

Inhoud

Voorwoord	11
Deel I Inleiding	13
1 Een vak met geschiedenis en toekomst	15
1.1 Begeleiding van ziekte en zorg thuis	16
1.2 Leren balanceren	20
1.3 Over dit boek	22
2 Zorg en zeggenschap: een model	25
2.1 Verpleegkundige theorieën en modellen	26
2.2 Normatieve praktijkvoering	30
2.3 Prudent handelen	35
2.4 Het Zorg en Zeggenschap-model	39
Deel II Patiënt en mantelzorg	45
3 Ziekte als transitieproces	47
3.1 Adaptatie	48
3.2 Transitie	50
3.3 Levensloop	54
3.4 Zingeving	60
3.5 Identiteit en coping	64
4 Ziekte en ziekteverloop	71
4.1 Chronisch zieken	71
4.2 Kwetsbare ouderen	74
4.3 Mensen met dementie	80
4.4 Pas uit het ziekenhuis ontslagen patiënten	84
4.5 Palliatieve en terminale patiënten	86
4.6 Gevolgen voor de mantelzorg	91
4.7 De rol van vrijwilligers	98
5 Voorwaarden voor zeggenschap over zorg	101
5.1 Vrijheid en verantwoordelijkheid	102
5.2 Autonomie	103
5.3 Dialoog	108
5.4 Empowerment en Disability Studies	117

Deel III	Het systeem van de gezondheidszorg	121
6	Ontwikkelingen in wet- en regelgeving en zorgbeleid	123
6.1	Opvattingen van ziekte en gezondheid	124
6.2	Langer thuis met zorg	128
6.3	Meer zelfmanagement en zelfredzaamheid	130
6.4	Meer eigen verantwoordelijkheid en preventie	135
6.5	Meer technologie naar de thuissituatie	138
6.6	Meer in de wijk oplossen	140
6.7	Groter beroep op mantelzorg en vrijwilligers	145
7	Ontwikkelingen in het beroep	151
7.1	Een nieuw beroepsprofiel	152
7.2	Rollen en competenties van de wijkverpleegkundige	154
7.3	Expertiseontwikkeling	160
7.4	Evidence-based werken	163
7.5	Professionele verantwoordelijkheid	167
Deel IV	Wijkverpleging in uitvoering	173
8	Ondersteuning van patiënt en mantelzorg	175
8.1	Kritisch redeneren	176
8.2	Het OMAHA-systeem	178
8.3	Indiceren en zorgplannen maken	183
8.4	Casemanagement	188
8.5	Preventie en voorlichting	191
8.6	Motiverende praktijkvoering	193
8.7	Mantelzorgondersteuning	197
8.8	Werken aan transculturalisatie	206
8.9	Strategieën voor psychosociale zorg	216
9	Wijkverpleging is teamwerk	223
9.1	Collectieve ambities en gedeelde waarden	224
9.2	Teamfunctioneren ten behoeve van de zorgverlening	228
9.3	Teamfunctioneren ten behoeve van de bedrijfsvoering	234
9.4	Teamontwikkeling en onderhoud van collectieve ambities	239
9.5	Zelfsturende teams	243
9.6	Continue competentieontwikkeling van de teamleden	247
9.7	Casusbesprekingen en casestudies	251
9.8	Competentiemanagement en competentiebespreking	254

10 Van thuisverpleging naar wijkverpleging	259
10.1 Wie en wat is de wijk?	260
10.2 Samenwerken met andere disciplines	265
10.3 De wijk als patiënt?	273
10.4 Wijkanalyse en buurtscan	279
10.5 Praktijkvoorbeeld: de Buurtkamer in Amsterdam-West	283
Literatuur	291
Aanbevolen websites	301
Register	303
Over de auteurs	305

Voorwoord

De afgelopen tien jaar hebben wijkverpleegkundigen hun plek in de gezondheidszorg terugveroverd. Op professionele en overtuigende wijze hebben ze laten zien dat ze een belangrijke sleutelfunctie in de zorg vervullen als ze daarvoor de ruimte krijgen. Die noodzakelijke ruimte hebben wijkverpleegkundigen de afgelopen jaren gekregen.

Een van de belangrijkste ontwikkelingen is dat de wijkverpleegkundige sinds 2015 verantwoordelijk is voor de indicatie en de zorgtoewijzing. Die vindt bij de cliënt thuis plaats. De wijkverpleegkundige beoordeelt in overleg met de cliënt welke zorg en ondersteuning nodig is en stimuleert hem of haar de eigen regie te voeren. Daardoor kunnen mensen langer thuis blijven wonen.

Niet *zorgen voor*, maar *zorgen met* is het uitgangspunt bij de wijkverpleging. Dit vergt een nieuwe manier van werken en nieuwe vaardigheden van de wijkverpleegkundige. Goede (bij)scholing is daarbij onontbeerlijk. Daarop kan *Wijkverpleging: balanceren tussen zorg en zeggenschap* een welkome aanvulling zijn.

Dit boek is bedoeld voor zowel hbo-studenten verpleegkunde als verpleegkundigen die langs een andere weg het vak binnenkomen. Dit boek helpt verpleegkundigen hun gedachten te vormen. Over de positie en mogelijkheden van hun patiënten. Maar ook over hun eigen positie als professional. In het boek presenteren de auteurs het Zorg en Zeggenschap-model. Hiermee willen ze de wijkverpleegkundigen helpen bij het zoeken naar antwoorden op situaties waar ze geregeld mee te maken krijgen. Uitgangspunt daarbij is de dialoog met de patiënt.

Ik hoop dat dit boek behulpzaam kan zijn bij de verdere professionalisering van het wijkverpleegkundige vak. Dat is belangrijk, want voor mij is de zorg van de toekomst de wijkverpleegkundige zorg.

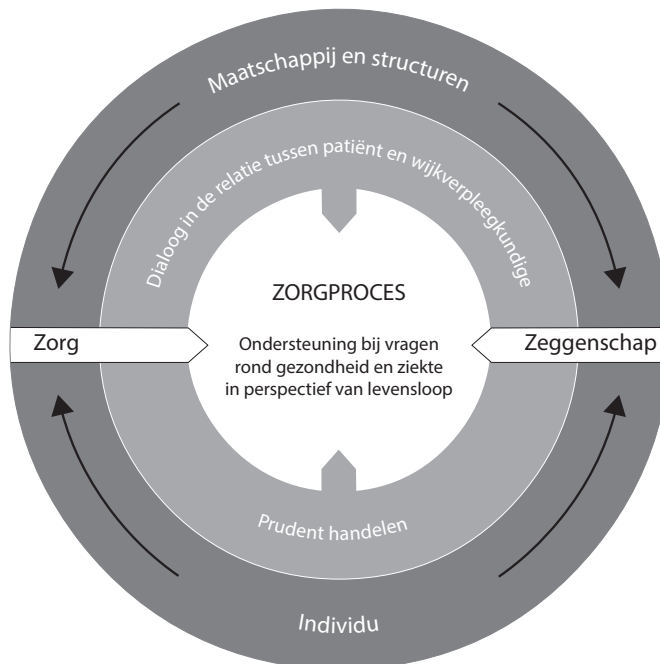
Martin van Rijn,
staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Deel I

Inleiding

Dit handboek is gemaakt om verpleegkundestudenten voor te bereiden op de beroepspraktijk van de wijkverpleging. Waarom dat nodig is en in welke historische context dat gebeurt, leggen we uit in hoofdstuk 1. Daarna schetsen we in grote lijnen het complexe krachtenveld waarin de wijkverpleging tegenwoordig plaatsvindt.

In hoofdstuk 2 bespreken we het nut van verpleegkundige theorieën en modellen en gaan we in op de betekenis van professionele verantwoordelijkheid. Vervolgens geven we de hedendaagse opgave voor de wijkverpleging weer in de vorm van een model dat richting kan geven aan het denken over de dagelijkse realiteit van het werk. We noemen dat het Zorg en Zeggenschap-model. Dit model is meteen ook de leidraad voor de verdere opbouw van dit boek.



Figuur I Zorg- en Zeggenschapmodel

Een vak met geschiedenis en toekomst

1

‘Tijdens onze opleiding zijn we niet voorbereid op het werken in de wijk. Alles leek gericht op werken in het ziekenhuis, maar dat is zo anders dan werken in de wijk. In het ziekenhuis staat alles vast, terwijl je in de wijk met je team alles zelf moet organiseren. Toch heeft het ziekenhuis een veel hogere status; vanwege alle technologie, maar ook omdat gedacht wordt dat je in de wijk vooral bezig bent met billen wassen. Het tegendeel is het geval: in de wijk kom je veel meer tegen en moet je veel meer kunnen.’
(een wijkverpleegkundige)

De afgelopen vijf jaar is in politiek, beleid en publieke opinie sprake van een sterke herwaardering van de wijkverpleging. Het takenpakket van wijkverpleegkundigen is daardoor alleen maar gegroeid. Toch hebben studenten hbo-verpleegkunde die het vak in komen soms het gevoel dat ze met lege handen staan. Naar de oorzaken daarvan is het gissen. Misschien hebben ze informatie over het werken in de wijk gemist omdat ze tijdens hun opleiding geen goed beeld hadden van hun latere beroepsmogelijkheden. Misschien trok werken in het ziekenhuis hen van meet af aan zo sterk aan dat ze de voorbereiding op de wijkverpleging min of meer oversloegen. En misschien ook waren hun studieboeken te onduidelijk over het werken in de wijk, onder andere omdat het er decennialang op leek dat de wijkverpleging was afgeschaft en vervangen door de thuiszorg.

Hoe het ook zij, op dit moment is er grote behoefte aan een nieuwe generatie wijkverpleegkundigen die goed voorbereid aan de slag gaan. Niet alleen omdat er nu weer zoveel waarde wordt gehecht aan de wijkverpleging, maar ook omdat over pakweg tien jaar de laatsten uit de vorige generatie wijkverpleegkundigen die dag in dag uit in de wijk werkten, met pensioen gaan.

Natuurlijk biedt de hogeschoolstudie, op de stageperiodes na, vooral ‘oefeningen op het droge’. Pas in de praktijk leer je goed te ‘zwemmen’ en niet te verdrinken. Dat neemt niet weg dat een betere aansluiting van de studie hbo-verpleegkunde op de beroepspraktijk van de wijkverpleging ervoor kan zorgen dat studenten al tijdens hun studie de kennis en vaardigheden kunnen opdoen die ze als wijkverpleegkundige nodig hebben. Daarvoor is het belangrijk te beseffen dat de kern van het vak een lange geschiedenis heeft, en hopelijk ook nog een lange toekomst.

1.1 Begeleiding van ziekte en zorg thuis



Casus 1

‘De patiënt was een grote man van 80 jaar, die 98 kg woog. Hij vertoonde een beginnende dementie en was incontinent. Hij kon bijna niet lopen en kon zich alleen met hulp van zijn vrouw uit zijn stoel oprichten. De vrouw was 75 jaar. Zij was nog vitaal, maar soms wat vergeetachtig. Er was geen huishoudelijke hulp aanwezig. Wel woonden er een zuster en zwager van de patiënt naast hen, die in nood konden helpen. Hun dochter – het enige kind – was enkele jaren geleden aan kanker overleden. Op verzoek van de huisarts heb ik een bezoek bij dit echtpaar gebracht. De vraag was deze mensen wat adviezen te geven, en te zien welke mogelijkheden aanwezig waren om ze te helpen. Tijdens mijn eerste bezoek trokken de volgende punten mijn bijzondere aandacht:

- Het onverwerkte verdriet dat deze mensen hadden om hun gestorven dochter.
- De zorg en liefde waarmee de vrouw over en met haar man sprak.
- De angst die beiden hadden om gescheiden te worden. (Dit was ook de reden waarom zij nog nooit om hulp aan iemand gevraagd hadden.)
- Het gemak waarmee de man zijn vrouw allerlei bevelen gaf, die zij direct uitvoerde, terwijl hij zich verder heel passief gedroeg.

Tijdens het gesprek zaten man en vrouw aan tafel. De patiënt was zover onder tafel geschoven dat je alleen zijn gezicht en een klein deel van zijn lichaam kon zien. (Later bleek dat zijn vrouw incontinentie wilde verbergen.) Mevrouw ontkende de moeilijkheden die zij in de dagelijkse verzorging van haar man ondervond. Zij wuifde alle problemen een beetje weg. (Later vertelde ze bang te zijn geweest dat haar man naar een verpleeghuis zou moeten als het bleek dat de verzorging te zwaar voor haar zou zijn.) Zij wist eigenlijk ook niet wat voor hulp ze van mij verwachten kon. Want, zo zei ze: we hopen nog een tijdje bij elkaar te blijven, en dan in dit huis te sterven. Ik hoop voor mijn man te kunnen zorgen tot aan zijn dood. Nu mijn dochter dood is, is dat de enige reden waarvoor ik nog leef.

Ik heb daarop geantwoord dat een heel reële wens te vinden en dat, indien zij mijn hulp wilden, ik graag mee zou helpen dat te realiseren. Door hen ervan te overtuigen dat het niet mijn bedoeling was de patiënt in een verpleeghuis te praten en dat ik naar wegen zou zoeken om hen op die manier te helpen die het meest aansloot bij hun wensen, was er een weg tot een relatie geopend. Mijn doel was geworden: deze mensen zo te helpen dat zij samen konden blijven wonen tot één van hen stierf en zo mogelijk de patiënt thuis te verplegen en hem te helpen daar vredig te sterven.’

(Aart Pool; zie voor de volledige versie van dit artikel: www.wijkverpleging1edruk.nl)

Wanneer denk je dat deze casus plaatsvond? Als je het volledige artikel erbij pakt, wordt duidelijk dat het veertig jaar geleden speelde. Het woord kruisvereniging valt, een term die in West-Brabant nog steeds wordt gebruikt, maar die veel jongeren weinig zegt. Ook het woord ziekenfonds, dat later in het verhaal opduikt, verradt dat het in de vorige eeuw gebeurde. Dat woord hoor je nu nog regelmatig uit de mond van mensen die terugverlangen naar de tijd voordat iedereen jaarlijks over zijn eigen zorgverzekering moest beslissen en voordat de marktwerking in de zorg werd ingevoerd.

Afgezien van die onbekende termen is de inhoud van deze casusbeschrijving actueler dan ooit. De wijkverpleegkundige balanceert tussen zorg en zeggenschap omdat hij enerzijds rekening wil houden met de persoonlijke situatie van de patiënt en zijn vrouw, en anderzijds moet werken binnen de mogelijkheden van het zorgsysteem. Hij probeert beide kanten zo goed mogelijk met elkaar in evenwicht te brengen en moet daarvoor verantwoorde keuzes maken, zowel professioneel als persoonlijk. Als dat lukt, geeft dat voldoening bij alle betrokkenen.

Dat balanceren is nog steeds kenmerkend voor de wijkverpleging en lijkt alleen maar ingewikkelder geworden. Desondanks draait alles, net als veertig jaar geleden, om de kwaliteit van de relatie met de patiënt die met gezondheidsproblemen verder moet leven en soms moet sterven. Op verzoek van het tijdschrift *TVZ* reageerde Aart Pool in 2016 op zijn artikel uit 1976:

'Ik wilde – 39 jaar geleden – laten zien hoe je als wijkverpleegkundige kunt omgaan met mensen die professionals wantrouwen. Het artikel is een weergave van mijn dagelijkse praktijk. Toen was de wederkerigheid in de relatie tussen patiënt en professional niet vanzelfsprekend. Ook technische ondersteuning thuis was beperkt mogelijk. De kern van het artikel gaat over relaties opbouwen en aan vertrouwen werken. Nu zou ik het artikel in het kader van motiverende gespreksvoering plaatsen. Daarnaast zou ik er de belemmeringen in verwerken die wijkverpleegkundigen ervaren door het gezondheidszorgbeleid en bureaucratie, als zij willen nastreven waar het artikel mee afsluit.

De ene keer zal je handelingen van de patiënt over moeten nemen, de andere keer zal je hem juist nieuwe handelingen moeten leren. Soms zal je hem moeten helpen zodat hij zijn eigen belangen kan verdedigen, de andere keer zal jij zijn belangen moeten verdedigen. Maar je zult hem vooral moeten helpen zijn zelfstandigheid te heroveren. Maar wat je ook doet of laat, de vraag zal altijd zijn: Hoe help ik hem als werkelijk mens te kunnen leven of sterven?'

De wortels van de wijkverpleging

Natuurlijk zijn zieke mensen altijd thuis verzorgd en verpleegd. Alleen in noodgevallen werd iemand opgenomen in een ziekenhuis. De professionele wijkverpleging begon na de oprichting van de kruisvereniging en aan het einde van de negentiende eeuw. Mensen die lid waren van die verenigingen hadden recht op ziekenzorg en verpleging, thuis of in het ziekenhuis. De wijkverpleegster kwam bij mensen thuis, zowel voor kinderen als voor volwassenen, en zowel voor preventie als voor verpleging. Zij bracht rechtstreeks verslag uit van haar ervaringen aan de lokale afdeling van de kruisvereniging. Vanaf 1918 kregen de kruisverenigingen subsidie van de overheid, bijvoorbeeld voor tbc-bestrijding, het bevorderen van kinderhygiëne en kraamzorg. In 1929

begonnen de kruisverenigingen ook met het verzorgen van opleidingen tot wijkverpleegkundige.

Pas in 1980 kwam de wijkverpleging onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te vallen, een verplichte verzekering die via de belastingen werd betaald en die al sinds 1968 van kracht was. Daardoor was het lidmaatschap van een kruisvereniging niet langer een voorwaarde om wijkverpleging te krijgen. Intussen was de wijkverpleging onderdeel geworden van de zogeheten eerstelijnszorg, samen met huisartsen, die steeds meer vanuit gezondheidscentra werkten. Nadat de kruisverenigingen eerst onder de vlag van de Nationale Kruisvereniging verenigd waren, fuseerden de meeste in de jaren tachtig tot grote thuiszorgorganisaties. Die splitsten de taken van de wijkverpleging op in persoonlijke verzorging en verpleging. Overige verzorging en huishoudelijke hulp werden aan lager opgeleiden overgelaten. De consultatiebureaus werden – net als eerder de ziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg – een zaak van de Gemeentelijke Gezondheid Diensten (GGD's).

Om kosten op de werkvloer te besparen deed de wijkverpleegkundige voortaan vooral 'voorbehouden handelingen' en kreeg zij meer een coördinerende rol op de achtergrond, in indicatiestelling, organisatie en planning. Die ontwikkeling werd versterkt toen de indicatiestelling werd overgenomen door de Regionale Indicatie Organen en later het Centrum Indicatiestelling voor de Zorg (CIZ). Wijkverpleegkundigen leken overbodig te zijn geworden en kwamen vaak in het management van een grootschalige thuiszorgorganisatie terecht. In combinatie met de stijgende zorgkosten en de overheidsdrang om te bezuinigen leidde dit tot een ware 'striptease' van de wijkverpleging. Met als dieptepunt de zogenoemde 'stopwatchzorg', waardoor wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden voor iedere handeling een beperkt aantal minuten kregen en patiënten met tientallen wisselende zorgverleners te maken hadden, met als gevolg dat de relatie tussen professionals en patiënten steeds anoniemer werd. Dat kon natuurlijk niet goed gaan, vertelt Aenne Werner:

'Toen ik net een jaar bij een grote thuiszorgorganisatie werkte, hadden we een echtpaar in zorg van wie de man medicijnen spaarde omdat de wijkverpleegkundige tegen hem had gezegd dat er geen ruimte was om nog meer zorg voor zijn dementerende vrouw te regelen. Hij had besloten dat hij haar en zichzelf met pillen van het leven zou beroven, omdat hij haar had beloofd bij haar te blijven totdat de dood hen zou scheiden. Toen de huisarts er bij toeval achter kwam wat hij van plan was, ging zij bellen en kreeg mij aan de telefoon. Ik kon niets doen omdat ik er niet naartoe mocht en de organisatie geen extra verzorging en huishoudelijke hulp voor deze mensen kon regelen. Toen wist ik dat er iets goed fout zat in de zorg.'

Twee typen wijkverpleegkundigen

Na de oprichting van Buurtzorg in 2006 besloten wijkverpleegkundigen zoals Aenne overal in het land in zelfsturende teams aan de slag te gaan om weer te doen waar ze goed in waren: kleinschalig werken, in nauw overleg met huisartsen en met als uitgangspunt dat de patiënt en de mensen in zijn omgeving centraal moeten staan in de zorg. Dat sprak zoveel verpleegkundigen aan en werd zo'n succes, dat de politiek de kracht van de wijkverpleging herontdekte en per 1 januari 2015 wijkverpleegkundigen de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling teruggaf.

Ook traditionele thuiszorgorganisaties besloten de wijkverpleegkundige de rol van 'spil in de wijk' terug te geven, al dan niet in zelfsturende teams. Bij hen hebben wijkverpleegkundigen vaak vooral coördinerende en coachende taken in teams met verpleegkundigen en verzorgenden op mbo-niveau. Zo werken wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bij Sensire in de Achterhoek samen in zelfsturende teams, en heeft Kruisvereniging West-Brabant het concept 'wijkzuster' ontwikkeld. In West-Brabant doen tegenwoordig hbo-verpleegkundigen voor hun teams de indicaties, maken zij de zorgplannen en overleggen ze met huisartsen, Wmo-ambtenaren, maatschappelijk werkers en andere disciplines. Vooral in complexe, medisch-technische situaties springen zij bij in de uitvoering van de zorg. De wijkzusters zijn in dienst van verschillende thuiszorgorganisaties die het concept hebben overgenomen, maar krijgen van de Kruisvereniging West-Brabant opleiding en supervisie.

Je kunt dus zeggen dat er inmiddels twee typen wijkverpleegkundigen zijn ontstaan: degenen die actief zijn in de zorgverlening en daarnaast verantwoordelijk zijn voor het reilen en zeilen van hun zelfsturende team, en degenen die in hun teams voornamelijk coördinerende, coachende en specialistische taken op zich nemen.

Wetgeving en financiering

Inmiddels zijn ook de wetgeving en financiering van de zorg op de schop gegaan. De AWBZ is afgeschaft en vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) moeten de gemeenten zorgen voor huishoudelijke hulp en allerlei vormen van maatschappelijke ondersteuning. Verpleging en verzorging thuis vallen tegenwoordig onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Daarmee lijkt de cirkel rond, want mensen betalen nu via hun zorgpremie voor de wijkverpleging, net zoals ze daarvoor ooit lid werden van een kruisvereniging. Het grote verschil is dat de kruisverenigingen geen commerciële verzekeringsbedrijven waren en diepe wortels in de lokale samenleving hadden. Aan het kweken van nieuwe wortels in de lokale samenleving moeten wijkverpleegkundigen nu een belangrijke bijdrage gaan leveren.

**Tip**

Meer over de geschiedenis van de wijkverpleging is te vinden op de website van het Florence Nightingale Instituut en in het boek *Zoevende zusters* (Florence Nightingale Instituut/STOOM, 2009). Over de loopbaan van Aart Pool en anderen in de wijkverpleging gaat het gratis te downloaden e-book *Zuster over de vloer*, geschreven door Eva Rensman en Leonie van der Schoor (2014) in opdracht van Stichting Else in Bunnik (www.stichting-else.nl).

1.2 Leren balanceren

Hoe het vak van de wijkverpleging in honderd jaar ook is veranderd, soepel kunnen bewegen tussen de belangen en wensen van het individu en zijn naasten en die van het zorgsysteem en de maatschappij is een vereiste voor de wijkverpleegkundige die haar beroep goed wil uitoefenen. Dat blijkt ook uit het volgende voorbeeld (Kunneman & Slob, 2009).

**Casus 2**

Een thuiszorgteam in een van de grote steden heeft drie kwartier geïndiceerde zorg per dag ter beschikking voor Karel, een alleenstaande oudere man. Karel is moeilijk in de omgang, stelt zich erg afhankelijk op, heeft verder nauwelijks sociale contacten en wordt als lastig ervaren door het team. Soms, als er aan het einde van de drie kwartier nog enkele minuten overblijven en Karel schoon gedoucht en goed verbonden aan tafel zit, begint hij over zijn leven en alle moeilijkheden die hij ervaren heeft. Die momenten van beginnende vertrouwelijkheid moeten echter wegens tijdgebrek steeds weer worden afgebroken. Omdat er onvoldoende formele gronden voor uitbreiding van de beschikbare tijd zijn, besluit het team buiten de leiding om per dag een aantal minuten op de tijd voor andere, 'makkelijkere' patiënten in te dikken. De gewonnen minuten worden besteed aan het verdiepen van het contact met Karel. Dit heeft ten slotte succes: Karel wordt gemakkelijker in de omgang, zijn wond geneest, hij wordt zelfstandiger en ze slagen er zelfs in hem 'naar buiten' te krijgen en contacten in het wijkcentrum op te bouwen. Na een halfjaar wordt deze clandestiene zorg in overleg met Karel afgebouwd.

Uit deze casus blijkt dat werken volgens een protocol of richtlijn onvoldoende is om iets voor deze patiënt te kunnen betekenen. Om mensen in zulke situaties echt te helpen is *normatieve professionaliteit* nodig: een opvatting van het vak waarin keuzes gebaseerd zijn op ideeën over wat een goede en slechte invulling en uitvoering van dat vak is. De vraag die deze casus ook oproept is of klinisch redeneren wel voldoende is voor goede zorg. Een beetje burgerlijke ongehoorzaamheid lijkt minstens zo belangrijk.

Het voortdurend maken van dit soort keuzes noemen wij *balanceren*, omdat de wijkverpleegkundige zich enerzijds helemaal aan de patiënt wijdt met al zijn rechten, problemen, vragen en behoeften. Goede zorg is een mensenrecht waarop iedereen een beroep kan doen en waarvoor iemand desnoods het Europees Hof voor de Rechten van de Mens kan inschakelen, stelt Ilya Soffer, directeur van Ieder(in) – een netwerk voor mensen met een beperking of een chronische ziekte – in *Onderwijs & Gezondheidszorg* (2015):

‘Wees je ervan bewust dat zelfbeschikking en meedoen in de maatschappij mensenrechten zijn. Daar sta ik voor in.’

Anderzijds wordt van de wijkverpleegkundige verwacht dat zij alles doet wat de zorgverzekeraar en de landelijke en de plaatselijke overheid willen, ook als dat in strijd is met wat de patiënt wil of nodig heeft, en ook al veranderen die wensen en eisen voortdurend. Voor wie moet de wijkverpleegkundige kiezen: voor de patiënt of voor het systeem?

Lang niet altijd is duidelijk of problemen in de zorgpraktijk moeten worden toegeschreven aan het individu of aan het systeem. Met als gevolg dat de ene keer het systeem of het beleid de schuld krijgt en de andere keer het individu: de patiënt, de mantelzorger of de hulpverlener. Daar schiet niemand iets mee op en vaak doet het meer kwaad dan goed.

Praktische wijsheid

Zoeken naar een evenwicht, zonder een meeloper te worden; dat is de kunst en een kunde. Misschien is dat wel *praktische wijsheid*. Die term gebruiken we omdat professionele classificatiesystemen vaak te weinig houvast geven voor concrete praktijksituaties. Het is niet eenvoudig om goed en tevreden te kunnen werken als je met wensen van de patiënt rekening wilt houden en vervolgens wordt geconfronteerd met allerlei modellen, protocollen en richtlijnen die elkaar niet versterken, maar die je dwingen steeds van denksysteem te wisselen. Vergelijk maar eens de rollen die de Canadian Medical Education Directions for Specialists beschrijft, de CanMEDS-rollen, met patiëntendossiers die een heel ander referentiekader hebben, vooral als je ook nog eens wordt geacht te denken volgens de NANDA/NIC/NOC (zie paragraaf 2.1) of de ICF (zie paragraaf 6.1) bij het stellen van verpleegkundige diagnoses en het bepalen van interventies. En als je voor de verantwoording weer een andere denklijn moet volgen terwijl de indicatie volgens weer andere regels is opgesteld. Maar dat dan uiteindelijk het gekozen e-systeem de doorslag geeft voor hoe gegevens worden vastgelegd. En dan hebben we nog niet eens een denkkader toegepast waarin de patiënt centraal staat.

Zowel afzonderlijke wijkverpleegkundige teams als de totale beroepsgroep hebben meer aan een zo eenduidig mogelijk kader dat door individuen én systemen wordt geaccepteerd. Daarom nemen we in dit boek als uitgangspunt dat wijkverpleegkundigen balanceren tussen zorg en zeggenschap en hebben we gezocht naar een integratie van een transitie- en adaptatietheorie met het OMAHA-systeem voor administratie en registratie. Klinisch redeneren wordt daarbij geconcretiseerd in *kritisch redeneren* en *motiverend handelen*.

Experimenten bij Buurtzorg hebben laten zien dat deze twee denklijnen elkaar versterken en volledig geautomatiseerd kunnen worden. Daardoor kan er gewerkt worden volgens een situatie-gebonden theorie (Meleis, 1996). Dat is belangrijk, omdat wijkverpleging alleen slaagt wanneer wijkverpleegkundigen steeds opnieuw hun werk goed kunnen afstemmen op de situatie van de patiënt en op het geldende beleid.

1.3 Over dit boek

Met het schrijven van dit boek willen wij ervoor zorgen dat studenten een goed beeld krijgen van de beroepspraktijk in de wijkverpleging en oog krijgen voor de uitdagingen die daarin liggen. Daarmee hopen we op de lange termijn ook iets te doen aan het dreigende tekort aan goed voorbereide wijkverpleegkundigen in een tijd waarin verpleegkundige zorg steeds meer in de thuissituatie gaat plaatsvinden.

We hebben uitdrukkelijk niet de pretentie dat we het politieke en beleidsmatige krachtenveld waarin wijkverpleegkundigen moeten opereren tot in detail kunnen beschrijven. Zelfs nu alles de afgelopen jaren opnieuw in wetgeving is vastgelegd, blijken regelingen voor de praktische uitvoering voortdurend te veranderen en ter discussie te staan. Vandaar ons dringende advies aan studenten om alert te blijven op nieuwe beleidsmatige ontwikkelingen, maar intussen een eigen professionele inhoudelijke koers te volgen.

Voor specifieke informatie over ziekte en ziekteverloop verwijzen wij naar de algemene vakliteratuur die daarover gaat. Wijkverpleegkundigen krijgen in hun werk te maken met mensen met de meest uiteenlopende aandoeningen waarover ze tijdens hun opleiding al kennis behoren te hebben opgedaan. Die kennis behoren ze bij te houden en ze moeten zich er zo nodig in bijscholen. In dit boek staan veel voorbeelden van ziekten die wijkverpleegkundigen in de praktijk tegenkomen en van de manier waarop mensen ermee omgaan, maar specifieke kennis over ziektebeelden valt buiten het bestek van dit boek.

We hebben dit boek geschreven voor hbo-studenten verpleegkunde die meer willen weten over de rol, het werk en de positie van de wijkverpleegkundige in de huidige maatschappij. Ook voor verpleegkundigen die later in hun loopbaan in de wijkverpleging terechtkomen is dit boek een goed middel om kennis te maken met het krachtenveld waarin ze dit vak gaan uitoefenen.

In het boek komen actuele thema's en levensechte voorbeelden aan de orde die stimuleren tot nadenken en tot het zoeken van verdere informatie en oplossingen.

Het boek sluit aan bij het profiel van de wijkverpleegkundige zoals V&VN en ZonMw (De Bont e.a., 2012) hebben beschreven. De ontwikkelingen in de beroepsgroep komen uitgebreid aan de orde.

Opbouw

Centraal in dit boek staat het Zorg en Zeggenschap-model. Na deze inleiding en de toelichting op dit model in het volgende hoofdstuk (samen deel I) wordt het hoofdthema van dit boek in drie delen uitgewerkt: de situatie, positie en problematiek van patiënt en mantelzorg waarmee de wijkverpleging te maken kan krijgen (deel II), de ontwikkelingen in het systeem van de gezondheidszorg en de beroepsgroep waarmee wijkverpleegkundigen rekening moeten houden (deel III), en het uitvoerende werk waarin de wijkverpleging de balans tussen de eisen van beide systemen moet zien te vinden (deel IV).

In elk hoofdstuk is casuïstiek opgenomen en worden per paragraaf conclusies getrokken. Op de bijbehorende website (www.wijkverpleging1edruk.nl) staan leerdoelen en opdrachten naar aanleiding van de casussen, zodat studenten aan de hand van concrete situaties kunnen leren hoe theorie en praktijk met elkaar zijn te verbinden.

Woordkeus

Omdat de overgrote meerderheid van de wijkverpleegkundigen vrouw is, verwijzen wij in de tekst van dit boek meestal naar de wijkverpleegkundige met 'zij' of 'haar'. Uiteraard kan daar ook 'hij' of 'zijn' van toepassing zijn.

Voor iemand met een ziekte gebruiken we bewust de term patiënt en niet het woord cliënt, omdat dat te veel lijkt op klant of consument, wat te veel het perspectief van zorgbedrijven, verzekeringsmaatschappijen en banken weerspiegelt. Gezondheid en zorg kun je niet kopen, ook al lijkt het daar in het publieke debat en de reclame soms wel op.

Met het woord patiënt geven we aan dat iemand door ziekte gedwongen is een beroep te doen op de gezondheidszorg. Dat we de term patiënt gebruiken betekent uitdrukkelijk niet dat we iemand reduceren tot zijn of haar ziekte. Integendeel, de persoon van de patiënt krijgt juist een prominente plek in dit boek, naast de persoon van de wijkverpleegkundige.