevrouw Kleefstra. Langzamerhand wordt zij afhankelijk van anderen die zij niet uitgekozen heeft. Dat is het lot van velen en het laat al zien dat de zogenaamde keuzevrijheid in de zorg slechts een zeer beperkte reikwijdte heeft. Cliënten kunnen wel een andere zorgaanbiedende organisatie kiezen, maar de personen zelf kunnen zij alleen kiezen als ze beschikken over een persoonsgebonden budget. Daarom moeten professionals en beleidsmakers die spreken over het bevorderen van zelfstandigheid, bijvoorbeeld in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), zich altijd realiseren dat zelfstandigheid ook te maken heeft met vrijheid. Daarbij bestaat er een onderscheid tussen 'vrij zijn van', wat inhoudt dat iemand niet van buitenaf belemmerd wordt om iets te doen, en 'vrij zijn tot' waarbij het er om gaat dat iemand van binnenuit vrij is om te handelen. Bij de mevrouw met dementie kunnen we moeilijk zeggen dat zij van binnenuit vrij is in haar handelen. De dementie belemmert immers haar mentale en cognitieve vermogens. Maar belemmeringen van de innerlijke vrijheid ontstaan niet alleen door dementie, maar ook door allerlei andere psychologische processen. Daarentegen is van 'vrij zijn van' sprake als iemand niet van buitenaf onder druk staat om te handelen.

In de casus van de mevrouw met het plakje kaas dat in plastic verpakt is, kunnen we spreken van een belemmering in haar 'vrij zijn van'. Zij kan wel kiezen, maar haar handelen wordt belemmerd doordat de anderen waarvan zij afhan-

kelijk is haar het handelen belemmeren door haar te laten worstelen met de plastic verpakking.

De conclusie is dat wij niet zo gemakkelijk kunnen roepen dat de patiënt toch zelf kan kiezen, zonder dat we erover nadenken in hoeverre belemmeringen van binnenuit of van buitenaf in zijn situatie een rol spelen. Nadenken over 'vrij zijn van' of 'vrij zijn tot' leidt tot een andere houding tegenover autonomie. Dit onderscheid speelt ook een belangrijke rol bij het gebruik van domotica. Zolang zij nog thuis woont, is het mogelijk om mevrouw Kleefstra te beschermen door haar een polsband of iets dergelijks met een chip erin om te doen, waardoor zij teruggevonden kan worden als zij gaat dwalen. Maar in hoeverre mag zij gedwongen worden om zo'n apparaatje met GPS te dragen waardoor zij altijd gevolgd kan worden in haar doen en laten? Dit soort technische mogelijkheden dwingt ook professionals in de MGZ na te denken over de vraag of ze een beperking of een vergroting van de vrijheid van hun cliënten betekenen.

### *Politieke ontwikkelingen volgen*

Behalve vraagstukken rond de autonomie komen in de casus door de nieuwe CIZ- aanvraag ook allerlei economische en sociale vraagstukken aan de orde. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat de mogelijkheden voor mevrouw en meneer om elkaar na de verhuizing naar een verpleeghuis nog regelmatig te kunnen ontmoeten, niet ondergesneeuwd worden door beleidsuitgangspunten en economische belangen van organisaties die wel of geen plaats hebben. In het huidige overheidsbeleid en politieke klimaat wordt de term maatschappelijk vooral gebruikt in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarbij ligt de nadruk op de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van de burger. Eigen verantwoordelijkheid van de burger staat daarbij voorop. Als de burger niet zelfredzaam kan zijn, dan wordt hij geacht eerst in de buurt te zoeken voordat de gemeente hem bijstaat volgens de zogenaamde compensatieplicht. Die nadruk op de buurt als gemeenschap is een verschijnsel van de laatste jaren. In deze ontwikkeling past een initiatief als Buurtzorg erg goed. Maar als de buurt gebruikt wordt in combinatie met bezuinigingsvoorstellen, zoals regelmatig is te lezen in beleidsstukken, dan moet de wijkverpleegkundige wel erg goed letten op de consequenties voor haarzelf en voor de cliënt. Daarom zijn we het eens met Elaine Carnegie en Alice Kiger (2009) als zij stellen dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ook een politieke rol spelen, en daarvoor toegerust moeten zijn. Veel meer dan ziekenhuisverpleegkundigen worden zij in hun dagelijks werk geconfronteerd met politieke beslissingen en politieke voornemens in de gemeente of op landelijk niveau. Dat wordt heel duidelijk als we kijken naar de besluitvorming door wijkverpleegkundigen in de gemeenschap. Ook hier laat de casus zien dat financie-

ring, voorzieningen, gemeentelijk beleid en opvattingen, bijvoorbeeld over casemanagement, een rol spelen. De wijkverpleegkundige moet vaak de financiering regelen voor de zorg die nodig is, bijvoorbeeld door een indicatiebesluit van het CIZ ter discussie te stellen als dat ontoereikend is. Zij moet ervoor zorgen dat de besluitvorming de zorg voor patiënt of cliënt als middelpunt heeft en vervolgens rekening houden met de agenda van de patiënt of cliënt, de professionele agenda, de bestuurlijke agenda, de lokale agenda, de financiële mogelijkheden en de multidisciplinaire samenwerking. Bij dit alles wordt zij aan de ene kant begrensd door de verpleegkundige standaarden en beroepsnormen en aan de andere kant door de gemeenschap (Chilton, e.a., 2004).

### *De situatie bewaken*

*Vorige week werd ik in paniek door de dochter opgebeld, omdat het echt niet meer ging. Mevrouw liep telkens weg als de deur even niet op slot was. Ze sloep 's nachts slecht en hield meneer vaak uit zijn slaap. Twee dagen per week sloep een van de kinderen bij het echtpaar in huis, zodat meneer kon bijslapen. Meneer bleef regelmatig ongeduldig, waardoor mevrouw nog onrustiger werd en veel huilde. Mevrouw had met alles hulp nodig en wilde de hele tijd naar buiten. Ze vergat regelmatig waar de wc was en plaste dan in een hoekje van de kamer als er even niet goed werd opgelet. Mevrouw ging vijf dagen per week naar de zorgboerderij. Ook waren er vier zorgmomenten per dag door Buurtzorg op de momenten dat mevrouw thuis was, ter ondersteuning van meneer. Meneer wilde echter telkens nog geen opname, naar mijn idee ook door de nog steeds bestaande weerstand van zijn zoon. Dit ontkende meneer echter. Ik ging diezelfde dag op huisbezoek. Meneer zei alleen een opname in het eigen dorp te willen, omdat hij anders niet zelfstandig op bezoek zou kunnen. Als dit niet zou kunnen wilde hij wachten. Ook toen de dochter zei dat de grens voor haar nu echt bereikt was, bleef hij bij zijn standpunt en snauwde hij haar toe dat hij de zorg dan wel alleen zou doen.*

Het verloop van de casus laat ook een ander aspect van de zorgactiviteiten zien, namelijk 'monitoring'. Daarmee bedoelen we het bewaken van de situatie. In de verpleegkunde wordt niet snel gesproken over bewaken omdat het te veel associaties oproept met het gevangeniswezen. Maar bewaken en zorgen voor beveiliging van een situatie is een niet te onderschatten onderdeel van de wijkverpleging en wijkziekenverzorging. In principe gaat het daarbij om preventieve maatregelen. Juist doordat de wijkverpleegkundige in de casus zich opent voor de bewaking en beveiliging van de situatie, is zij ook degene bij wie de dochter hulp zoekt als er een crisis dreigt. In veel gevallen zullen wijkverpleegkundigen of wijkziekenverzorgenden en families zoeken naar mogelijkheden voor beveiliging om daarmee te voorkomen dat de cliënt verdere gezondheidsschade oploopt of door een ongeluk van het leven wordt beroofd. Monito-



ring strekt zich uit van aandacht voor het vloerkleedje waarover iemand kan struikelen tot aandacht voor de ontwrichting van de menselijke relaties waardoor iemand in een volkomen isolement terechtkomt.

### *Ondersteunen*

In de casus zien we ook dat de wijkverpleegkundige oog heeft voor de verschillende zienswijzen van de familieleden. Zij kan als relatieve buitenstaander een intermediaire rol vervullen tussen broer en zus. Vaak wordt dit begeleidende genoemd, maar wij spreken liever over ondersteunen. Volgens Van Dale heeft ondersteunen meerdere betekenissen: (iets) van anderen steunen om instorten te voorkomen; (iemand) zo vasthouden dat hij niet kan vallen; helpen, bijstaan; steun geven aan, onderschrijven. Veel van deze betekenissen zijn van toepassing op ondersteuning door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. 'Ik loop mee, en als het nodig is regel ik iets', zei de wijkverpleegkundige uit deze casus.

### *Verschillende zorgdomeinen benutten*

Tot nu toe hebben we wijkverpleging en wijkziekenverzorging verbonden met maatschappelijke gezondheidszorg, maar er zijn ook verbindingen met de eerstelijnszorg en met de thuiszorg. De eerstelijnszorg is de 'ruggengraat' van onze gezondheidszorg en heeft een onmisbare functie binnen die gehele gezondheidszorg. Het is een doelmatige schakel in de totale zorgketen die loopt van perinatale zorg en preventie tot en met ouderenzorg en palliatieve zorg. De eerstelijnszorg levert een bijdrage aan het gezond blijven van mensen. Het gaat dan om lichamelijke en psychische gezondheid en sociaal welbevinden. Daarnaast draagt de eerstelijnszorg bij aan begeleiding bij zwangerschap en bevalling, het snel genezen van alledaagse ziekten of het zo goed mogelijk laten functioneren van mensen met chronische ziekte of handicap. In de eerstelijnszorg zijn vele zorgfuncties te benoemen, zoals huisartsenzorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, verloskundige zorg, psychologische zorg, mondzorg, verpleging, verzorging, ambulancezorg en andere vormen van acute zorg, preventieve zorg, ouderenzorg, welzijnszorg, thuiszorg en mantelzorgerondersteuning. Daarbij zijn er functies die prima in de eerstelijnszorg uitgevoerd kunnen worden, maar voorheen voornamelijk ook in de tweedeelijnszorg plaatsvonden (VWS, Kamerstuk, 25-01-2008).

De casus laat ons zien dat de wijkverpleegkundige vanuit een MGZ-perspectief gebruik maakt van meerdere van deze zorgdomeinen. Dat illustreert ook dat niet de plaats, maar de problemen en de interventies leidend zijn.

## Verplegen en verzorgen met passie

*Gisteren is mevrouw Kleefstra opgenomen in het verpleeghuis in haar eigen woonplaats. Meneer vertelde dat mevrouw straalde. Ze vindt het erg gezellig daar. Vannacht is ze wel weer onrustig geweest. Meneer vertelde dat ze gaan kijken of het rustgevende medicijn haldol nog wat opgehoogd kan worden. Meneer zei dat hij denkt dat het goed is zo. Hij hoopt dat ze toch nog een beetje van elkaar kunnen genieten, ondanks dat ze niet meer bij elkaar wonen. Hij zegt dat hij denkt dat hij genoeg geduld heeft voor een paar uurtjes per dag als hij maar goed kan slapen en af en toe wat rust heeft.*

We zijn dit hoofdstuk begonnen met menswaardig leven en hebben vervolgens door middel van een casus laten zien wat wijkverpleegkundigen vanuit een MGZ-perspectief kunnen doen om te bevorderen dat het leven van hun cliënten of patiënten menswaardig genoemd kan worden.

*Vandaag heb ik meneer Kleefstra nog even gesproken. Mevrouw heeft het naar haar zin. De verzorgenden zeggen dat ze bijna altijd vrolijk is. Hij vindt het moeilijk te zien dat ze nu nog harder achteruit lijkt te gaan. Ze loopt de hele dag in de gang op en neer en herkende zijn dochter gisteren niet. Ook had ze laatst de bril van een andere bewoner op, waaruit onder andere blijkt dat de verpleging soms wel erg druk is. Toch doet het personeel volgens meneer erg zijn best om een goede sfeer te behouden. Meneer zegt dat hij zich beter voelt nu. Hij vindt het echter wel erg stil in huis. Ook verwijt zijn zoon hem af en toe dat hij het thuis niet heeft volgehouden. Dat vindt hij moeilijk. Tot slot bedankt hij mij en zegt tevreden te zijn met deze situatie. Er blijft volgens hem altijd wat te wensen over...*

Zowel patiënt, partner en kinderen als de wijkverpleegkundige zijn tevreden over het verloop van het zorgproces. Dat laat onverlet dat een situatie als deze veel verdriet, moeite en problemen in zich heeft. Voor wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden vraagt dit veel inzet, vaak meer dan formeel is toegestaan volgens indicaties. Maar juist als wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden begaan zijn met het lot van hun patiënten en cliënten brengen zij dat op. Dit geldt niet alleen bij dementie. In andere situaties zouden de uitgangspunten hetzelfde zijn en zouden de methoden alleen zijn aangepast wat betreft de ziektespecifieke interventies.

De wijkverpleegkundige in de casus gebruikte op een goede wijze haar professionele kennis en MGZ-methoden, maar liep bovenal met het echtpaar een eindje mee op de weg die zij moesten gaan, en greep in als zij verwachtte dat er te veel obstakels op de weg lagen. Dat gebeurt als iemand passie heeft voor verplegen.

### *Ervaringen vastleggen*

Ondanks die passie is het werken volgens een MGZ-benadering vaak een moeilijke opdracht. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ondervinden in hun dagelijkse praktijk regelmatig de effecten van het beleid op het gebied van gezondheidszorg en welzijn. Heel vaak staan deze uitkomsten in schril contrast met de intenties die de beleidsmakers en politici hadden bij het formuleren van het beleid of het invoeren van een wet. Tussen de alledaagse wereld van patiënten en hun wijkverpleegkundigen en de wereld van het beleid en de politiek gaapt een enorme kloof. Daarom roepen wij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden op hier iets aan te doen door hun ervaringen vast te leggen.

In zijn algemeenheid verbinden mensen datgene wat zij dagelijks waarnemen in hun wereld met begrippen en concepten. Dit proces stelt hen in staat om een relatie met de omgeving te hebben en er betekenis aan te geven. Wij zijn het volledig met Sarah J. Rhynas (2004) eens als zij stelt dat dit proces van conceptualiseren van dagelijkse ervaringen voor verpleegkundigen erg belangrijk is. Door de reflectie op de dagelijkse praktijk goed in te kaderen, kan de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende laten zien wat de werkelijkheid is van de gezondheidszorg en de zorgverlening in Nederland. Door deze geconceptualiseerde ervaringen te bundelen kan zij aan de maatschappij, en specifiek aan politici en beleidsmakers, inzicht bieden in de, al dan niet gewenste, gevolgen van het beleid. Het is daarom belangrijk dat wijkverpleegkundigen administratie- en registratiesystemen gebruiken die werkelijk inzicht bieden en niet alleen een verantwoording van de besteedde minuten geeft. Voor de MGZ is het Omaha-systeem (Martin, K.S., 2005, 1992) een uiterst geschikt instrument. Daarnaast is het belangrijk dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden regelmatig casestudies uitvoeren, proberen deze gepubliceerd te krijgen in kranten en tijdschriften, en vooral op internet plaatsen.

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden kunnen ook meewerken of suggesties doen voor wetenschappelijk onderzoek naar hun praktijk, zodat zij invloed kunnen uitoefenen op de onderzoeksagenda. Rhynas bepleit daarbij vooral aandacht te besteden aan de relatie tussen de onderlinge interactie van patiënt en verpleegkundige en de structuren en instituties waarbinnen en waarmee zij werken.

### *Verschillen met de thuisverpleegkundige en -verzorgende*

Tot nu toe hebben we gesproken over wijkverpleging en wijkziekenverzorging vanuit een MGZ-perspectief. We hebben dat gedaan om duidelijk te maken dat het ons om een verpleegkundige of verzorgende gaat die als een professionele wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende kan optreden, bijvoorbeeld

als een ‘community nurse’ of ‘community carer’. In het vervolg van dit boek spreken we echter gewoon weer over wijkverpleegkundige en wijkzickenverzorgende. De reden daarvoor is dat wij gehecht zijn aan deze titels, en daarmee ook recht doen aan al die wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden uit het verleden die trots waren op hun werk. Verpleegkundigen en verzorgenden in de eerste lijn die niet aan de criteria en de competentieprofielen van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden voldoen, zijn geen wijkverpleegkundigen of wijkzickenverzorgenden maar thuisverpleegkundigen of thuiszickenverzorgenden. In tabel 1.1 zijn de onderlinge verschillen in beeld gebracht. Het grootste verschil zit in de rol en positie die zij innemen.

Bij de wijkverpleegkundige en wijkzickenverzorgende ligt de nadruk op de eigen professionele verantwoordelijkheid en op pro-actief reageren. Bij de thuisverpleegkundige en thuisverzorgende ligt de nadruk op de verantwoordelijkheid als onderdeel van een organisatie en op actief reageren. Het verschil komt het duidelijkst tot uitdrukking in het secundaire proces. Dat is het niveau waarop de organisatorische voorwaarden voor de uitvoering van de zorg – het primaire proces – bepaald worden. In het volgende hoofdstuk komen we uitgebreid terug op de verhouding tussen het primaire en secundaire proces en de gevolgen daarvan. In tabel 1.1 maken we alvast dit onderscheid.

	Wijkverpleegkundige/ wijkzickenverzorgende	Thuisverpleegkundige/ thuisverzorgende
Patiënt of cliënt:	Individu, gezin of gemeenschap	Individu
Zorgproces:	Primair & secundair proces	Alleen primair proces
Primair proces:	Signaleren, Ondersteuning, begeleiding, verpleging en verzorging, monitoring en risicomangement	Signaleren, Ondersteuning, begeleiding, verpleging en verzorging
Secundair proces:	Casemanagement, casefinding, indicatie regelen, ontwikkelen, behoefteprofielen, buurtprofielen, assessment	Indicatie regelen
Leidend voor zorg:	Behoeften en problemen patiënt	CIZ indicatie
Samenwerking:	Werkt multidisciplinair	Werkt monodisciplinair
Verantwoordelijkheid:	Professioneel heeft primaat	Werknemerschap heeft het primaat
Soort zorg:	Preventie, curatie en care	Care en curatie
Iniatief:	Neemt zelf initiatief	Wacht op initiatief project of keten
Ethiek:	Professionele ethiek	Organisatiegebonden ethiek

Tabel 1.1 Verschillen tussen wijkverpleegkundige/wijkzickenverzorgende en thuisverpleegkundige/verzorgende

---

### *Handelingsverlegenheid overwinnen*

In de casus waarmee we dit boek begonnen zijn, biedt de wijkverpleegkundige zich aan om het casemanagement voor de cliënt uit te voeren. Sommigen lezers zullen reageren dat dit alleen kan als er een keten bestaat of als er een project voor is. Wij noemen dat een reactie uit handelingsverlegenheid. Met handelingsverlegenheid wordt bedoeld: het niet weten hoe te handelen in een bepaalde situatie, in het bijzonder een door angst of onzekerheid ingegeven onvermogen om adequaat te handelen. Het is te begrijpen dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden regelmatig handelingsverlegenheid ervaren in situaties in de zorg waarvoor beleidsmatig en structureel weinig is geregeld. Maar hun professionaliteit vraagt er om dat zij niet aan die situaties voorbijgaan, maar naar creatieve oplossingen durven te zoeken en het beleid met deze hiaten durven te confronteren. Juist door elkaar daarbij in een team te steunen kunnen er zaken worden geregeld die voorheen niet konden.

Als Jos de Blok gewacht had tot er in de reguliere thuiszorg ruimte zou komen voor een andere aanpak, dan was er geen Buurtzorg geweest. Als wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bij Buurtzorg afwachten tot er zorgketens of projecten worden opgezet voor nieuwe werkmethoden, dan kunnen ze rustig blijven zitten, want veel zal er dan voorlopig niet veranderen op professioneel niveau. De centrale vraag is: hoeveel verantwoordelijkheid nemen een individu en een team van Buurtzorg op zich, en hoeveel durf hebben zij om kansen te zien en te benutten? Niet altijd zal alles lukken, maar zij werken niet voor niets bij Buurtzorg.

### *Kenmerken van de wijkverpleging en wijkziekenverzorging*

De beroepsuitoefening van de wijkverpleegkundige en de wijkziekenverzorgenden wordt gekenmerkt door een combinatie van cure en care, verpleging, verzorging, casemanagement, gvo, monitoring en risicomanagement, ter bevordering van de gezondheid van individu, gezin en gemeenschap. Daarbij wordt gezondheid opgevat als een proces gericht op lichamelijk, psychisch sociaal optimaal functioneren, en ziekte als het uit balans zijn. De wijkverpleegkundige is niet gebonden aan een werksetting; iedere extramurale en ambulante setting vraagt om een specifieke werkwijze, met relevante methodes en competenties. Binnen de verschillende settings bestaat een wisselwerking tussen maatschappelijke verhoudingen, voorkomende sociale structuren en culturen, met daarin de cliënt of patiënt met specifieke behoeften en problemen. Gezondheidsbevordering en zelfmanagement zijn bij ziekte steeds belangrijk.

## Het ideaal van Buurtzorg

Aan het begin van dit hoofdstuk hebben we gesteld dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bij Buurtzorg werken op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg of ‘community nursing’. Door de veranderingen die de afgelopen decennia in de organisatie van de zorg hebben plaatsgevonden, is het niet gemakkelijk om een herkenbaar beeld te schetsen van wat dat precies inhoudt.

### Samenwerking

Op de website van het ministerie van VWS is het begrip ‘maatschappelijke gezondheidszorg’ ook niet vinden. Onder het kopje ‘Vormen van zorg’ staat:

*‘De Nederlandse gezondheidszorg kent, in vergelijking met ons omringende landen, een grote variatie aan zorgverleners en voorzieningen. Het ministerie van VWS stimuleert dat deze partijen goed met elkaar samenwerken. Dit maakt de zorg efficiënter en voorkomt dat mensen in een doolhof van zorg terechtkomen. Ook wil het ministerie bevorderen dat de zorg dichtbij mensen thuis wordt geboden.’*

Hoe dat goed samenwerken dan tot stand komt en wat de prijs hiervan mag zijn, vermeldt het ministerie niet. Wel propageert de overheid marktwerking, terwijl markt en samenwerking nu niet het meest logische koppel is, en het per activiteit betalen van zorg het samenwerken ook niet erg stimuleert. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van Buurtzorg hebben dus nog wel wat uit te zoeken.

Onder het kopje ‘Gezond leven en preventie’ is te lezen:

*‘De overheid streeft een gezonde samenleving na. Om levensbedreigende of chronische ziekten te voorkomen en vroegtijdig op te sporen zijn er vaccinatieprogramma’s en bevolkingsonderzoeken. Maar preventie is méér dan het voorkomen van ziekte. Het gaat ook om het bevorderen van een gezonde leefstijl. Hoewel de gezondheid van Nederlanders in ruim anderhalve eeuw enorm is vooruitgegaan, stagneert de verbetering nu.’*

### Collectieve preventie

De gemeenten zijn op basis van de Wet collectieve preventie belast met de uitvoering van de collectieve preventie. In de nota hierover heeft de regering de zes belangrijkste volksgezondheidsproblemen beschreven: psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten bewegingsapparaat, chronische

luchtwegaandoeningen en diabetes. Deze hoofdproblemen zijn gekozen op basis van de volgende criteria:

- het zijn omvangrijke gezondheidsproblemen;
- met grote (toekomstige) maatschappelijke gevolgen voor gebruik van medische voorzieningen en arbeidsdeelname;
- waarvan gezond gedrag de oorzaak (voor een deel) kan beïnvloeden;
- waarvoor geschikte (kosten) effectieve interventies beschikbaar zijn die het gezondheidsprobleem kunnen voorkomen of verkleinen;
- die interventies worden nog niet op grote schaal uitgevoerd;
- en de overheid een rol kan vervullen in de aanpak van het gezondheidsprobleem.

Om de volksgezondheid te verbeteren richt de overheid zich de komende jaren op vijf speerpunten: overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, diabetes en depressie.

### Ontwikkelingswerk

De doelen die de Nederlandse overheid belangrijk vindt, worden ook genoemd bij 'community health nursing'. Het gaat dan om zorg dicht bij huis, het bevorderen van een gezonde samenleving, het bevorderen van een gezonde leefstijl en het respecteren en bevorderen van eigen verantwoordelijkheid. Hieruit kan worden afgeleid dat verpleegkundigen en verzorgenden bij Buurtzorg over competenties en condities dienen te beschikken waarmee zij Buurtzorg als een vorm van 'community health nursing' kunnen realiseren. Daarbij richt zij haar activiteiten op het individu én op de sociale en fysieke omgeving. De prioriteit ligt bij de zorg voor individu en mantelzorger ingebed in zijn sociale omgeving, maar zo nodig zal de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende van Buurtzorg ook gebruikmaken van methoden die meer groepsgericht zijn. Dat dit niet gemakkelijk is kan iedere wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende bij Buurtzorg vertellen. Mirjam van Meekeren-Wildenbeest, een wijkverpleegkundige van Buurtzorg die eerder als vrijwilligster in Afrika heeft gewerkt, ziet daarin parallellen met haar werk in Amsterdam. Ze analyseert daarvoor haar werkwijze:

#### Signaleren

*Tijdens mijn verblijf in het Keniaanse dorp Mago hielp ik zo nu en dan zieke kinderen uit de buurt. De onderwijzer van de school had mij op de ziekelijke toestand van het jongetje William gewezen. Daarop bezocht ik het huis van zijn familie. Zijn hoogzwangere moeder verwelkomde ons. We waren snel klaar met de rondleiding door het huis van het gezin van negen. Een tweekamer hutje van koeienpoep met een golfplaten*

*dak vol gaten. Onder deze gatenkaas, zonder dekens, sliep William, met of zonder tropische regens. Zijn moeder vertelde van de uitzichtloze situatie waarin het gezin verkeerde: vader op zoek naar werk in de stad en geen geld voor eten of gezondheidszorg. Zij vroeg mij haar zoon mee te nemen naar het ziekenhuis. William bleek oor- en huidinfecties, malaria en wormen te hebben. Daarnaast was hij ook ondervoed. Problemen die ik ook bij de andere buurtkinderen had gezien.*

#### **Zorgvragen vaststellen**

*Samen met Sally, een vooraanstaande vrouw binnen de gemeenschap, sprak ik over de verschillende oorzaken van de slechte gezondheid. Ik begreep dat het moeilijk was deze problemen op te lossen. Wat ik niet begreep was dat er naar mijn idee zo weinig gezocht werd naar creatieve oplossingen, bijvoorbeeld om de kinderen droog te laten slapen. Hielpen Kenianen alleen hun eigen familie? Of konden ook de burens helpen met de reparatie van het lekkende dak?*

#### **Mensen met elkaar in contact brengen**

*We besloten een workshop te organiseren voor de kwetsbare kinderen en hun (pleeg-)ouders over creativiteit in het oplossen van problemen. Een van de cases was: wat doe je met een lekkend dak als je geen geld hebt? Uiteindelijk namen de ouders uit de buurt het initiatief voor een Merry-Go-Round, een carroussel voor het uitlenen van geld. Elke maand nam elke ouder een klein geldbedrag mee naar de vergadering. Iedere maand kreeg een andere familie het ingezamelde geldbedrag om een grotere investering te doen. Een familie kocht bijvoorbeeld van het geld een geit. Williams familie kocht nieuwe golfplaten voor het dak.*

#### **Samenwerken met gezondheidsorganisaties in de omgeving**

*Sally kwam maanden later een organisatie in Kenia op het spoor die goedkoop klamboes verstrekt. Opnieuw werd een workshop georganiseerd. Ditmaal in samenwerking met de betreffende hulporganisatie over het onderwerp malaria.*

#### **Initiatief nemen om projecten op te starten**

*Samen met de onderwijzers maakten we een plan voor een voedselproject op de school van William. De onderwijzers regelden kookvrouwen en zorgden dat de schoolkinderen bij tourbeurt brandhout meenamen voor het kookvuur. Ik ging op zoek naar financiële middelen voor maïs en bonen. Later kwam daar de medicatie voor het ontwormingsproject bij.*

*Met dit voorbeeld wil ik laten zien dat kleine initiatieven in de zorg een breder gezondheidszorgbesef in het dorp kunnen bewerkstelligen. Zo werd niet alleen William geholpen, maar een hele gemeenschap.*



### **Buurtzorg Bos en Lommer**

*De manier waarop Buurtzorg georganiseerd is geeft de wijkverpleegkundige tijd en ruimte. Naast de zorg voor het individu kunnen we daardoor ook kijken naar de sociale omgeving van patiënten. Als we bijv. bij meerdere cliënten in de wijk hetzelfde gezondheidsprobleem signaleren, zouden we daar vragen over moeten stellen.*

*In Bos en Lommer zien wij dat veel mensen sociaal geïsoleerd leven. Wat betekent dit voor de gezondheid van de buurt? Kunnen we mensen met elkaar in contact brengen? Kunnen wij mensen laten aansluiten bij activiteiten van het buurthuis? Kunnen we ze in contact brengen met vrijwilligers van de kerk? Bestaan er organisaties die sociale vaardigheden van mensen kunnen trainen? Kunnen we werken met ergotherapeuten of maatschappelijk werkers aan een zinvolle dagbesteding van cliënten? Helpt een internetcursus mensen uit een sociaal isolement?*

*Ook in mijn werk bij Buurtzorg word ik uitgedaagd om de zorgvragen van cliënten met verschillende culturele opvattingen in kaart te brengen. Kwetsbare mensen hebben een helpende hand en een vertrouwd gezicht nodig die ze de weg wijst in de buurt. Kortom: naast de gezondheidsproblemen van het individu verder kijken naar de omgeving waarin de cliënt leeft.*

## **Verplegen en verzorgen met moed**

Het werken aan maatschappelijke gezondheidszorg vraagt van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden veel kennis, inzicht, flexibiliteit, alertheid en beweeglijkheid. Geen cliënt of situatie is hetzelfde. Gezondheidsproblemen zijn vaak complex en hardnekkig en worden soms in de loop van de tijd alleen maar complexer en hardnekkiger. Zoals we in de casus in dit hoofdstuk hebben gezien, is een wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende die de mogelijkheden van personen, hun omgeving en de maatschappij ziet, in staat mensen met zulke problemen te helpen die te begrijpen en er acceptabele oplossingen voor te vinden. Wie meer wil bereiken dan standaardoplossingen, heeft daarbij wel de moed nodig om de mogelijkheden van de situatie te verkennen en optimaal te benutten. Hoe en waar die mogelijkheden te vinden zijn komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.