



ZorgPad

Oriëntatie op de gezondheidszorg

Onder redactie van Simone Ketelaars,
Anneke Ormel en Ank van de Wiel
Eerste druk

Noordhoff Health 

ZorgPad

Oriëntatie op de gezondheidszorg

ZorgPad

Oriëntatie op de gezondheidszorg

Auteurs

Judith Bleeker
Karlijn de Boer
Nette ten Brink
Angèle Dobber
Katja van Essen
Nicolien van Halem
Marjan van Rooyen
Peter Runhaar
Sandra Zijlstra

Onder redactie van

Simone Ketelaars
Anneke Ormel
Ank van de Wiel

Eerste druk, 2016

Noordhoff Uitgevers

Vormgeving omslag Nu Amsterdam, Amsterdam
Ontwerp binnenwerk G2K, Groningen/Amsterdam
Foto omslag Frank Muller/www.zorginbeeld.nl



© 2016 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without prior written permission of the publisher.

Met betrekking tot sommige teksten en/of illustratiemateriaal is het de uitgever, ondanks zorgvuldige inspanningen daartoe, niet gelukt eventuele rechthebbende(n) te achterhalen. Mocht u van mening zijn (auteurs)rechten te kunnen doen gelden op teksten en/of illustratiemateriaal in deze uitgave, dan verzoeken wij u contact op te nemen met de uitgever.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

ISBN (ebook) 978-90-01-87766-8
ISBN 978-90-01-87263-2
NUR 183
260793

Voorwoord

Oriëntatie op de gezondheidszorg is een van de vijf theorieboeken van ZorgPad voor het hoger beroepsonderwijs. Naast theorie biedt ZorgPad online interactieve vragen, casuïstiek, praktijksituaties, vaardigheden, video's van verpleegtechnische handelingen gebaseerd op de Vilans protocollen, kennis- en vaardigheidstoetsen en eindopdrachten. Kortom, alles wat je nodig hebt voor je opleiding.





ZorgPad is dé flexibele leeroplossing voor jouw opleiding tot hbo-verpleegkundige. Het lesmateriaal sluit volledig aan bij het opleidingsprofiel 'Bachelor Nursing 2020' en de bijbehorende 'Body of Knowledge & Skills' (BoKS). ZorgPad biedt een doorlopende leerlijn, aansluitend op de beroepspraktijk.

ZorgPad is opgebouwd uit verschillende thema's. Elk thema bevat diverse onderwerpen. Voor elk onderwerp is een 'leerpad' van kleine leereenheden samengesteld. Deze kleine leereenheden noemen we 'leerobjecten'. Voor een leerpad zijn de best passende leerobjecten gekozen aan de hand van drie pijlers: leerdoelen (kennis, inzicht, toepassing, gedrag) onderwerp en doelgroep. Zo ontstaat er een blended leeromgeving, waarin je als startende of ervaren zorgprofessional je kennis en vaardigheden kunt ontwikkelen én bijhouden.

Succes met je opleiding!

Het ZorgPad-team

Pictogrammen

-  Definitie
-  Tip
-  Voorbeeld
-  Verwijzing naar website

Inhoud

1 Organisatie van de gezondheidszorg 11

- 1.1 Medische zorg in de oudheid 12
- 1.2 Geschiedenis van de ziekenzorg 13
- 1.3 De organisatie van de gezondheidszorg 16
- 1.4 Doelen van zorg 23
- 1.5 Beroepsgroepen in de zorg 25
- 1.6 De organisatie van verpleegkundige zorg 29
- 1.7 Ontwikkelingen in de zorgsector 33

2 Visie op zorg 39

- 2.1 Het beroep van verpleegkundige 40
- 2.2 Wat is een visie? 44
- 2.3 Samenwerken vanuit een vernieuwde visie 46
- 2.4 Methodisch werken 50
- 2.5 Professionaliteit en kritische beroepshouding 58

3 Financiering 61

- 3.1 De rol van de overheid 62
- 3.2 Financiering van zorg 66
- 3.3 Werken binnen financiële kaders 69
- 3.4 Het zorgstelsel vanaf januari 2015 72
- 3.5 Consequenties voor het werk als verpleegkundige 81

4 Beroepsethiek 87

- 4.1 Moraal en ethiek, waarden en normen 88
- 4.2 Persoonlijke en professionele waarden en normen 91
- 4.3 Beroepsethiek 93
- 4.4 Ethische dilemma's in de zorg 94
- 4.5 De verpleegkundige rol bij ethische dilemma's 100
- 4.6 Methodieken bij ethische dilemma's 104

5 Patiëntveiligheid 113

- 5.1 Wat is patiëntveiligheid? 114
- 5.2 Patiëntveiligheid signaleren, meten en verbeteren 115
- 5.3 Veiligheidscultuur 122
- 5.4 Wetten en richtlijnen over veiligheid 125
- 5.5 Werken met protocollen in relatie tot veiligheid 130

6 Zorg en technologie 133

- 6.1 Zorgtechnologie in een snel veranderende samenleving 134
- 6.2 Technologie in de praktijk: e-health, domotica en robotica 136
- 6.3 Technologie en de zorgvrager 141
- 6.4 Technologie en de verpleegkundige 144
- 6.5 Ethische vragen 147
- 6.6 Technologie en wetgeving 149
- 6.7 De digitale toekomst 150

7 Branches in de zorg 155

- 7.1 Het algemeen ziekenhuis 156
- 7.2 Kraamzorg 162
- 7.3 Kinderen en jeugdigen 165
- 7.4 Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) 173
- 7.5 Gehandicaptenzorg 183
- 7.6 Geestelijke gezondheidszorg 189

8 Kennismaken met de doelgroep: ziekte en gezondheid 199

- 8.1 Gezond en ziek 200
- 8.2 Lichamelijke aspecten van gezondheid 201
- 8.3 Geestelijke aspecten van ziekte 211
- 8.4 Sociale aspecten van gezondheid 218
- 8.5 Gezondheid en zelfmanagement 221
- 8.6 Zelfmanagement en de veranderde rol van de zorgverlener 225

9 Kennismaken met de doelgroep: ontwikkelingsfasen 229

- 9.1 Ontwikkelingsfasen: van baby tot adolescent 230
- 9.2 Ontwikkelingsgebieden: lichamelijk, sociaal, emotioneel, taal en denken 242
- 9.3 Ontwikkelingsfasen: volwassenen 265
- 9.4 Ontwikkelingsfasen: ouderen 268
- 9.5 Gezondheidsproblemen bij de geriatrische zorgvrager 287

10 Kennismaken met de doelgroep: gedrag en gedragsproblemen 295

- 10.1 Gedragsproblemen 296
- 10.2 Behandeling van gedragsproblemen 300
- 10.3 Omgaan met gedragsproblemen 314

11 Kennismaken met de doelgroep: interculturele zorg 327

- 11.1 Wat is cultuur? 328
- 11.2 Bouwsteen van cultuur: etnische afkomst 332
- 11.3 Levensbeschouwing en levensbeschouwelijke stromingen 347
- 11.4 Interculturele zorg 357

Register 365

Verantwoording 369



1

Organisatie van de gezondheidszorg

- 1.1 Medische zorg in de oudheid 12
- 1.2 Geschiedenis van de ziekenzorg 13
- 1.3 De organisatie van de gezondheidszorg 16
- 1.4 Doelen van zorg 23
- 1.5 Beroepsgroepen in de zorg 25
- 1.6 De organisatie van verpleegkundige zorg 29
- 1.7 Ontwikkelingen in de zorgsector 33

Intro

Je krijgt in vogelvlucht een beeld van de geschiedenis van de gezondheidszorg. Hoe zagen de medische zorg en de ziekenzorg er vanaf de oudheid uit in Europa en daaromheen? Wie waren hiervan de grondleggers? En wat betekenen ze nu nog? Hoe is de Nederlandse gezondheidszorg ontstaan? Er zal daarna een overzicht worden gegeven van de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. We sluiten af met een vooruitblik op de nabije toekomst.

Nieuwbouw

Een verstandelijk gehandicapte werd eeuwen lang gezien als een gevaar voor de samenleving, als hofnar of als dorpsgek. Pas vanaf 1850 werd er aandacht besteed aan huisvesting en begeleiding van de 'zwakzinnige' gericht op welzijn en ontwikkeling. Men liep hierin met name in Zwitserland mee voorop, al werden deze mensen wel ver uit de maatschappij gehouden. Tegenwoordig is dit heel anders. Kijk maar eens naar dit voorbeeld: 'De Hartekamp Groep gaat nieuwbouw plegen voor bijna 320 cliënten van locatie de Hartekamp in Heemstede. Nieuwbouw is noodzakelijk, omdat de huidige huisvesting van cliënten niet meer voldoet aan wettelijke eisen en bepalingen. Daarnaast heeft de Hartekamp Groep zelf een aantal uitgangspunten voor de huisvesting van cliënten vastgesteld, die in deze nieuwbouw hun vorm gaan krijgen. Een voorbeeld hiervan is een maximale groeps-grootte van zes cliënten'.

Bron: www.hartekampgroep.nl

1.1 Medische zorg in de oudheid

In deze paragraaf wordt beschreven hoe in de Griekse oudheid en daarbuiten de geneeskunde zich ontwikkeld heeft.

In de oudheid was ziekenzorg vooral een taak van de familie en niet van de overheid. Ziekenzorg in de oudheid was dus vooral thuiszorg. Kruiden en planten werden als geneesmiddelen gebruikt. Kennis hierover was vaak alleen bekend bij bepaalde mensen.

Zieken werden naar heilige plaatsen gebracht. Zij wachtten daar op genezing door bidden en wonderen, maar kwamen niet om verpleegd te worden.

Uit de Romeinse tijd zijn wel soldatenhospitalen bekend. Oude slaven werden op een eiland werden achtergelaten om te sterven. Deze voorbeelden



Figuur 1 Het logo van de WHO.

laten goed zien dat het er vroeger heel anders aan toe ging in de medische zorg en ouderenzorg.

De Griekse mythologische god **Asklepios** heeft zijn naam gegeven aan het symbool van de geneeskunde. Men geloofde dat als men in een droom een slang zag, men zou genezen. Zodoende wordt Asklepios meestal afgebeeld met een staf waar een slang omheen kronkelt, de asklepiosstaf of **esculaap**. Dit is al sinds eeuwen het symbool voor artsen en apothekers en is ook verwerkt in het logo van de World Health Organization (WHO). De geboorteplaats van Asklepios, Epidouras, was dan ook een geliefd kuuroord (700 voor Chr.).

De Griekse arts **Hippocrates van Kos** wordt gezien als de vader van de geneeskunde. De Eed van Hippocrates (370 voor Chr.) wordt nog steeds wereldwijd door nieuwe artsen uitgesproken. Door het afleggen van deze eed zijn artsen gebonden aan de geheimhoudingsplicht, verklaren zij dat zij niemand kwaad zullen doen en beloven zij hun patiënten zo goed mogelijk te zullen helpen.

- ! **Hippocrates benadrukte het belang van hygiëne, zowel voor arts als patiënt, gezonde eet- en drinkgewoonten, frisse lucht en een natuurlijk verloop van processen in het lichaam. Deze ideeën zijn nog steeds relevant.**

Ook buiten Europa, in Azië en het islamitische Midden-Oosten, ontwikkelde de geneeskunde zich. In Perzië en India werden artsen opgeleid. Zij hielden zich bezig met anatomie, oogheelkunde, farmacologie en fysiologie. Bekende namen zijn **Rhazes** (1000) en **Avicenna** (1025). Rhazes gebruikte als eerste chirurg de verdovingsvloeistof ethanol. **Avicenna** schreef verschillende geneeskundige boekwerken die door velen, ook in Europa, werden bestudeerd, zelfs tot aan de zeventiende eeuw.

1.2 Geschiedenis van de ziekenzorg

Liefdadigheid vanuit de kerken en kloosters veranderde vanaf de zestiende eeuw langzamerhand in professionele ziekenzorg. Florence Nightingale zorgde voor een enorme professionele impuls in de zorg voor zieken. De periode van de twintigste eeuw tot aan vandaag kende opnieuw grote veranderingen. En ook nu en in de nabije toekomst zijn grote veranderingen op komst.

1 Liefdadigheid

Vanaf de oudheid tot ver in de twintigste eeuw was het verzorgen van zieken sterk verbonden met de kerk en **liefdadigheid**. Dit kwam onder andere tot uitdrukking in de namen die zorginstellingen nog steeds hebben. Denk maar aan de ziekenhuizen St. Franciscus-, St. Clara- of Diaconessenziekenhuis. Ook verpleeghuizen dragen nog de naam van heiligen, zoals St. Jacob en Mariaoord.

Ziekenzorg was in het verleden sterk verbonden met bijgeloof. Dit uitte zich in vreemde vormen van behandeling, zoals het slaan van de zieke, schedel lichten of bloed aftappen om de kwade geesten uit het lichaam te verdrijven.

Als je een geschiedenisboek over de ziekenzorg in Europa inkijkt, lees je vaak gruwelijke verhalen. Zo werden in de negentiende eeuw mensen met een lichamelijke handicap tentoongesteld op kermissen en jaarmarkten. Of

lagen psychiatrische patiënten jarenlang aan een ketting vastgebonden. Verder valt op dat een zieke vaak als onmondig werd beschouwd en alles uit handen werd genomen, terwijl dat niet altijd nodig was. Tot in de zeventiende eeuw bestond er geen opleiding voor de verpleegkunde. Fransman **Vincent de Paul**, priester en filantroop, bracht hier verandering in. Hij startte in 1633 de eerste opleiding voor 'zusters', hij noemde ze 'dochteren van liefde'. Verschillende zorginstellingen in Europa zijn naar hem genoemd.

2 Florence Nightingale

Pas in 1860 startte de sociale hervormster, statistica en verpleegkundige **Florence Nightingale** (1820-1910) in Engeland een opleiding voor verpleegkundigen waaraan toelatingseisen verbonden waren. Haar motto was: '**Verplegen** is de patiënt helpen om te leven. Verplegen vereist een georganiseerde praktische en wetenschappelijke opleiding, want de verpleegster is de geschoolde dienaar van de geneeskunde, chirurgie en hygiëne.' Florence Nightingale was ook de eerste die verplegen loskoppelde van liefdadigheid. Zij vond dat verplegen een beroep was, waarvoor je salaris diende te ontvangen. Ze deed ervaring op in de Turkse Krimoorlog, het Duitse Kaiserwerth (bij de **diaconessen**) en bij de zusters van St. Vincent de Paul in de buurt van Parijs. Florence Nightingale wordt vaak afgebeeld als 'the lady with the lamp'. De lamp gebruikte zij bij haar werk tijdens de Krimoorlog. Haar geboortedag 12 mei wordt door verpleegkundigen nog steeds gevierd als **Dag van de Verpleging**.

3 De twintigste eeuw

Vanaf de periode dat er voldoende geld beschikbaar was voor **professionele zorg**, werd er vaak te veel zorg verleend. In de jaren zestig was het niet ongewoon dat iemand van 70 jaar, die nog helemaal voor zichzelf kon zor-



Figuur 2 Florence Nightingale.

gen, een plaats kreeg in, zoals dat toen heette, een rusthuis. De redenering was dat oudere mensen mochten uitrusten van het harde werken en genieten van hun laatste levensjaren. Betrekkelijk gezonde ouderen werden zo totaal afhankelijk van de zorgverlening. Een gevolg hiervan was dat zij lichamelijk en geestelijk sneller achteruitgingen. Ook ging het contact met de jongere generatie verloren, omdat de ouderen allemaal bij elkaar woonden. Zij vervreemdden zo sneller van de samenleving.

Hetzelfde gebeurde in de instellingen voor mensen met een geestelijke, lichamelijke of verstandelijke handicap. Zij kregen onderdak in grote woonoorden die vaak prachtig in de bossen, maar ver van de bewoonde wereld, gebouwd werden. De gedachte hierachter was dat het gemakkelijk was voor de zorgverleners als alle voorzieningen op één terrein aanwezig waren. Degenen die verzorgd werden, zouden zich er thuis voelen met allemaal gelijken onder elkaar.

In de jaren zeventig breidde het aanbod van zorg zich verder uit. In de jaren tachtig moest door de economische achteruitgang ook in de zorgsector bezuinigd worden. De beleidsmakers vonden dat veel zorgvragers nog voldoende zelfredzaam waren en dat onafhankelijkheid hun gevoel van eigenwaarde verhoogde. De zorgvragers en hun familie werden daarom voortaan gestimuleerd om zo veel mogelijk zelf te doen. Deze nieuwe visie is tot op de dag van vandaag het uitgangspunt bij het verlenen van zorg. Bezuinigingen op de uitgaven van de gezondheidszorg geven de uitwerking van deze visie de laatste jaren een extra impuls.



Meer weten over de geschiedenis van de zorg? Kijk dan eens op de site van het Florence Nightingale Instituut: www.fni.nl.

Een overzicht van de geschiedenis van de zorg voor en steun aan mensen met verstandelijke beperkingen vind je op deze site: www.canonsociaalwerk.eu.

4 Anno nu en 2025

De huidige zorg vindt steeds vaker plaats in samenwerking met anderen, dicht bij de eigen omgeving van de zorgvrager. Voorbeelden hiervan zijn: dagbehandeling en nieuwe zorgvormen zoals ketenzorg en casemanagement. Er ontstaan ook steeds meer samenwerkingsverbanden over de muren van de instelling heen (**transmurale zorg**). De meeste mensen geven er de voorkeur aan om zo lang mogelijk thuis te blijven. Omdat de wens van de zorgvrager voor iedereen (overheid, zorgverzekeraars, zorgverleners) steeds het uitgangspunt is, wordt de zorg zo ingericht dat de ziekenhuisbehandeling zo kort mogelijk is en dat er veel meer mogelijk is in de thuissituatie. Veel behandelingen kunnen tegenwoordig dan ook thuis worden gegeven door de thuiszorg. Als de medisch-technische handeling voor de thuiszorg te ingewikkeld is, komt er iemand van de specialistische instelling bij de zorgvrager thuis.

De overheid stimuleert transmurale zorg ook omdat deze goedkoper is dan specialistische intramurale zorg. De gezondheidszorg kost veel geld en zorginstellingen moeten zo goedkoop mogelijk zorg verlenen, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Je kunt je voorstellen dat het veel duurder is om een zorgvrager in het ziekenhuis te behandelen dan thuis.

Een aantal van deze vernieuwingen is al zichtbaar:

- Op de kinderafdeling is het normaal geworden dat je als ouder bij je zieke kind kunt overnachten.
- In het verpleeghuis is een logeerkamer voor de familie vanzelfsprekend.
- De toe te dienen medicatie wordt gefotografeerd en via de smartphone gecontroleerd door een collega.
- De buurvrouw kookt de warme maaltijd, in plaats van dat deze gebracht wordt door de maaltijdvoorziening.
- Een afdeling van een verpleeghuis wordt gesloten, op het terrein wordt een kleinschalige woonvoorziening gebouwd.
- Het winkeltje in de zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten verdwijnt, de bewoners worden gestimuleerd om naar de buurtsuper te gaan.
- De oudere die veraf woont heeft via een 'tablet' contact met de verpleegkundige van de thuiszorg.



Wil je weten hoe de zorg en het beroep er in de toekomst uit zullen zien? Dat kun je lezen in het eerste hoofdstuk van het Beroepsprofiel Verpleegkundigen 2020: www.venvn.nl.

1.3

De organisatie van de gezondheidszorg

Om de zorg rondom een zorgvrager optimaal te kunnen coördineren, is het belangrijk om te begrijpen hoe de gezondheidszorg in elkaar zit. We leggen uit dat je de zorg op verschillende manieren kunt indelen: bijvoorbeeld naar de plaats waar de zorg verleend wordt (zorgsettings), maar ook naar doelen van zorg (cure, care en preventie). Verder geven we uitleg over de zorgsettings, de indeling in echelons en de 'ketens' waarin de zorg wordt verleend.

1 Zorgsettings

Een indeling in zorgsetting vindt plaats op basis van de plaats waar de zorg wordt verleend.

Deze indeling kent vier delen:

- 1 Intramurale gezondheidszorg: intramuraal betekent letterlijk 'binnen de muren'. Hiermee worden de muren van een (zorg)organisatie bedoeld. Intramurale zorg is de zorg die wordt gegeven aan een zorgvrager die in een (zorg)organisatie is opgenomen, bijvoorbeeld iemand die in het ziekenhuis ligt en wordt geopereerd.
- 2 Extramurale gezondheidszorg: extramuraal betekent letterlijk 'buiten de muren'. Dit wordt ook wel eerstelijnszorg genoemd. Extramurale zorg wordt verleend buiten een instelling. Het betreft meestal zorg die wordt verleend bij de zorgvrager thuis of in zijn directe omgeving.
- 3 Transmurale gezondheidszorg: transmuraal betekent letterlijk 'door de muren heen'. Transmurale zorg gaat ook door de muren heen, dat wil zeggen dat de zorginstellingen hun specialistische zorg verlenen bij de zorgvrager thuis.
- 4 Semimurale gezondheidszorg: semimuraal betekent letterlijk 'halfmuraal'. Semimurale zorg wordt verleend in een zorginstelling, maar zonder dat de zorgvrager daarvoor hoeft te worden opgenomen. Hij gaat na afloop van de behandeling weer naar huis.

Intramurale gezondheidszorg

Intramurale zorg is de zorg die binnen de muren van een zorginstelling wordt verleend. Deze zorg wordt ook wel **tweedelijnszorg** genoemd. De zorgvrager is opgenomen in een zorginstelling en kan dag en nacht op zorg rekenen.

De vier belangrijkste intramurale zorginstellingen zijn:

- ziekenhuis
- psychiatrisch ziekenhuis
- zorgcentrum/verpleeghuis
- instelling voor zorgvragers met een verstandelijke beperking

Ziekenhuis

Er zijn in Nederland ruim honderdtachtig ziekenhuizen. Deze zijn onder te verdelen in drie groepen.

Groep 1: Algemeen ziekenhuis

Een **algemeen ziekenhuis** is breed georiënteerd. Dat wil zeggen dat een algemeen ziekenhuis zorgvragers met veel verschillende zorgvragen kan helpen. Een ziekenhuis mag zich algemeen noemen als ten minste de volgende specialismen aanwezig zijn:

- chirurgie
- interne geneeskunde
- kindergeneeskunde
- gynaecologie
- obstetrie

Groep 2: Academisch ziekenhuis

Een **academisch ziekenhuis** is verbonden aan een universiteit. Behalve het behandelen, onderzoeken en verplegen van zorgvragers hebben deze ziekenhuizen de belangrijke taak om toekomstige artsen op te leiden. In een academisch ziekenhuis wordt ook veel onderzoek gedaan. Vergeleken met een algemeen ziekenhuis is een academisch ziekenhuis groter en is elk erkend specialisme er aanwezig.



Figuur 3 Het Brandwondencentrum is een voorbeeld van een categoriaal ziekenhuis.

Groep 3: Categoriële ziekenhuis

In Nederland zijn ongeveer veertig categorale ziekenhuizen. Een **categoriële ziekenhuis** richt zich op een bepaalde categorie zorgvragers. Voorbeelden van categorale ziekenhuizen zijn:

- revalidatiekliniek
- kinderkliniek
- hemodialysecentrum (nierdialyse)
- brandwondencentrum

Een **revalidatiekliniek** richt zich bijvoorbeeld op zorgvragers die door een ziekte of een ongeval lichaamsfuncties zijn kwijtgeraakt. In de revalidatiekliniek wordt door een uitgebreid behandelplan geprobeerd zo veel mogelijk functies weer terug te krijgen. De zorg die in deze klinieken wordt gegeven, is **multidisciplinair**: er werken verschillende disciplines met elkaar samen, bijvoorbeeld een revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, maatschappelijk werker, klinisch psycholoog en verpleegkundige.

Psychiatrisch ziekenhuis

In een **psychiatrisch ziekenhuis** worden mensen opgenomen die door een psychische ziekte niet voor zichzelf kunnen zorgen en een gevaar (kunnen) vormen voor zichzelf of hun omgeving. Een zorgvrager kan er vrijwillig worden opgenomen, maar in sommige gevallen kan het om een gedwongen opname gaan.

Omdat elke psychische ziekte anders is en om een individuele behandeling vraagt, valt een psychiatrisch ziekenhuis niet onder de groep categorale ziekenhuizen. De zorg in een psychiatrisch ziekenhuis is **therapeutisch-agogisch**. Dat wil zeggen dat zorgverleners ernaar streven het gedrag van zorgvragers te beïnvloeden. In een psychiatrisch ziekenhuis kom je heel andere behandelingen tegen dan in het ziekenhuis. Enkele voorbeelden van behandelingen in een psychiatrisch ziekenhuis zijn:

- psycho-educatie
- werken op een werkervaringsplaats
- gesprekstherapie
- creatieve therapie
- bewegingstherapie

Zorgcentrum/verpleeghuis

In een **zorgcentrum** kunnen zorgvragers gaan wonen die door ziekte, beperking of ouderdom niet meer zelfstandig kunnen leven, maar ook mensen die moeten revalideren na een zware ziekte of een ongeluk. De bewoners kunnen er hulp krijgen bij het wassen, naar bed gaan, aankleden en eten. In een **verpleeghuis** worden zorgvragers opgenomen die vanwege een **langdurige zorgvraag** niet meer in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. Deze zorgvragers hebben geen continue specialistische behandeling nodig, maar wel verpleging of verzorging in combinatie met verblijf.

De overheid stimuleert de huidige ontwikkeling van extramurale zorg. Dit betekent dat de zorg die voorheen in een verpleeghuis werd geleverd, vaker in de eigen woonomgeving van de zorgvrager zal worden geleverd. Het aantal intramurale 'bedden' is de afgelopen jaren daartoe drastisch ingekrompen.

Er zijn in het verpleeghuis verschillende categorieën zorgvragers te onderscheiden:

- **Psychogeriatric:** zorgvragers met psychogeriatriche stoornissen, soms in combinatie met lichamelijke klachten, die niet meer thuis kunnen wonen. Dit zijn vaak zorgvragers met cognitieve stoornissen, zoals geheugenproblemen en stemmings- en gedragsproblemen. Deze problemen kunnen zich voordoen in combinatie met een lichamelijke beperking of ziekte, waardoor de zorgvrager thuis niet meer verzorgd kan worden.
- **Somatiek:** zorgvragers die vanwege lichamelijke aandoeningen niet meer thuis kunnen blijven wonen.
- **Kortdurende opname:** zorgvragers die nog niet naar huis kunnen of wachten op een opname in het ziekenhuis.
- **Spoedopname:** zorgvragers die binnen 24 uur vanwege acute gezondheidsproblemen of het plotseling wegvallen van de noodzakelijke mantelzorg tijdelijk niet thuis kunnen zijn.
- **Somatische reactivering en revalidatie:** zorgvragers die na een operatie of een behandeling tijdelijk begeleiding, revalidatie en medische zorg nodig hebben.
- **Psychogeriatriche reactivering:** zorgvragers die meerdere psychische klachten en problemen hebben, krijgen hier behandeling, extra begeleiding en ondersteuning. Een opname duurt maximaal drie maanden.



Het **Centrum indicatiestelling zorg** (www.ciz.nl) bepaalt of iemand recht heeft op verblijfszorg, zoals geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz).

Instelling voor zorgvragers met een verstandelijke beperking

In een **instelling voor zorgvragers met een verstandelijke beperking** worden zorgvragers verpleegd die een tekort hebben aan **verstandelijke vermogens**. Dat wil zeggen dat ze verstandelijk niet functioneren op het niveau dat bij hun leeftijd past. De intramurale instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking bieden aan deze zorgvragers een woonvorm. De zorgvragers worden er begeleid en zo nodig verpleegd. Ze nemen deel aan verschillende therapieën, zoals spel- en bewegingstherapie. In de instelling zijn vaak ook school- en werkmogelijkheden. De zorg in deze instellingen is multidisciplinair. Er werken onder andere begeleiders, verpleegkundigen, verzorgenden, fysiotherapeuten, psychologen en artsen. Een groot aantal zorginstellingen is inmiddels gedeeltelijk overgegaan op alternatieve woonvormen, zoals **kleinschalige woonvoorzieningen** in steden en dorpen, vaak nog onder de vleugels van een grote organisatie. De verwachting is dat mensen met een handicap actiever worden en meer integreren in de samenleving. Dit is al enige jaren gaande.

Extramurale gezondheidszorg

Onder de **extramuraal zorg** valt de zorg die buiten de muren van een instelling wordt verleend. Deze zorg wordt ook wel eerstelijnszorg genoemd.

Huisarts

De **huisarts** is een centrale figuur in de eerste lijn en hij is vaak de eerste persoon aan wie de zorgvrager een medisch probleem voorlegt. Als de huisarts niet kan helpen, stuurt hij de zorgvrager door naar een specialist in het ziekenhuis of naar een andere hulpverlener.

Gezondheidscentrum

Een **gezondheidscentrum** is een samenwerkingsverband van verschillende beroepsbeoefenaren. Naast een huisarts werken er vaak een wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, verloskundige, fysiotherapeut en diëtist. De verschillende zorgverleners van een gezondheidscentrum werken samen als dat nodig is.

Thuiszorg

De **thuiszorg** is een andere belangrijke vorm van extramurale zorg. De meeste verpleegkundigen in de extramurale setting werken in de thuiszorg. De thuiszorg kan worden verdeeld in vier groepen:

- ouderenzorg
- kraamzorg
- ouder- en kindzorg
- psychiatrische zorg

De **thuiszorgorganisaties** biedt zorg en verpleging aan zorgvragers in hun eigen woonomgeving. Het gaat hierbij om lichamelijke verzorging en verpleging en psychosociale begeleiding.

De huishoudelijke verzorging en de ondersteuning van dagbesteding is sinds 2015 overgegaan in handen van de gemeente zoals geregeld in de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het stimuleren van de mantelzorg en het ondersteunen van de zelfredzaamheid van de zorgvrager krijgen veel aandacht in het zorgaanbod van thuiszorgorganisaties.

- ! Om voor thuiszorg in aanmerking te komen is wettelijk bepaald dat de zorgvrager recht moet hebben op deze vorm van zorg. De wijkverpleegkundige doet hiervoor een intakegesprek en geeft de indicatie (de toelating tot zorg) af.

Ambulante geestelijke gezondheidszorg

De **Ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ)** (voorheen Riagg) valt onder de extramurale zorg. De hulp van maatschappelijk werkers, psychologen en psychiaters kan bijvoorbeeld opname in een psychiatrisch zieken-



Figuur 4 De wijkverpleegkundige aan het werk.

huis voorkomen. Zorgvragers blijven in hun eigen woonomgeving en krijgen adequate hulp. Huisartsen verwijzen doorgaans naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Andere extramurale vormen van zorgverlening

Andere vormen van extramurale zorgverlening zijn:

- **Basisgezondheidszorg (Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD)).** Basisgezondheidszorg richt zich op collectieve preventie. Dat houdt in dat men probeert bij zo veel mogelijk mensen gezondheidsproblemen te voorkomen. Een voorziening die hieraan werkt, is de GGD. Bij de GGD werken veel verpleegkundigen die zich bezighouden met preventie van ziekten en aandoeningen.
- **Algemene preventie (GVO).** Bij algemene preventie gaat het om gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Verpleegkundigen die hier werken informeren mensen hoe ze het best kunnen leven om gezondheidsrisico's te vermijden.
- **Preventieve jeugdgezondheidszorg.** Preventieve jeugdgezondheidszorg richt zich op kinderen van 0 tot 18 jaar. Het **Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)** biedt zorg en begeleiding aan moeders in de zwangerschap, baby's, peuters, schoolkinderen, jongeren tot aan jongvolwassenen en hun ouders. Het zogenoemde consultatiebureau is hierin opgegaan.
- **Preventie van infectieziekten.** Bij preventie van infectieziekten trachten zorgverleners te voorkomen dat mensen uit risicogroepen bepaalde infecties krijgen. Denk maar aan het inenten van vakantiegangers tegen tropische ziekten of de preventie van geslachtsziekten bij mensen met wisselende seksuele contacten.

Transmurale zorg

Transmurale zorg is de zorg die wordt geboden door de voorzieningen en de deskundigheid van zowel eerste- als tweedelijnsinstellingen in te zetten in de thuissituatie. Op basis van duidelijke afspraken werken verschillende zorginstellingen samen. Een veelvoorkomende vorm van transmurale zorg is de samenwerking tussen het ziekenhuis (een specialistische intramurale instelling) en de thuiszorg (een generalistische extramurale instelling). Het doel van transmurale zorg is te voorkomen dat een zorgvrager in een specialistische instelling wordt opgenomen of ervoor te zorgen dat een zorgvrager zo snel mogelijk uit een specialistische instelling ontslagen kan worden. Door transmurale zorg kan in sommige gevallen de ligduur in het ziekenhuis aanzienlijk worden verkort.



Kortgeleden heeft de tachtigjarige meneer Madani bij een valpartij een gecompliceerde beenbreuk opgelopen. Vroeger zou hij geruime tijd in het ziekenhuis hebben moeten blijven. Nu laten de zorgverleners hem in een eerder stadium weer naar huis gaan. Dat vindt meneer Madani erg prettig: hij herstelt nu in zijn vertrouwde omgeving, met de hulp en aandacht van zijn vrouw en kinderen. De specialist uit het ziekenhuis zet de behandeling van meneer Madani voort in de thuissituatie. De huisarts is hier nauw bij betrokken en geeft alle belangrijke informatie door aan de specialist. De verpleging en verzorging worden overgenomen door verpleegkundigen van de thuiszorg, die elke dag langskomen.

Bij deze vorm van samenwerking tussen huisarts en specialist zijn beiden verantwoordelijk voor de behandeling van de zorgvrager. Het is heel belangrijk

dat er tussen alle disciplines duidelijke afspraken worden gemaakt over wie wat doet. Een goede coördinatie van zorg is onmisbaar bij transmurale zorgverlening. Alleen door een goede coördinatie kan continuïteit van zorg gegarandeerd worden.

Semimurale zorg

Zorgvragers die **semimurale zorg** ontvangen, maken gebruik van de voorzieningen van de intramurale gezondheidszorg, maar blijven daar niet 24 uur per etmaal. De meeste tijd verblijven zij in hun eigen woonsituatie. **Dagbehandeling** is een vorm van semimurale zorg. Dagbehandeling wordt soms ook wel **dagopvang** of **dagverpleging** genoemd. Overdag verblijft een zorgvrager dan bijvoorbeeld in een ziekenhuis, waar hij wordt behandeld.

's Avonds is hij weer thuis en kan hij in zijn eigen bed slapen.

Dagbehandeling vindt in veel instellingen plaats. Drie instellingen waarin dagbehandelingen plaatsvinden zijn:

- (psychiatrisch) ziekenhuis: In het ziekenhuis vinden steeds meer (kleine) ingrepen en behandelingen plaats via een dagopname. Het is dan niet nodig te worden opgenomen op een afdeling. Het is voldoende om een paar uurtjes ter observatie in het ziekenhuis te verblijven, bijvoorbeeld om bij te komen van de narcose. In een psychiatrisch ziekenhuis worden tijdens de dagopvang mensen behandeld met therapie en medicatie die tussen de behandelingen door zich zelfstandig thuis kunnen handhaven.
- verpleeghuis/zorgcentrum: Soms kan een opname in een verpleeghuis worden voorkomen doordat mensen gedurende de dag slechts een aantal uren gebruikmaken van voorzieningen van een verpleeghuis of een zorgcentrum. Voorbeelden hiervan zijn fysiotherapie, ergotherapie en activiteitenbegeleiding. Een voordeel hiervan is ook dat op deze manier mantelzorgers tijdelijk van hun taak worden ontlast.
- instelling voor mensen met een verstandelijke beperking: Om bijvoorbeeld een kind met een verstandelijke beperking een optimale behandeling te kunnen geven, verblijft het kind enige dagen per week in een instelling. Daar neemt het deel aan allerlei activiteiten, gericht op het welzijn van het kind en passend bij zijn verstandelijke vermogens. De dagbehandeling betekent ook dat de ouders tijdelijk worden ontlast.

2 Echelons in de zorg

Dwars door alle zorgsettings heen loopt de indeling in zogeheten echelons: het nulde, eerste, tweede en derde echelon. Het woord echelon wordt vaak vervangen door lijn. Dus nuldelijns-, eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg.

Basisechelon of nuldelijnszorg

Nuldelijnszorg of zorg in het **basisechelon** is de zorg die verleend wordt zonder tussenkomst van een professional. Er is geen hulpvraag aan een professional maar de zorg wordt verleend door vrijwilligers en mantelzorgers.

Eerste echelon of eerstelijnszorg

Bij **eerstelijnszorg** of zorg in het **eerste echelon** is er sprake van een directe hulpvraag aan een zorgprofessional, zonder tussenkomst van een huisarts of specialist. Denk aan de huisarts zelf, waar je rechtstreeks naar toe kunt gaan, de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut en de eerstelijnspsycholoog.

Tweede echelon of tweedelijnszorg

Zorg in het **tweede echelon** of **tweedelijnszorg** is alleen toegankelijk na verwijzing door de huisarts. Er is sprake van (verregeaande) specialisatie, die verder gaat dan de kennis en vaardigheden van de huisarts. Zorg in de tweede lijn wordt verleend door semimurale- en intramurale zorginstellingen.

Derde echelon of derdelijnszorg

Als de andere echelons ontoereikend zijn gebleken is er in sommige gevallen nog de mogelijkheid voor een super-specialisatie, het **derde echelon** of de **derdelijnszorg**. Hierbij kun je denken aan een specialistische behandeling bij kanker of onvruchtbaarheid. Een zorgvrager komt hier na doorverwijzing van een specialist uit de tweede lijn. Deze zorg wordt ook wel super-gespecialiseerde zorg genoemd.

3 Ketenzorg

Het begrip ketenzorg is relatief nieuw. **Ketenzorg** geeft aan dat er integraal wordt samengewerkt tussen verschillende aanbieders van zorg, welzijn en wonen, binnen verschillende echelons. Het gaat verder dan samenwerken, zoals bij transmurale zorg. De behoefte van de zorgvrager staan centraal. Daaromheen wordt de zorg georganiseerd, niet in een gebouw of door een zorginstelling, maar in samenwerking met verschillende organisaties én op de plaats waar de zorgvrager zich bevindt.

Voorbeelden van ketenzorg zijn Ketenzorg Dementie en Ketenzorg Diabetes. Binnen de keten spreken alle zorgprofessionals af dat zij bij de zorg aan deze zorgvrager naar elkaar doorverwijzen, elkaar raadplegen en samenwerken. Denk hierbij aan de hele keten van vroege opsporing, preventie, diagnostiek en behandeling. De kwaliteit van zorgverlening gaat omhoog als zorgverleners hierin nauw samenwerken en goed aansluiten in plaats van (vaak onbedoeld) tegenwerken. Uitgangspunt is de vraag van de zorgvrager; hij heeft de regie zo veel mogelijk in eigen hand. De zorg wordt vaak wel gecoördineerd door een professional, in veel gevallen is er een verpleegkundige aangesteld als casemanager.



Het landelijke Kenniscentrum voor Ketenzorg werkt aan continue kwaliteitsverbetering van diverse ketens binnen de zorg aan chronisch zieken. Zie www.kenniscentrumketenzorg.nl.

1.4 Doelen van zorg

De begrippen cure en care zijn gekoppeld aan sectoren of branches die men in de gezondheidszorg onderscheidt. Globaal gezien kun je doelen voor de zorg definiëren: is de zorg gericht op genezen (cure), op zorgen (care) of op het voorkomen van ziekte of het verminderen van symptomen (preventie)?

1 Cure, care en preventie

Cure is het Engelse woord voor genezing, behandeling en is gericht op onderzoek en behandeling. De cure vindt het meest plaats in ziekenhuizen. Dit kunnen algemene ziekenhuizen zijn, maar ook academische en meer gespecialiseerde ziekenhuizen, zoals een revalidatiecentrum.

Voorbeelden van onderzoek zijn het uitvoeren van diagnostische onderzoeken (laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, CT-scan enzovoort).

Behandelingen vinden meestal plaats in het ziekenhuis, met verblijf (intramuraal), maar ook steeds vaker semimuraal. Hierbij gaat de zorgvrager

direct na de dagbehandeling weer naar huis. Dit wordt ook wel 'kort verblijf' of 'short stay' genoemd.

Care is het Engelse woord voor zorg en richt zich op de tijdelijke ondersteuning, de langdurige zorg en op de ondersteuning van de kwaliteit van leven. De caresector is enorm groot in Nederland. Hieronder vallen verpleeg- en verzorgingshuizen (nu meestal zorgcentra genoemd) en thuiszorg (VVT genaamd), verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), instellingen voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten (GHZ) en hospices voor palliatieve zorg voor mensen die gaan sterven.

Preventie richt zich op het voorkómen van ziekte of op verergering daarvan, of op vroegtijdige opsporing. Het kan gaan om gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering of ziektepreventie.

Bij **gezondheidsbescherming** gaat het om een gezond en veilig leefklimaat. De overheid neemt maatregelen zonder rechtstreekse betrokkenheid van de burgers. Je kunt denken aan het onderhoud van de riolering, bewaken van de luchtkwaliteit, afvalverwijdering, verkeersveiligheid en voedselveiligheid. Bij **gezondheidsbevordering** kun je denken aan het beïnvloeden van de fysieke en maatschappelijke omgeving en de leefwijzen van individuen en groepen, zoals arbeidsomstandigheden en preventie van psychische aandoeningen. Bij **ziektepreventie** gaat het om maatregelen specifiek gericht op het voorkómen van gezondheidsproblemen. Vaccinaties, screening en preventieve medicatie (zoals tabletten tegen hoge bloeddruk) zijn hier voorbeelden van.

Ziektepreventie kent drie vormen:

- 1 **Primaire preventie:** maatregelen om ziekten en aandoeningen te voorkómen. Bijvoorbeeld: landelijke campagnes over geen alcohol voor je 18e.
- 2 **Secundaire preventie:** vroegtijdige opsporing van ziekte om te kunnen behandelen en daardoor de schade te beperken. De hielpriek bij baby's is daar een voorbeeld van.
- 3 **Tertiaire preventie:** maatregelen om verergering van de ziekte te voorkomen en de nadelige gevolgen te verminderen. Denk aan het goed instellen van insuline om oogschade bij een zorgvrager met diabetes te voorkomen of te verminderen.

Er wordt ook vaak gesproken over een indeling universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Deze vormen van preventie richten zich ook op het gezonde deel van de samenleving:

- 1 **Universele preventie:** richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Bijvoorbeeld: informatie van het Voedingscentrum over gezonde voeding. Vergelijkbaar met primaire preventie.
- 2 **Selectieve preventie:** voorlichting gericht zich op risicogroepen in de bevolking. Bijvoorbeeld: informatie aan jongeren over veilig condoomgebruik.
- 3 **Geïndiceerde preventie:** gericht op mensen zonder vastgestelde ziekte, maar wel risicofactoren of symptomen vertonen. Bijvoorbeeld: een beweegkuur voor mensen met ernstig overgewicht.
- 4 **Zorggerelateerde preventie:** richt zich op mensen met een ziekte of gezondheidsproblemen. Bijvoorbeeld: leefstijladviezen aan longpatiënten. Vergelijkbaar met tertiaire preventie.

1.5 Beroepsgroepen in de zorg

Het beroep van verpleegkundige kent een grote variatie in werkgebieden. Na de basisopleiding verpleegkundige niveau 4 of HBO-V niveau 5 liggen er vele werkvelden voor je open. Binnen die werkvelden zijn er talloze specialisaties. Wie zijn die collega-verpleegkundigen?

Daarnaast werk je als verpleegkundige samen met veel collega's van andere disciplines. Wie zijn die collega-zorgverleners? Zij komen aan het einde van de paragraaf 'Beroepsgroepen in de zorg' aan bod.

1 Collega-verpleegkundigen

Als verpleegkundige kun je werken in een ziekenhuis, in een verpleeghuis of zorgcentrum, de thuiszorg, in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of in de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast kun je binnen de maatschappelijke gezondheidszorg werkzaam zijn als sociaal verpleegkundige, als praktijkverpleegkundige (in de huisartsenpraktijk), als transferverpleegkundige (tussen ziekenhuis en thuiszorg in) en als Arbo-verpleegkundige. We geven een overzicht van de meestvoorkomende branches, het werk dat de verpleegkundige daar doet en een aantal specialisaties en vervolgopleidingen. Al zijn de voorbeelden niet compleet, het geeft een beeld van de mogelijke beroepen in de verpleegkunde.

Vulgoopleidingen kunnen op verschillende niveaus gevolgd worden:

- interne ziekenhuisopleiding (zoals de Intensive Care-opleiding)
- **post-HBO** (zoals palliatieve zorg verpleegkundige)
- **HBO-Bachelor** (zoals de SPV en POH)
- **HBO-Master** (verpleegkundige specialist)

Deze opleidingen werken vanuit landelijke beroepsprofielen.



Figuur 5 Collega-verpleegkundigen.

Ziekenhuis

Als verpleegkundige in het ziekenhuis kun je werkzaam zijn op een:

- verpleegafdeling
- gespecialiseerde afdeling
- afdeling voor dagbehandeling
- afdeling voor intensieve klinische zorg

Je werkt met verschillende categorieën zorgvragers van alle leeftijden, met een verscheidenheid aan klinische en/of psychosociale problemen, die verschillende ingrepen, therapieën, behandelingen of onderzoeken ondergaan.

De specialisaties liggen op het gebied van de acute zorg en van de chronische, intensieve zorg. Mogelijke specialisaties zijn:

- Acute zorg
 - Intensive Care verpleegkundige
 - Cardio Care verpleegkundige
 - Spoedeisende hulp verpleegkundige
 - Recovery verpleegkundige
 - Neonatologie verpleegkundige
- Intensieve zorg
 - Kinderverpleegkundige
 - Dialyseverpleegkundige
 - Gynaecologie-/obstetrie verpleegkundige
 - Oncologieverpleegkundige
 - Stomaverpleegkundige
 - Researchverpleegkundige
 - Transferverpleegkundige

Revalidatie-instelling

Als verpleegkundige in een revalidatie-instelling kun je werkzaam zijn op een:

- verpleegafdeling
- gespecialiseerde afdeling
- afdeling voor dagbehandeling

Omdat revalidatiezorg altijd een multidisciplinaire aanpak vereist, werk je samen met een vast team van behandelaars: artsen, fysiotherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers enzovoort. Rondom een specifiek probleem is vaak een cluster of team van mensen samengesteld, zoals een cluster neurologie en een team hand-revalidatie of een team CVA. Mogelijke specialisaties:

- Revalidatieverpleegkundige
- Geriatrie-revalidatieverpleegkundige
- Neuroverpleegkundige

VVT

Als verpleegkundige in het verpleeghuis, verzorgingshuis en thuiszorg (VVT) werk je met verschillende zorgcategorieën:

- chronisch zieken
- revaliderenden
- (kwetsbare) ouderen met meerdere (chronische) somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen, ziektes en/of psychosociale problemen

Het werken met deze zorgvragers vindt plaats in verschillende zorgsettings, zoals een verpleeghuis, zorgcentrum, thuissituatie, hospice voor palliatieve zorg, kleinschalige woonvorm of in een woonzorgcombinatie. Mogelijke specialisaties zijn:

- Gerontologie en geriatrie verpleegkundige
- Wondverpleegkundige
- Wijkverpleegkundige
- Palliatieve zorg verpleegkundige

MGZ

Als verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg (MGZ) werk je met zieke en met gezonde mensen. Maatschappelijke gezondheidszorg is de 'oude' benaming voor het werkveld van de wijkverpleegkundige. De positie van de wijkverpleegkundige wordt de komende jaren verder versterkt, waardoor de MGZ als werkveld, naast de thuiszorg, opnieuw een belangrijke plaats krijgt. Je kunt werken in de thuiszorg, maar ook in de 'maatschappij', zoals het bedrijfsleven of de GGD. Denk maar aan infectiebestrijding (zoals tbc en soa's), de jeugdgezondheidszorg, sociale wijkteams, arbodienst of asielzoekerscentrum waar je als verpleegkundige werkzaam kunt zijn.

Mogelijke specialisaties:

- Wijkverpleegkundige in de thuiszorg
- Sociaal verpleegkundige bij de GGD
- Jeugdverpleegkundige
- Arbo-verpleegkundige
- Praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk

GHZ

Als verpleegkundige in de gehandicaptenzorg (GHZ) kun je werken met zorgvragers met:

- lichamelijke beperkingen
- verstandelijke beperkingen
- zintuiglijke beperkingen
- meervoudige beperkingen

Het werken met deze zorgvragers vindt plaats in de ambulante zorg, zelfstandige woonvormen (leefeenheden) dan wel bij ouders of verzorgers thuis, kleinschalige woonvormen, instellingen voor zorg voor mensen met een beperking, dagbestedingsprojecten of een combinatie daarvan.

Mogelijke specialisaties:

- Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV)
- Praktijkondersteuner in de verstandelijkgehandicaptenzorg in de huisartsenpraktijk in de GGZ (POH-VGZ)

GGZ

Als verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg GGZ werk je met zorgvragers:

- van alle leeftijden
- met complexe psychosociale, psychiatrische stoornissen
- met een verslaving

Het werken met deze zorgvragers vindt plaats in intra-, trans- en extramuraal settings, zoals geïntegreerde GGZ-instellingen, Regionale Instellingen

voor Beschermende Woonvormen (RIBW), instellingen voor verslavingszorg, instellingen voor forensische psychiatrie, een thuissituatie of een combinatie hiervan.

Mogelijke specialisaties:

- Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV)
- Praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk in de GGZ (POH-GGZ)

Verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist is een hbo-masteropleiding, ook wel **Advanced Nursing Practice (ANP)** genaamd. Een verpleegkundige specialist werkt op het snijvlak van de verpleegkunde (care) en de geneeskunde (cure). De werkzaamheden zijn onder meer: zelfstandig spreekuur houden, verrichten van medische handelingen, onder voorwaarden medicatie voorschrijven, voorlichting geven en zorgcoördinatie. De verpleegkundige werkt soms ook onder de naam 'nurse practitioner'.

Ze is werkzaam in:

- ziekenhuizen
- verpleeghuizen
- huisartsenpraktijken
- thuiszorg
- GGZ

2 Collega-zorgverleners

Als verpleegkundige ben je een onderdeel van een hele keten rondom de zorgvrager. Behalve mensen uit zijn netwerk (familie, mantelzorgers, vrijwilligers) heb je te maken met collega-zorgverleners. Als je weet wie dat zijn en wat ze doen, is het makkelijker samenwerken. In de tabel 'Zorgverleners, werk en werkgebied' een overzicht van de meestvoorkomende zorgverleners, op alfabet, met daarbij een korte omschrijving van hun werk en waar ze werkzaam zijn: in de cure of care of beide.

Zorgverleners, werk en werkgebied

Zorgverlener	Werk	Cure	Care
Activiteitenbegeleider	Organiseren en begeleiden van activiteiten voor verschillende specifieke doelgroepen, zowel individueel als in groepsverband.		x
Diëtist	Adviseren van gezond eetgedrag.		x
Ergotherapeut	Adviseren en voorzien in materiële aanpassingen bij mensen met lichamelijke beperkingen.		x
Fysiotherapeut/ Oefentherapeut	Behandelen en begeleiden bij de lichamelijk functioneren/ motoriek/houding.	x	x
Huidtherapeut	Behandelen van huidaandoeningen.	x	
Huisarts	Behandelen, adviseren en preventie van minder complexe lichamelijke en psychosociale problemen.	x	x
Logopedist	Behandelen en preventie van problemen met spreken en begrijpen van taal.	x	x
Maatschappelijk werker	Adviseren en begeleiden van mensen met psychosociale problemen.		x

Zorgverlener	Werk	Cure	Care
Medisch specialist	Behandelen van medische problemen van een specifiek lichamelijk probleem.	x	
Mondhygiënist	Adviseren en preventief behandelen van tandvlees- en gebitsproblemen.		x
Optometrist	Uitvoeren van oogmetingen.		
(Ortho)pedagoog	Begeleiden en behandelen van kinderen (pedagoog) en verstandelijk gehandicapten (orthopedagoog) en ouders/opvoeders bij opvoedings- en ontwikkelingsvragen.	x	x
Podotherapeut	Behandelen en voorkomen van voetklachten.	x	x
Psychiater	Behandelen van psychiatrische problemen.	x	
Psychotherapeut/ GZ-psycholoog	Diagnosticeren en behandelen van psychische problemen.	x	x
Radiodiagnostisch laborant	Toepassen van radiologisch onderzoek voor diagnose.	x	
Specialist ouderengeneeskunde	Behandelen van geriatrische zorgvrager in het verpleeghuis.	x	x
Tandarts	Behandelen en preventie van gebitsproblemen.	x	x
Thuiszorgmedewerker	Huishoudelijke zorg verlenen bij mensen thuis.		x
Verloskundige	Begeleiden van de zwangerschap, bevalling en kraambed.		x
Verzorgende(-IG)	Verzorgen en begeleiden van zorgvragers, ondersteunen bij zelfredzaamheid.	x	

1.6 De organisatie van verpleegkundige zorg

In de instellingen in de gezondheidszorg wordt gewerkt met verschillende verpleegkundige organisatiesystemen. Deze systemen zijn in de loop der jaren ontwikkeld om de zorg rondom een zorgvrager zo optimaal mogelijk te kunnen organiseren. Het werken met een organisatiesysteem draagt bij aan een goede coördinatie en continuïteit van zorg.

1 Taakgerichte verpleging

Als je tijdens het werk gericht bent op het uitvoeren van specifieke taken noem je dat **taakgerichte verpleging**. In plaats van dat de zorg rondom de zorgvrager centraal staat, staat een bepaalde taak centraal. Een voorbeeld van een taak die in een zorginstelling vaak door een verpleegkundige voor de hele afdeling wordt uitgevoerd is het klaarmaken en delen van medicatie. En dus niet: elke zorgverlener zorgt voor de medicatie van de zorgvrager die hij onder zijn hoede heeft.

In sommige gevallen is dit een bewuste keuze, in andere gevallen is het gevolg van een personeelstekort. Andere redenen kunnen zijn de kosten en het werken met verschillende deskundigheidsniveaus. De verpleegkundigen van de afdeling zijn dan verantwoordelijk voor de taken coördinatie en de continuïteit van de zorg. Andere zorgverleners, verzorgenden-IG bijvoorbeeld,

zijn verantwoordelijk voor de verzorgende en verpleegtechnische handelingen, zoals het wassen van de zorgvrager of het geven van sondevoeding. Iedereen heeft zijn eigen taak. Dat geeft duidelijkheid en iedereen is op de hoogte van zijn eigen verantwoordelijkheid.

- ! Wist je dat in de thuiszorg het intakegesprek vaak gevoerd wordt door een wijkverpleegkundige, die ook de zorgbehoefte bepaalt? De verpleegkundige verricht de verpleegtechnische handelingen en de verzorgende verricht de basiszorg bij de zorgvrager thuis. Een huishoudelijk medewerker wordt ingehuurd door de gemeente en neemt de huishoudelijke zorg voor haar rekening.

Een nadeel van taakgerichte verpleging is dat de zorgvrager steeds andere gezichten ziet en niet weet tot wie hij zich moet wenden met vragen. Ook komt het voor dat de ene zorgverlener niet op de hoogte is van wat de andere zorgverlener doet, waardoor er zorgaspecten over het hoofd worden gezien.

2 Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundig Systeem (EVV-schap)

Kenmerkend voor het **Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundig Systeem** (EVV-schap) is dat één bepaalde verpleegkundige verantwoordelijk is voor de **totale zorg** van een zorgvrager, zolang deze op de afdeling verblijft. Deze verpleegkundige noemt men **EVV**. Zij is verantwoordelijk voor de coördinatie en de continuïteit van zorg. Een verpleegkundige kan verantwoordelijk zijn voor verschillende zorgvragers tegelijkertijd.

Doordat de EVV gekoppeld is aan de zorgvrager, zal een andere zorgverlener de zorg voor de zorgvrager overnemen op de momenten dat de EVV niet aanwezig is. De EVV is dan verantwoordelijk voor een goede overdracht.

Een nadeel is dat het soms moeilijk te plannen valt wie de zorg overneemt. Als de EVV parttime werkt, moet de zorg soms voor langere tijd worden overgenomen. Een mogelijke oplossing is een plaatsvervangende EVV aan te stellen. Als er op een afdeling veel parttimers werken, moet er vaak worden overgedragen aan verschillende verpleegkundigen. Dit **organisatiesysteem** is daardoor niet altijd gemakkelijk werkbaar.

Als er op een afdeling met **functiedifferentiatie** wordt gewerkt, hebben niet alle zorgverleners hetzelfde deskundigheidsniveau. Dit betekent dat niet alle zorgverleners de totale zorg mogen uitvoeren. Denk aan een zorgverlener die geen infuus mag verwisselen. Deze zorgverleners kunnen dan geen EVV zijn van een zorgvrager met een infuus.

De EVV kan dus alleen een zorgverlener zijn die de totale zorg aan een zorgvrager kan en mag verlenen. Om deze reden is de EVV vaak een verpleegkundige. Zij coördineert de totale zorg en de andere zorgverleners voeren gedeelten van de zorg uit. De EVV blijft verantwoordelijk voor de totale zorg. Veel verpleegkundigen vinden het een voordeel om verantwoordelijk te zijn voor de totale zorg rondom opname, verblijf en ontslag van de zorgvrager. Het geeft een verdieping aan het werk en een grotere betrokkenheid bij de zorgvrager. De zorgvrager zelf ervaart dit systeem als plezierig, omdat hij precies weet welke verpleegkundige hij als aanspreekpunt heeft. Om verwarring te voorkomen, moet het systeem wel bij het begin van de opname goed aan de zorgvrager worden uitgelegd.

De taak van de teamleider of het afdelingshoofd bij deze organisatievorm is vooral gericht op het scheppen van de juiste randvoorwaarden, het ondersteunen van de EVV en de meso-organisatie. 'Meso' verwijst hier naar de instelling, dus de organisatie op instellingsniveau.

3 Teamverpleging

Kenmerkend voor **teamverpleging** is dat een groep zorgvragers (een deel van de afdeling) gekoppeld wordt aan een team van verpleegkundigen. Dit team voert samen de zorg uit van deze groep zorgvragers. Aan het hoofd van zo'n team staat vaak een **teamleider** die de eindverantwoordelijkheid heeft en de zorg naar de overige leden van het team delegeert. De teamleider is meestal een verpleegkundige. Binnen het team wordt afgesproken op welke manier de zorg wordt uitgevoerd. Er kan gekozen worden voor een **patiëntgerichte zorg**, waarbij bepaalde zorgverleners zo veel mogelijk dezelfde zorgvragers verzorgen. Het kan ook zijn dat er gekozen wordt voor een meer **taakgerichte zorg**. Dan meet bijvoorbeeld één verpleegkundige de vitale functies van de hele groep zorgvragers.

Een nadeel van teamverpleging kan zijn dat er planningsproblemen ontstaan als er veel zorgverleners uit het team tegelijk ziek zijn. Ook kan de werkdruk van het ene team tijdelijk veel hoger liggen dan die van het andere team.

In beide gevallen moeten zorgverleners uit andere teams inspringen, maar deze zijn veel minder bekend met de zorgvragers. Een ander nadeel kan zijn dat een team een afdeling op zichzelf gaat vormen, met een geheel eigen manier van werken. Hierdoor vormt de totale afdeling geen geheel meer en dit kan ten koste gaan van de samenwerking.

In een team kunnen zorgverleners van een verschillend deskundigheidsniveau werken. Teamleden kunnen op elkaars deskundigheid terugvallen. Binnen een team kunnen diensten gemakkelijk van elkaar worden overgenomen.

De zorgvrager ervaart deze organisatievorm als plezierig, omdat hij steeds dezelfde gezichten ziet. Dit is goed voor de continuïteit van zorg.

Het afdelingshoofd of de zorgmanager is verantwoordelijk voor het samenstellen van de teams, het standaardiseren van de zorg op de afdeling en de organisatie.

4 Nieuwe vormen: FACT, casemanagement en zelfsturende teams

De gezondheidszorg verandert en de zorgvragers en de zorgprofessionals bewegen mee. We lichten drie vernieuwende vormen van organisatie van zorg eruit: FACT en casemanagement en zelfsturende teams. We kiezen juist deze, omdat verpleegkundigen daar een belangrijke rol in spelen.

FACT

FACT staat voor **Flexibele Assertive Community Treatment**. Dit model gaat uit van een samenwerkend team van zorgprofessionals rondom een specifieke zorgvrager, namelijk de GGZ-patiënt.

Het model is ontwikkeld in de Verenigde Staten van Amerika en aantoonbaar werkzaam (**evidence based**). Doel van ACT is het verbeteren van de kwaliteit van leven van een specifieke doelgroep, namelijk 'de moeilijkste 20% van de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen', vaak in combinatie met verslaving en ingewikkelde maatschappelijke problemen. Omdat de methodiek inmiddels succesvol is gebleken, is de doelgroep uitgebreid naar een meer stabiele patiëntengroep in de GGZ. De F van flexibel is een Nederlandse toevoeging, waarmee aangegeven wordt dat de methodiek voor een grotere doelgroep bruikbaar is.

Behandeling van FACT is gericht op het verminderen van de symptomen en leren omgaan met de aandoening. Begeleiding kan zich richten op alle levensdomeinen.

Kenmerkend van de methodiek is dat de teams multidisciplinair zijn samengesteld en dat elk teamlid erop gericht is om te ondersteunen bij de vaak complexe problematiek van de zorgvrager. De teamleden zorgen voor continuïteit van zorg, ze laten geen 'gaten' in de zorg vallen en daarbij maken ze gebruik van de ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager zelf. Hij maakt deel uit van het team. Ze werken 'out-reaching.' Ze gaan er zelf op uit om de zorgvrager op te zoeken en te begeleiden. De benaming 'zorgvrager' past eigenlijk niet bij deze methodiek. Ook als er geen zorg gevraagd wordt, zijn de teamleden proactief en actief, ook in praktische zaken. In veel steden in Nederland is dankzij FACT de afgelopen jaren de problematiek van dak- en thuislozen afgenomen.

Leden van een FACT-team

- (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundige (SPV)
- psychiater
- psycholoog
- maatschappelijk werker
- IPS-trajectbegeleider
- casemanager
- professional in het team met verslavings- en rehabilitatiedeskundigheid
- ervaringsdeskundige

Casemanagement

Als de zorg complexer wordt en er multidisciplinair moet worden samengewerkt, is het efficiënt om de coördinatie in handen te leggen van een casemanager. Een casemanager fungeert als centrale zorgverlener. In de meeste gevallen is dit een verpleegkundige in de functie van transferverpleegkundige, praktijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige.

In verschillende branches zijn casemanagers actief. Casemanagers zijn bijvoorbeeld werkzaam in de Ketenzorg Dementie, Casemanagement FACT in de GGZ en Casemanagement voor de oncologiepatiënt.

Een casemanager laat alle partijen goed met elkaar samenwerken. Hij kan rondom een zorgvrager het hele traject begeleiden. Hij is daarbij het aanspreekpunt voor de zorgvrager en voor de deelnemende professionals en instellingen. De inzet van een casemanager voorkomt dat zorgvragers soms onnodig worden opgenomen. Dit is een enorme kostenbesparing.

Er zijn diverse post-hbo-opleidingen voor casemanager.

Zelfsturende teams

Kenmerkend voor een zelfsturend team is dat het team alle taken vervult zonder tussenkomst van een manager. De teamleden plannen en organiseren de zorg zelf, voeren de zorg uit, lossen de dagelijkse problemen op, verbeteren de processen en werken rechtstreeks samen met andere disciplines. Buurtzorg is een thuiszorgorganisatie die vanuit dit model werkt. Buurtzorg werkt wijkgericht en kleinschalig in teams van maximaal twaalf mensen. Op veel plaatsen in Nederland werken teams van Buurtzorg succesvol op deze wijze. Zelfsturende teams zijn ook steeds vaker te vinden bij andere zorginstellingen. Niet overal verloopt de invoering van zelfsturende teams vlekkeloos. Medewerkers moeten namelijk over competenties beschikken om alle rollen in het team te vervullen en managers moeten kunnen loslaten. Zij moeten gaan coachen in plaats van beheersen. Een dergelijke omslag vraagt van alle partijen meestal enige jaren.

5 Combinaties van verschillende verpleegsystemen

In de praktijk zul je op een afdeling regelmatig combinaties van verschillende verpleegsystemen tegenkomen. Een afdeling werkt bijvoorbeeld wel met EVV's, maar heeft voor de wondverzorging een gespecialiseerde verpleegkundige in dienst. Ook op afdelingen waar met teamverpleging wordt gewerkt, worden sommige zorgvragers gekoppeld aan een vaste verpleegkundige. Dit zijn zorgvragers bij wie het belangrijk is dat zij een vast aanspreekpunt hebben. Denk aan mensen met een zeer complex ziektebeeld of zorgvragers die onbegrijpelijk gedrag vertonen.

In de avond-, nacht- en weekenddienst zal er meer taakgericht worden gewerkt, omdat er minder zorgverleners aanwezig zijn.

1.7 Ontwikkelingen in de zorgsector

In hoofdlijnen een schets van de ontwikkelingen in de zorgsector: de focus op gezond zijn en blijven, de kosten van de zorg, de technische innovaties en de bekwaamheden die nodig zijn voor de zorg van de toekomst. In een aantal gevallen zijn de contouren van de toekomst al zichtbaar.

1 Focus op gezondheid

De medisch-biologische visie richt zich vooral op ziekte en op de behandeling en preventie van ziekte (pathogenese). Deze visie wordt op dit moment breed gedragen in de gezondheidszorg van Nederland, maar er is langzamerhand een verandering gaande: een andere nieuwe manier van kijken naar gezondheid is die van de **salutogenese**, waarin de nadruk ligt op gezondheid en op behoud en bevordering van gezondheid. De vraag is dan niet meer hoe kan ik beter worden, maar hoe blijf ik gezond? In deze visie wordt er vanuit gegaan dat de mens prima is in staat is om om te gaan met stresssituaties (lichamelijk en geestelijk in zijn leven). Vanuit zijn persoonlijke capaciteiten, zijn veerkracht én zijn hulpbronnen is hij in staat zich te handhaven, ook als zijn gezondheid te kort schiet. Hulpbronnen zijn bijvoorbeeld de genen, intelligentie en het afweersysteem. Andere hulpbronnen zijn geld en een huis. Psychosociale hulpbronnen waarover iemand beschikt zijn kennis, ervaring en zijn sociaal netwerk.

De focus gaat steeds meer liggen op functioneren dan op handicaps en beperkingen. De focus ligt meer op veerkracht, welzijn en gezond ouder worden, dan op ziekte, zorg, behandeling en medicatie. De rol van preventie (Hoe blijf ik gezond en vitaal?) zal in de toekomst belangrijker gaan worden. Er zal dus meer aandacht komen voor eten en drinken en bewegen.

De eerstelijnsfuncties (zoals de huisarts, het sociale wijkteam en de opvoedhulp) zijn daarbij laagdrempelig. Als er toch meer zorg nodig is, zal gekeken worden hoe de zorgvrager zo lang mogelijk in de eigen omgeving kan blijven wonen. Kwaliteit van leven staat daarbij voorop.

2 Kosten van de zorg

Er zijn verschillende redenen aan te wijzen waarom de kosten van de gezondheidszorg elk jaar hoger uitvallen. Het voortschrijden van de medische wetenschap maakt dat er steeds meer technische mogelijkheden voor onderzoek en behandeling komen. Daarbij worden mensen steeds ouder. De kans op ziekte neemt met het ouder worden toe en daarmee het beroep op behandeling en verpleging (en daarmee de kosten). Zorgconsumenten hebben een groot vertrouwen in de medische wetenschap. Denk maar aan

infectiebestrijding (hiv-medicatie) en vruchtbaarheidsbehandelingen, waardoor steeds meer mensen gebruikmaken van de zorgvoorzieningen. De hoge verwachtingen (er wordt immers zorgpremie betaald en er gaat veel belastinggeld naar de zorg) maken dat mensen ervaren 'recht' op zorg te hebben. Er is niet altijd genoeg transparantie over de kosten van de zorg en behandeling, waardoor het kostenbewustzijn van veel zorgverleners laag is. Hierdoor lijkt zorg voor veel mensen haast gratis.

Om een idee te geven van de kostenstijging in de zorg: besteedden we in 1953 nog 3,3% van het nationaal inkomen aan zorg, in 2013 was dit meer dan 13%. De zorguitgaven bedroegen in 2012 bijna € 5.000 per hoofd van de bevolking, in het jaar 2000 was dat ruwweg de helft minder; ruim € 2.600 per persoon.

Deze cijfers maken duidelijk dat de regering zich gedwongen voelt maatregelen te nemen om de zorg betaalbaar te houden. Voorbeelden van dergelijke maatregelen zijn het opleggen van een eigen risico voor het gebruiken van zorg in de tweede lijn en een eigen bijdrage in de GGZ voor verblijf. Een andere maatregel is het verkleinen van de pakketten. De tandartsenzorg is sinds enige jaren uit het basispakket. De zorgconsument ontvangt dus minder voor dezelfde zorgpremie. De huisartsenzorg is nog ongemoeid gebleven.

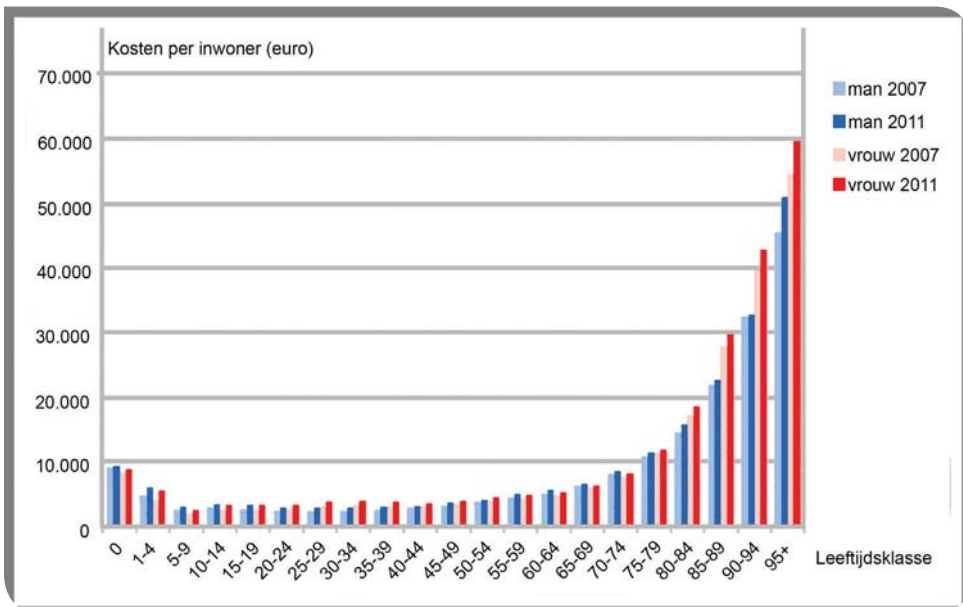
Het meeste geld wordt uitgegeven aan de curatieve zorg. De langdurige zorg (care) kost ongeveer driekwart van wat de curatieve zorg kost.



Je kunt op www.volksgezondheidszorg.info de meeste recente cijfers te raadplegen.

3 Innovaties in de zorg

De inzet van technologie moet ervoor zorgen dat de zorg efficiënter en kostenbesparend wordt zonder aan kwaliteit te hoeven inboeten. Technische hulpmiddelen (domotica en ICT) spelen een steeds grotere rol in de



Figuur 6 Zorgkosten in beeld.

zorgverlening. Voorbeelden zijn de bereikbaarheid en de mogelijkheid van allerlei diensten, zoals een operatie via de satelliet en computergestuurd onderzoek.

Makkelijk bereikbare informatie is niet meer weg te denken: voorlichting, internet, de publieke opinie en het aanbod uit de hele wereld geven de zorgconsument een goed beeld van zijn gezondheid of ziekte. Technologie helpt mensen bovendien om zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen omgeving te kunnen wonen. Op dit moment kunnen we niet overzien wat er in de toekomst mogelijk zal zijn. Zo'n 25 jaar geleden zouden we een tablet of een mobiele telefoon immers ook 'sciencefiction' hebben gevonden. De ontwikkelingen gaan snel en zijn haast niet bij te benen. In het onderwerp 'Zorg en technologie' van dit thema zijn meer voorbeelden te lezen.

ECD

De meeste zorginstellingen werken al met een **elektronisch cliëntendossier (ECD)** (ook wel **elektronisch patiëntendossier (EPD)** genoemd) om cliëntgegevens en ziekte- en zorggegevens te verwerken met behulp van een pc, een laptop of een tablet. Via het ECD kunnen verschillende zorgverleners op meerdere plaatsen de juiste en actuele gegevens snel en overzichtelijk raadplegen. Wijzigingen kunnen snel ingevoerd worden.

Beeldschermcontact

Ouders kunnen al enige jaren via een webcam hun baby in de couveuse volgen. Dit helpt bij de hechting en vergroot hun betrokkenheid. Ook ouderen raken steeds meer gewend aan digitale middelen, zoals zorg op afstand via een beeldscherm van een tablet. Het gebruik van Skype of FaceTime met familie zorgt voor minder vereenzaming en meer betrokkenheid bij de sociale omgeving.

Telemonitoring

Ook **telemonitoring** neemt toe. Telemonitoring wil zeggen: op afstand (= tele) volgen (= monitoren) van een situatie. Door telemonitoring kan de zorgverlener op afstand controles uitvoeren en de zorgvrager begeleiden, bijvoorbeeld de bloeddruk meten en apneus (kortdurende ademstilstand tijdens de slaap) registreren.

Domotica

Domotica is een samentrekking van domus (woning) en telematica en staat voor elektronische communicatie tussen allerlei elektrische toepassingen in de woning en woonomgeving voor bewoners en dienstverleners. Mensen kunnen zo langer thuis blijven wonen.

Voorbeelden zijn het regelen van de verlichting met één knop, een afstandsbediening voor het openen en sluiten van ramen, deuren en zonwering. Ook mobiliteitsbewaking met bewegingssensoren en/of camera's is een voorbeeld. Hiermee kan de zorgverlener bepalen of een bewoner hulp nodig heeft, bijvoorbeeld na een ongeval in huis.

E-health

Met behulp van een computer, smartphone en/of een tablet kan de zorgverlener op afstand meekijken en communiceren met de zorgvrager. Deze vorm van zorg verlenen is sterk in ontwikkeling, met name in de GGZ: e-coaching, e-therapy, e-hulp). Het blijkt ook voor ouderen goed te doen zijn om een iPad te gebruiken. De zorg bestaat vaak uit een mix van echt en digitaal

contact. Dit is praktisch bij de controle van medicatie of wondverzorging. Het vergroot de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid van mensen, waardoor de zorgvrager meer de eigen regie terugkrijgt.

Zorgrobots

Zorgrobots kunnen taken overnemen als tillen en hulp bij het lopen maar ook huishoudelijke klussen uitvoeren (stofzuigen). De zorgrobots van de toekomst zijn in staat sociaal contact tot stand te brengen, beweging te stimuleren en het gevoel van eenzaamheid te verminderen. Voorbeeld is Alice de zorgrobot (zie www.ikbenalice.nl) en Paro de zeehondrobot, die bij mensen met dementie wordt ingezet. Er is op dit gebied een enorme ontwikkeling gaande, die voorlopig nog niet zal stoppen.

4 Nieuwe zorg en nieuwe zorgberoepen

Zelfmanagement

Zorgconsumenten van nu zijn mondiger en stellen andere eisen aan de zorg. De wens en behoefte van de zorgvrager staat centraal en het zorgaanbod zal daarop moeten worden afgestemd. Dit gebeurt in een zorginstelling als het moet, thuis als het kan. Dit past in het beleid van de overheid die de groeiende zorgkosten in het gareel moet houden: gestandaardiseerde zorg waar het kan en specialistische zorg waar het nodig is. Voor chronisch zieken zal de specialistische hulp beschikbaar blijven. De chronisch zieke zelf kan daarbij als ervaringsdeskundige de regie over de zorgverlening voeren.

Transitie

De veranderingen en vaak ook bezuinigingen die voelbaar zijn voor zorgverleners en voor zorgvragers zijn een uitwerking van deze visie, die meer nadruk legt op zelfredzaamheid, zelfmanagement en meedoen in de maatschappij dan voorheen. De participatiemaatschappij lijkt een pure bezuiniging, maar er zit ook een ideologie achter. Grote zorg van velen is dat de allerzwaksten en kwetsbare mensen niet de dupe worden van de overgang van oud naar nieuw werken (ook wel transitie genoemd). Denk bijvoorbeeld aan kinderen met een handicap of gedragsproblemen, die niet een hokje te plaatsen zijn en waar de gemeentelijke ambtenaren die nu de jeugdzorg onder zich hebben geen raad mee weten, voorzieningen die wegvallen en waar nog geen goede vervanging voor is gerealiseerd. De verwachting is dat dit kinderziekten oftewel overgangssperikelen zijn. De tijd zal dit uitwijzen.

De nieuwe zorg en zorgmedewerker

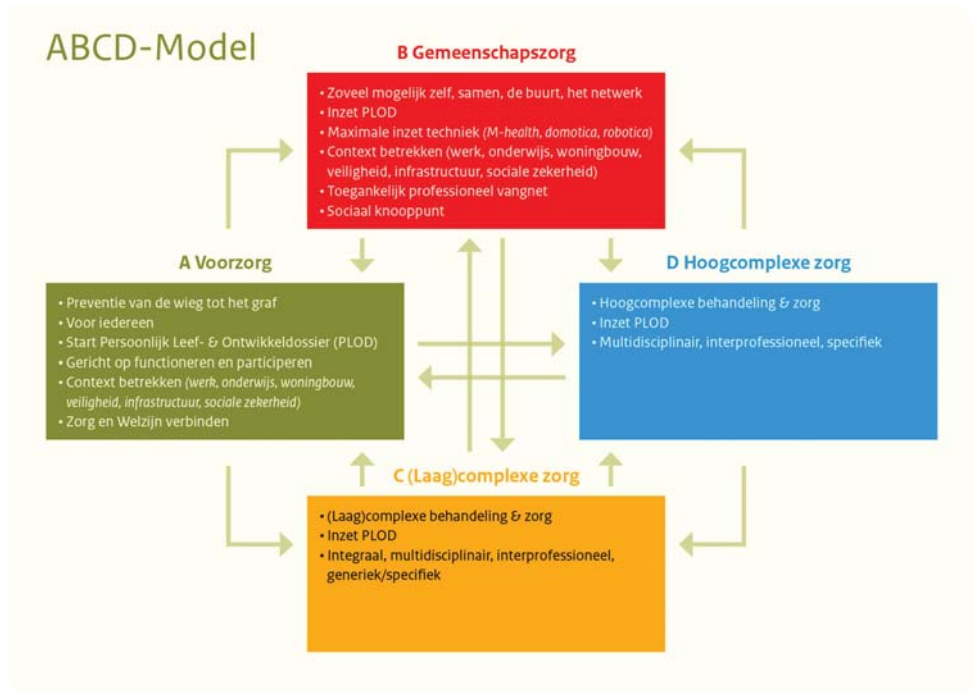
Zorgen in de toekomst betekent afstemmen op en samenwerken met de zorgvrager en zijn netwerk.

De zorgvrager wordt medespeler in het zorgproces. Zo zal de eigen kracht, de eigen regie en de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager tot zijn recht komen. De zorgprofessional en de zorgvrager maken daarbij handig gebruik van slimme technologieën en e-health. De nieuwe vaardigheden die dit vraagt van de zorgprofessional zullen de komende jaren tot ontwikkeling moeten komen, zowel in opleidingen als op de werkvloer.

Het rapport 'Vernieuwend zorgen, de zorgmedewerker in verandering' van kenniscentrum Vilans (2014) schets een beeld van de nieuwe zorgmedewerker en hoe deze samenwerkt in een zorgnetwerk met de zorgvrager, zijn netwerk en de andere zorgprofessionals. Dit vraagt andere bekwaamheden dan die van de huidige zorgprofessional, namelijk vaardigheden als samen-

werken in multidisciplinaire teams, onderhandelen, netwerken en creativiteit, maar ook kunnen omgaan met nieuwe technologieën. Dit beeld komt overeen met de bekwaamheden die het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' van Zorginstituut Nederland (2014) noemt. Hierin wordt nog verder vooruitgekeken: het presenteert een dynamische indeling van de gezondheidszorg voor het jaar 2030, met een indeling in **voorzorg**, **gemeenschapszorg**, **laagcomplex tot complexe zorg** en **hoogcomplex zorg**. Bij alle vormen van zorg ligt de focus op functioneren. Voorzorg wordt gedefinieerd als 'het bevorderen van gezond leven vanaf de geboorte tot het einde van ons leven'. Gemeenschapszorg is 'zorg die mensen zelf en samen in de buurt regelen en daarbij zo nodig worden ondersteund vanuit de gemeente of de professionele zorg'. Zie ook figuur 7.

Middels zorgarrangementen door multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams komt de zorg tot stand. Hierbij staat centraal: 'Wat is nodig om het functioneren te herstellen, respectievelijk te bevorderen?' De zorg verschuift dus van aanbodgericht naar vraaggericht, met de focus op functioneren. In de nabije toekomst worden bij deze visie nieuwe zorgberoepen gedefinieerd met passende beroepsprofielen.



Figuur 7 Het ABCD-model.