

THEORIEBOEK NIVEAU 4

Het verpleegplan

MBO

TRAJECT
V&V

VERPLEEGKUNDIGE



Ten geleide

De afgelopen jaren zijn de beroepsopleidingen voor verpleging en verzorging aangepast aan de ontwikkelingen in de beroepspraktijk. De veranderde eisen aan het beroep en de beroepsuitoefening zijn uitgewerkt in nieuwe kwalificatiedossiers.

De mbo-verpleegkundige wordt opgeleid om in alle branches van de verpleging en verzorging te werken: ziekenhuis, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. De breedte (vier contexten) dient gewaarborgd te zijn om te voldoen aan de Wet BIG. Zij levert vanuit een teamverband vraaggerichte intramurale en/of ambulante en/of semimurale zorg. De werkplek is wisselend en kan ook internationaal zijn. Op de werkplek kunnen zowel de zorgvragers als hun zorgbehoeften snel veranderen. De doelgroep waaraan de mbo-verpleegkundige zorg verleent, is zeer divers. De doelgroep bestaat onder andere uit: oudere zorgvragers met beperkte zelfzorg, waaronder psychogeriatrische en somatische zorgvragers; chronisch zieken; revaliderende zorgvragers; zorgvragers met een handicap; klinische zorgvragers; zorgvragers met psychiatrische ziektes en/of stoornissen; barenden, kraamvrouwen en pasgeborenen; kinderen en jeugdigen met potentiële of feitelijke gezondheids- of bestaansdreiging.

Bron: kwalificatiedossier op www.s-bb.nl/kwalificatiedossiers

Deze kwalificatiedossiers, uitgewerkt in beroepsspecifieke kerntaken en werkprocessen, vormen de basis voor de inrichting van de huidige opleidingen in de gezondheidszorg. De leermid-

delen van Traject V&V zijn ontwikkeld voor, en sluiten aan bij, deze kwalificatiedossiers.

Traject V&V is een leermiddelenaanbod voor de opleidingen Verzorgende IG (kwalificatieniveau 3) en Mbo-Verpleegkundige (kwalificatieniveau 4).

Traject V&V is gebaseerd op vier belangrijke uitgangspunten:

- De leermiddelen zijn ontwikkeld vanuit de beroepsuitoefening. Het beroepsonderwijs in de gezondheidszorg wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van de zorgvragen en door de context waarin de beroepsuitoefening plaatsvindt (zorgsituaties).
- Sterk didactisch concept. De leermiddelen zijn ontwikkeld op basis van leerstijlen en leerervaringen van mbo-studenten. Leerstijl en leerervaringen hangen samen met de kenmerken van de mbo-student en zijn of haar situatie. Traject V&V houdt rekening met de verschillende leerstijlen van mbo-studenten en verschillende onderwijsstijlen van docenten.
- Bij de indeling van de leermiddelen is rekening gehouden met de basisdelen en de brancheprofielen voor de Verzorgende IG.
- Er is rekening gehouden met het perspectief van doorstroming tussen mbo-niveau 3 en mbo-niveau 4.

Binnen het beroepsgerichte opleiden worden leertrajecten afgestemd op reeds aanwezige competenties bij individuele studenten. Bij het verwerven van competenties staat het zich eigen maken van vakkennis en beroepsvaardigheden, in combinatie met de ontwikkeling van de beroepshouding en de persoonlijke vorming, centraal. De leermiddelen van Traject V&V sluiten daarbij aan.

Traject V&V houdt rekening met de mbo-student door het taalniveau (2F) af te stemmen op de doelgroep en door (praktijk)voorbeelden en (praktijk)opdrachten zo te formuleren dat de mbo-student zich aangesproken voelt. De leermiddelen zijn zo ontwikkeld dat zowel mbo-studenten met een meer theoretische, als mbo-studenten met een meer praktische inslag er gebruik van kunnen maken. Traject V&V is inzetbaar binnen elk didactisch model en biedt de docent de ruimte om invulling te geven aan zijn rol van 'begeleider' van het leerproces van de mbo-student. Traject V&V sluit volledig aan bij actuele opvattingen over flexibiliteit en zelfstandig leren. Dat betekent onder andere dat aandacht is besteed aan verwerkingsopdrachten bij de theorie en de evaluatie middels de studiehulp. Daarnaast komen de beroepsvaardigheden en de houdingsaspecten van de (beginnende) beroepsbeoefenaar expliciet aan de orde. Deze elementen vormen immers een essentieel onderdeel van de beroepsuitoefening.

In Traject V&V, inhoudelijk gebaseerd op de kwalificatiedossiers, worden de werkprocessen en uitstroomverbijzonderingen uitgewerkt in drie onderdelen.

Theoretische onderbouwing met verwerkingsopdrachten

Het onderdeel 'theorie', voor het basisdeel bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie die hoort bij het betreffende werkproces. De leerstof bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk. De verwerkingsopdrachten, opgenomen in het werkboek, sluiten aan op de leerstof in de theorieboeken.

De theorieboeken en werkboeken voor de branchegerichte profielen gaan verdiepend in op de zorg in de verschillende branches.

P1: Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)

P2: Gehandicaptenzorg (GHZ)

P3: Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

P4: Kraamzorg (KZ)

Beroepswerkelijkheid

Het onderdeel 'praktijksituaties' is opgenomen in het werkboek en geeft realistische beschrijvingen van zorgsituaties uit de praktijk van de verzorgende. In de praktijksituaties komen problemen en dilemma's aan de orde waarmee beroepsbeoefenaren te maken krijgen in hun dagelijkse werk en waarbij van ze verwacht wordt dat ze met een oplossing en aanpak komen. In combinatie met de beroepspraktijkvorming wordt de student op deze manier optimaal ondersteund in zijn professionele ontwikkeling. Deze praktijksituaties bevatten voldoende problemen en dilemma's om als aangrijpingspunt te dienen voor het zelfstandig leren.

Beroepsvaardigheden

Het onderdeel 'vaardigheden' is eveneens opgenomen in het werkboek en biedt opdrachten die zijn gericht op het stapsgewijs aanleren van instrumenteel-technische en sociaal-agogische vaardigheden.

Deze drie onderdelen zijn consequent terug te vinden in het volledige aanbod van Traject V&V. De combinatie van deze onderdelen maakt het leren vanuit verschillende invalshoeken mogelijk en kan zowel in een onderwijssituatie als in de beroepspraktijk plaatsvinden.

Het didactisch concept van Traject V&V gaat nadrukkelijk uit van bovenstaande uitgangspunten, waardoor het vakbekwame leren optimaal wordt ondersteund en mogelijk wordt gemaakt.

Wij hopen dat gebruikers, zowel mbo-studenten als docenten, op een plezierige en zinvolle manier met Traject V&V kunnen werken. Heeft u vragen of suggesties, dan stellen wij het bijzonder op prijs als u contact met ons opneemt.

Amersfoort, 2016

Redactie en uitgever

Inhoud

Thema 1 Oriëntatie op het beroep 15

1 Het beroep 16

- 1.1 Inleiding 16
- 1.2 Wat is verplegen? 16
- 1.3 Vormen van zorg 18
 - 1.3.1 Zelfzorg 18
 - 1.3.2 Mantelzorg 21
 - 1.3.3 Professionele zorg 24
- 1.4 Zorgvrager 24
 - 1.4.1 Zorgcategorieën 24
- 1.5 Taakgebied en deskundigheid van de verpleegkundige 25
 - 1.5.1 Beroepenstructuur 27
- 1.6 Werkvelden van de verpleegkundige 28
 - 1.6.1 Intramuraal, semimuraal, extramuraal, transmuraal 29
- 1.7 Het beroepsprofiel en de beroepscode 30
 - 1.7.1 Beroepsprofiel 30
 - 1.7.2 Beroepscode 32

2 Methodisch werken 34

- 2.1 Inleiding 34
- 2.2 Professioneel handelen 34
 - 2.2.1 Methodisch werken 34
 - 2.2.2 Waarom methodisch werken? 35
 - 2.2.3 Kenmerken methodisch werken 37
 - 2.2.4 Redeneren als verpleegkundige 39

3 Verpleegkundig proces 40

- 3.1 Inleiding 40
- 3.2 Verpleegkundig proces 40
- 3.3 Stap 1 Verzamelen van gegevens 40
- 3.4 Stap 2 Vaststellen verpleegkundige diagnose 41
- 3.5 Stap 3 Vaststellen verpleegdoel 42
- 3.6 Stap 4 Plannen verpleegkundige zorg 42
- 3.7 Stap 5 Uitvoeren verpleegkundige interventies 43
- 3.8 Stap 6 Evalueren verpleegkundige zorg 44

Begrippen 45

Thema 2 Gegevens verzamelen 49

4 Verzamelen van gegevens 50

- 4.1 Inleiding 50
- 4.2 De eerste gegevens 50
- 4.3 Doel van het verzamelen van gegevens 50
- 4.4 Modellen bij het verzamelen van gegevens 51
 - 4.4.1 Methode van SAMPC 52
 - 4.4.2 Model van de vier domeinen van verantwoorde zorg 53
 - 4.4.3 Ordeningsprincipe van Gordon 56
 - 4.4.4 Het Omaha System 58
 - 4.4.5 Uitgangspunten voor kwaliteit van bestaan in de gehandicaptenzorg 60
- 4.5 Informatiebronnen 60

5 Methoden voor het verzamelen van gegevens 62

- 5.1 Inleiding 62
- 5.2 Verpleegkundig anamnesegegesprek 62
 - 5.2.1 Richtlijnen bij een anamnesegegesprek 62
- 5.3 Observeren 64
- 5.4 Meten 65
- 5.5 Interpretieren 67

Begrippen 68

Thema 3 Inschatten van zorgsituatie 71

6 Stellen van de verpleegkundige diagnose 72

- 6.1 Inleiding 72
- 6.2 Verpleegkundige diagnose 72
 - 6.2.1 Stap 2 in het verpleegkundig proces 72
 - 6.2.1 Wat is een diagnose? 72
- 6.3 Classificatiesystemen 77
 - 6.3.1 Functie van de verpleegkundige diagnose 78
 - 6.3.2 Onderdelen van de verpleegkundige diagnose 80
- 6.4 Hoe stel je de verpleegkundige diagnose? 81
 - 6.4.1 Vuistregels voor de verpleegkundige besluitvorming 82
- 6.5 Hulpmiddelen bij de verpleegkundige diagnostiek 84
- 6.6 Het Omaha System 85

7 Elektronisch Verpleegkundig Dossier 87

- 7.1 Inleiding 87

- 7.2 Wat is het Elektronisch Verpleegkundig Dossier? 87
- 7.3 Waarom een EVD? 87
 - 7.3.1 Zorgproces is leidend 88
 - 7.3.2 Hergebruik van gegevens 88
 - 7.3.3 Eenmalige invoer 88
 - 7.3.4 Multidisciplinaire uitwisseling 88
 - 7.3.5 Kwaliteitverhogend (standaardisatie) 89
 - 7.3.6 Mogelijkheid tot onderzoek 89
- 7.4 Verpleegkundige diagnose binnen het EVD 89
- 7.5 Standaardverpleegplan 90
- 7.6 Standaarddiagnosen 90
- 7.7 Richtlijnen 91
- 7.8 Protocollen 92
- 7.9 Zorgpaden 93

Begrippen 95

Thema 4 Verpleegdoelen vaststellen 97

8 Verpleegdoelen vaststellen 98

- 8.1 Inleiding 98
- 8.2 Wat is een doel? 98
- 8.3 Verpleegkundige doelen formuleren 99
- 8.4 RUMBA-criteria 99
- 8.5 Hulpmiddelen bij het vaststellen van doelen 101
 - 8.5.1 Standaardisatie van verpleegdoelen 102
 - 8.5.2 Zakboek verpleegkundige diagnosen 103
 - 8.5.3 Standaarddoelen in het EVD 105
 - 8.5.4 Het Omaha System 106

Begrippen 109

Thema 5 Plannen en uitvoeren van verpleegkundige interventies 111

9 Plannen van verpleegkundige interventies en eigen werkzaamheden 112

- 9.1 Inleiding 112
- 9.2 Autonome en gedelegeerde verpleegkundige interventies 113
- 9.3 Plannen van de juiste interventie 114
 - 9.3.1 Geplande interventies 115
- 9.4 Formuleren van interventies 116
- 9.5 Nurse intervention classification (NIC) 117
- 9.6 Hulpmiddelen bij het plannen van interventies 118
- 9.7 Standaardinterventies in het EVD 119

- 9.8 Maken van een eigen werkplanning 120
 - 9.8.1 Verpleegkundige werkzaamheden 120
 - 9.8.2 Een werkplanning maken 121
 - 9.8.3 Tips en trucs bij het maken van een werkplanning 126
- 9.9 Knelpunten en initiatieven 127
 - 9.9.1 Werkdruk 128
 - 9.9.2 Initiatieven om de knelpunten rond planning op te lossen 129
- 9.10 Omaha System en verpleegkundige interventies plannen 129

10 Uitvoeren van verpleegkundige interventies 131

- 10.1 Inleiding 131
- 10.2 Vaardigheden tijdens de uitvoeringsfase 131
 - 10.2.1 Waarnemen 131
 - 10.2.2 Observeren 132
 - 10.2.3 Signaleren 133
 - 10.2.4 Rapporteren 137
- 10.3 Methoden voor schriftelijke rapportage 139
 - 10.3.1 Aandachtspunten bij schriftelijk rapporteren 140
 - 10.3.2 Voor- en nadelen schriftelijk rapporteren 141
- 10.4 Mondelinge rapportage 142
 - 10.4.1 Voor- en nadelen mondeling rapporteren 142
 - 10.4.2 Aandachtspunten bij mondeling rapportage 143
 - 10.4.3 Mondeling rapportage aan mantelzorgers en naasten 143
- 10.5 Inzage dossiers 144
- 10.6 Wet bescherming persoonsgegevens 144

Begrippen 145

Thema 6 Evalueren 149

11 Evalueren van verpleegkundige zorg 150

- 11.1 Inleiding 150
- 11.2 Wat is evalueren? 150
- 11.3 Evalueren in de gezondheidszorg 152
 - 11.3.1 Markwerking in de zorg 152
 - 11.3.2 Kwaliteit van zorg 154
- 11.4 Evaluatiemomenten 154
- 11.5 Product- en procesevaluatie 156
 - 11.5.1 Productevaluatie 156
 - 11.5.2 Procesevaluatie 157
- 11.6 Stappen in het evaluatieproces 158
- 11.7 Evalueren met het Omaha System 159
- 11.8 Het evaluatiegesprek 161
 - 11.8.1 Doel van het evaluatiegesprek 161

- 11.8.2 Deelnemers 161
- 11.8.3 Voorbereiding 162
- 11.9 Tijdens het evaluatiegesprek 162
 - 11.9.1 Indeling van het gesprek 162
 - 11.9.2 Belangrijke vaardigheden 163
 - 11.9.3 Belang van open vragen 163
- 11.10 Na het evaluatiegesprek 164
- 11.11 Evalueren en het EVD 164
- 11.12 Tevredenheidsonderzoek 165

Begrippen 166

Thema 7 Klinisch redeneren 169

12 Klinisch redeneren 170

- 12.1 Inleiding 170
- 12.2 Wat is klinisch redeneren 170
- 12.3 Kennis en analytisch vermogen 172
- 12.4 Hulpmiddelen bij het klinisch redeneren 173
 - 12.4.1 Het VALTIS-model 173
 - 12.4.2 Het SCEGS-model 174
 - 12.4.3 De AMVIL-methode 175
 - 12.4.4 Een AVPU-score 176
 - 12.4.5 De EWS-score 177
 - 12.4.6 De FAST-methode 178
 - 12.4.7 De EMV-score 179
 - 12.4.8 De ABCD-methodiek 180
- 12.5 De zes stappen van het klinisch redeneren 182
 - 12.5.1 Stap 1: Oriëntatie op de situatie: het klinisch beeld vormen 182
 - 12.5.2 Stap 2: Beoordeling observaties: de klinische probleemstelling 184
 - 12.5.3 Stap 3: Analyseren: de diagnose stellen met behulp van klinisch onderzoek 184
 - 12.5.4 Stap 4: Vaststellen en plannen van interventies: het klinisch beleid 185
 - 12.5.5 Stap 5: Uitvoering: het klinisch verloop 185
 - 12.5.6 Stap 6: Evaluatie 186

Begrippen 188

Thema 8 Coördinatie 191

13 Coördinatie en continuïteit van zorg 192

- 13.1 Inleiding 192
- 13.2 Zorg coördineren 192
 - 13.2.1 Competenties bij zorgcoördinatie 193

- 13.3 ICT en coördineren van zorg 194
- 13.4 Continuïteit van zorg 194
 - 13.4.1 Continuïteit op een dag en van dag tot dag 194
 - 13.4.2 Continuïteit tussen diensten 195
 - 13.4.3 Continuïteit tussen disciplines 195
 - 13.4.4 Continuïteit tussen afdelingen 195
 - 13.4.5 Continuïteit van zorg tussen verschillende zorgverleningsinstanties 197
 - 13.4.6 Continuïteit van zorg bij overplaatsing of ontslag 198
 - 13.4.7 Continuïteit van leven 198
- 13.5 Betekenis voor het verpleegkundig proces 199
- 13.6 Continuïteit binnen de beroepsgroep 199

14 Verpleegsystemen 200

- 14.1 Inleiding 200
- 14.2 Taakgericht verpleegsysteem 200
- 14.3 Vraaggericht verpleegsysteem 200
- 14.4 Mengvormen 201

15 Ontslag, nazorg en overdracht 203

- 15.1 Inleiding 203
- 15.2 Ontslag, overdracht en nazorg in diverse branches 203
- 15.3 Zorgvrager centraal 204
 - 15.3.1 Transitie in zorg 205
 - 15.3.2 Joint Care programma's 205
 - 15.3.3 Schakelafdeling 206
 - 15.3.4 Ziekenhuisverplaatste zorg 206
- 15.4 Ontslagvoorbereiding 206
 - 15.4.1 Ontslagplanning 207
 - 15.4.2 Zorg vanuit de Wet langdurige zorg 207
 - 15.4.3 Wmo 207
 - 15.4.4 Ontslagcriteria 208
 - 15.4.5 Voorbereiding van de zorgvrager op het ontslag 209
 - 15.4.6 Transferpunt 210
- 15.5 Nazorg 211
 - 15.5.1 Nazorg vanuit de zorgorganisatie waar de zorgvrager opgenomen is geweest 212
 - 15.5.2 Nazorg door de mantelzorg 213
 - 15.5.3 Nazorg door een andere zorgorganisatie 213
 - 15.5.4 Nazorg door de huisarts 213
 - 15.5.5 Nazorg via internet 213
 - 15.5.6 Overbruggingszorg 213
- 15.6 Overdracht 215
 - 15.6.1 Schriftelijke overdracht 215
 - 15.6.2 Overdracht naar een andere afdeling 216
 - 15.6.3 Overdracht naar een andere zorgorganisatie 216
 - 15.6.4 Overdracht naar de mantelzorg 217

- 15.7 De afronding van het ontslag 217
 - 15.7.1 Ontslaggesprek 218

Begrippen 219

Bijlage 1: Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden 222

Bijlage 2: Verpleegkundige anamnese 234

Bijlage 3: Rapportagevoorbeeld 237

Bijlage 4: Samenvatting Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging 239

Bijlage 5: Onderdeel van een CBE-formulier 243

Bijlage 6: Evaluatieformulier 244

Register 245

Verantwoording 248



1

THEMA

Oriëntatie op het beroep

In de klas is het een geroezemoes. Nieuwe boeken liggen klaar. Suzette komt hijgend binnen, ze is net op tijd, de trein was weer eens vertraagd. Zij wil het eerste uur niet missen, want ze gaat met de klas beginnen aan een nieuw onderdeel in de opleiding: het plannen van zorg. In september zijn ze begonnen met basiszorg. Suzette weet nu alles over hygiëne, bedden opmaken en zorgvragers wassen. Voordat ze hun BPV gaan doen moeten ze volgens hun docent Ilonka eerst leren de zorg te plannen ofwel methodisch leren verplegen. Suzette heeft begrepen dat je leert hoe je als verpleegkundige de zorg met een bepaalde methode indeelt en plant. Het lijkt Suzette een moeilijk onderwerp, want plannen is niet haar sterkste punt. Ilonka heeft gezegd dat ze het onderwerp stap voor stap met de klas door gaat werken. Ze zei dat ze het plannen van de zorg leuker en gemakkelijker gaan maken.

1 Het beroep

1.1 Inleiding

Als verpleegkundige heb je in je beroep te maken met een aantal vormen van zorg, diverse werkvelden en verschillende zorgvragers. Daarnaast zijn vier documenten belangrijk voor je beroep: het kwalificatiedossier mbo-verpleegkunde, de Wet BIG, de beroepscode en het beroepsprofiel.

Dit hoofdstuk behandelt de volgende onderwerpen:

- wat is verplegen;
- vormen van zorg;
- zorgvrager;
- taakgebied en deskundigheid van de verpleegkundige;
- de werkvelden van de verpleegkundige;
- het beroepsprofiel en de beroepscode.

1.2 Wat is verplegen?

◆ Voorbeeld

Nicoline is in september begonnen aan de opleiding mbo-verpleegkunde. Samen met twintig studenten zit ze in de beginfase van de opleiding en oriënteert ze zich op het verpleegkundig beroep. Ze nemen met elkaar de taken van de verpleegkundige door en de vakken die daarbij horen. Nicoline heeft in deze beginfase al gemerkt dat de termen zorgen en verplegen door elkaar worden gebruikt. Daarnaast gebruiken haar docenten de term zorgvragers in plaats van de voor haar bekende term patiënten. Ze vraagt zich af of verzorgen hetzelfde is als verplegen en wat verplegen eigenlijk inhoudt. Als Nicoline in

een internetwoordenboek de definitie van verplegen opzoekt, krijgt ze als antwoord: 'verplegen is het verzorgen van een zieke'. Volgens hetzelfde woordenboek is zorgen het meervoud van zorg en betekent verzorgen 'erop toezien dat een persoon of een dier het nodige verkrijgt'. Bij verzorgen hoeft iemand dus niet ziek te zijn, maar bij verplegen is wel sprake van een zieke of een situatie waarin iemand zelf iets niet kan en een beroep moet doen op een ander.

In de geschiedenis van de verpleegkunde wordt de naam Florence Nightingale genoemd. Zij leefde van 1820 tot 1910 en wordt vaak gezien als de grondlegger van de moderne verpleegkunde. In haar boek *Notes on nursing, what it is and what it is not* (1859) definieert zij verplegen als 'doen wat in je vermogen ligt om de patiënt te helpen in zijn dagelijks functioneren, wanneer deze door ziekte, handicap of stoornis zorg nodig heeft'. Door haar boek en inspanningen met andere inspirerende verpleegsters, bijvoorbeeld Anna Reynvaan en Frederique Meyboom, is verplegen en verzorgen een echt vak geworden. Tot die tijd deed je dat gewoon zonder opleiding of diploma. Veel belangrijker dan een opleiding was ervaring en praktisch inzicht. Pas na 1880 komt er behoefte aan opgeleide verpleegsters en begint de echte professionalisering. Belangrijke kenmerken van die beroepsontwikkeling zijn de verpleegstersopleiding, het diploma, met daarbij het afleggen van de eed, het insigne, het uniform, een vakblad en een beroepsorganisatie.



Figuur 1.1 Grondlegster van het verpleegkundig beroep:
Florence Nightingale

Een beroep doen op een ander, vragen om hulp of ondersteuning, dat doe je pas als je er zelf echt niet meer uitkomt. Alleen als het niet anders kan, accepteer je hulp van iemand anders. Je neemt bijvoorbeeld bijles als je steeds een onvoldoende hebt voor wiskunde. Je hebt ook vast wel een keer met een flinke griep in bed gelegen. Hoe heerlijk vond je het toen om een beetje verzorgd te worden en berichtjes van een vriendin te krijgen die zorgzaam informeerde hoe het met je was. Maar na die griep deed je weer graag alles zelf en wilde je overal weer zelf zijn.

Wat voor jou belangrijk is, namelijk voor jezelf kunnen zorgen en onafhankelijk zijn, geldt ook voor zorgvragers. De meeste mensen vinden het niet prettig hulp aan anderen te vragen. Als kind leer je al snel zo zelfstandig mogelijk te zijn. Voor jezelf kunnen zorgen, beïnvloed je gevoel van eigenwaarde: het geeft meestal een positieve kijk op jezelf. In het verpleegkundige vak noem je deze zelfstandigheid **zelfredzaamheid**. Als verpleegkundige stimuleer je de zelfredzaamheid van de zorgvrager. Zelfredzaamheid is belangrijk voor een positieve instelling en het vertrouwen van de zorgvrager in zichzelf en zijn lichaam. Pas als het niet anders kan en de zorgvrager aangeeft dat hij zorg nodig heeft, ga jij over tot handelen.

De *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)* zegt het volgende over de verpleegkundig beroepsuitoefening: 'Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

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

De Wet BIG stelt daarmee dat de verpleegkundige zorgvragers observeert, begeleidt, verpleegt en verzorgt en handelingen uitvoert in opdracht van bijvoorbeeld een arts die bij een zorgvrager een diagnose wil stellen en deze zorgvrager vervolgens wil behandelen. De Wet BIG is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken. Ze wil de zorgvrager beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De Wet BIG regelt dat verpleegkundigen alleen handelingen verrichten waarvoor zij bevoegd en bekwaam zijn. Iedere beroepsbeoefenaar heeft hierbij zijn eigen verantwoordelijkheid. Als je klaar bent met je opleiding schrijf je jezelf in het BIG-register in. Alleen wie in dit register is ingeschreven mag de beschermde titel verpleegkundige voeren.

De Vaste Commissie Verpleging van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid geeft de volgende definitie van verplegen:

'Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden be-

nut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid.’
In het beroepsprofiel is er op dit moment geen onderscheid (meer) in verplegen en verzorgen. Samengevat kun je stellen dat verplegen een vak of een professie is waarvoor je kennis en vaardigheden nodig hebt die je gebruikt om een zorgvrager, die last heeft van ziekte, handicap of stoornis, te ondersteunen en begeleiden in zijn dagelijks functioneren. Als verpleegkundige doe je dit in samenwerking met andere beroepsbeoefenaren of disciplines. Belangrijk in deze ondersteuning is de zelfredzaamheid van de zorgvrager. Voor de zelfredzaamheid is zelfzorg van belang. Als iemand aangeeft dat hij niet meer voor zichzelf kan zorgen door ziekte, stoornis of beperking, dan zijn andere vormen van zorg belangrijk. Dit hoeft niet alleen verpleegkundige zorg te zijn. Hierover meer in de volgende paragraaf.

Nieuwe ontwikkelingen

Op dit moment (2016) is er een landelijke discussie gaande over de verpleegkundige en verzorgende beroepen. Er wordt gesproken over een nieuw beroepenhuis V&V 2020.

Twee beroepen, uitgeoefend op verschillende niveaus

V&V 2020 kiest voor twee niveaus van beroepsuitoefening voor de verpleegkundige beroepsgroep: de verpleegkundige (artikel 3 Wet BIG) en de verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG), met verschillende verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten oefenen hun beroep uit op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daarnaast zijn er twee niveaus van beroepsuitoefening op het terrein van verzorging: de zorgkundige (artikel 34 Wet BIG; dit is een beroep op

het gebied van de individuele gezondheidszorg) en de verzorgende/helpende (met primaire gerichtheid op wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening). De discussie over het beroep van verpleegkundige en verzorgende is nog volop gaande. De actuele stand van zaken is te volgen op de website van V&VN.

Bron: V&VN

1.3 Vormen van zorg

1.3.1 Zelfzorg

◆ Voorbeeld

‘Zelf doen, ikke doen’ is een veelgehoorde uitspraak van peuters. In het verdere verloop van je leven blijft voor jezelf zorgen belangrijk. Net als de blinde man die wordt geholpen met oversteken: hij wilde dat helemaal niet en wordt boos op de helper.

Zelfzorg is alle zorg die een mens nodig heeft om zinvol te kunnen leven. Hiervoor is het belangrijk dat je zelfredzaam bent en eigen verantwoordelijkheid hebt voor je leven.

De zelfzorg betreft de zorg op drie gebieden:

- lichamelijk, zoals wassen, aankleden, eten en drinken, inspanning en rust;
- psychisch, zoals kunnen ontspannen, kunnen vermijden van stress en kunnen omgaan met druk en tegenslag;
- sociaal, zoals kunnen omgaan met sociale contacten, goed kunnen functioneren in een gezin of in een klas of een andere sociale omgeving.

De zorg die zich richt op deze gebieden van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden wordt ook wel **holisme** genoemd. De verpleegkundige zorg gaat uit van de holistische mensvisie: kijken naar de totale mens. Lichaam, geest en sociaal welbevinden zijn onlosmakelijk met

elkaar verbonden. Het houdt in dat bij een lichamelijke aandoening of ziekte je gedachten en gevoelens (psychisch), en je geschiedenis en contacten in de maatschappij (sociaal) een rol spelen. Als er bijvoorbeeld mensen zijn die met je meeleven en bij je op bezoek komen als je ziek bent, dan geeft dit een minder eenzaam gevoel en krijgt je minder last van sombere gedachten.

Voor een goed begrip van het holisme en de samenhang tussen de drie gebieden, is het belangrijk dat je de basisbehoeften van de mens kent.

Zelfzorg en menselijke behoeften

Zelfzorg is erop gericht bepaalde behoeften te bevredigen. Abraham Maslow, een Amerikaanse psycholoog, heeft in zijn theorie de menselijke behoeften ondergebracht in vijf categorieën:

- 1 Lichamelijke behoeften. De fysiologische basisbehoeften om te overleven zoals lucht, voeding, warmte. De voortplanting, dus het voortbestaan van de mensheid, valt ook onder deze eerste levensbehoefte.
- 2 Behoeftte aan lichamelijke veiligheid en zekerheid. De mens zoekt veiligheid in een georganiseerde kleine of grote groep, zoals de buurt, het gezin of het bedrijf. Typische voorbeelden zijn huisvesting, werk en relaties.
- 3 Behoeftte aan saamhorigheid, behoeftte aan vriendschap, liefde en positiefsociale relaties.
- 4 Behoeftte aan waardering, erkenning en zelfrespect, belang hechten aan status in sociaal verband.
- 5 Behoeftte aan zelfverwerkelijking of zelfontplooiing, om je persoonlijkheid en je mentale mogelijkheden te benutten. Ofwel: de behoeftte om zin en betekenis te geven aan je bestaan.

Maslow spreekt van een hiërarchie in behoeften, er is volgens hem een volgorde van belangrijkheid. Je begint aan de basis van de piramide. Het voldoen aan lichamelijke behoeften is belangrijker dan veiligheid. Als je geen eten en

drinken hebt, kun je je niet concentreren op je werk. Er is dan maar een ding belangrijk: hoe kom ik aan eten en drinken? Zo gaat veiligheid weer vooraf aan liefde kunnen geven en ontvangen.

◆ Voorbeeld

Jan groeide op als jongste van zes in een gezin waar agressief gedrag gewoon was. Er werd niets uitgepraat, nee, er werd hardhandig opgetreden bij conflicten. Bij Jan was het gevoel van veiligheid niet goed ontwikkeld, niet aanwezig kun je wel zeggen. Jan had niet geleerd wat liefde, veiligheid en vertrouwen was. Hij wist daardoor niet goed hoe hij met anderen moest omgaan. Wantrouwen was de enige emotie die hij goed kende. Het heeft hem op zijn weg naar een volwassen leven veel problemen gegeven bij het aangaan van relaties. Het ontwikkelen van zijn talenten is pas heel laat bij Jan aan bod gekomen. Na veel therapeutische behandelingen ...

Voor jou als verpleegkundige is het belangrijk dat je de basisbehoeften van de zorgvrager kent, zodat je de zorgvrager begrijpt en je de zorg op hem kunt afstemmen.



Figuur 1.2 Behoefttepiramide van Maslow

Zelfzorgvermogen

Zelfzorgvermogen betekent de mate waarin je in staat bent om de zelfzorg uit te voeren. Je leert vanaf je geboorte voor jezelf te zorgen, hoe belangrijk zelfzorg is voor je bestaan. Een baby huilt bij honger, dorst of een natte luier en leert dat dit helpt om de zorg van zijn ouders te krijgen. Hoe ouder je wordt, hoe meer je leert voor jezelf te zorgen. Er zijn situaties waarin je geen of minder gebruik kunt maken van je *zelfzorgvermogen*, bijvoorbeeld bij een gebroken been. Je zelfzorgvermogen en zelfzorgbehoefte zijn dan niet met elkaar in evenwicht. Er ontstaat een zelfzorgtekort doordat je behoefte aan zelfstandig kunnen lopen wordt gedwarsboomd door je handicap.

Zelfzorgtekort

Je hebt een optimale gezondheid als je zelfzorgbehoeften en zelfzorgvermogens in evenwicht zijn. Er is sprake van een **zelfzorgtekort** wanneer dit niet het geval is en je tijdelijk (gebroken been) of blijvend niet in staat bent in je eigen zelfzorg te voorzien. Welke zorg nodig is hangt samen met wat je zelf:

- kunt, op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied;
- weet, over je zelfzorgvermogen en -tekort, je inzicht in je situatie;
- wilt.

Als je dat in kaart hebt gebracht, is zorg op maat mogelijk. Iets kunnen, weten en willen kan elkaar overlappen, bijvoorbeeld dat je iets niet kunt omdat je niet weet hoe je het moet doen, of omdat je het niet wilt (niet gemotiveerd). Je wilt bijvoorbeeld met je gebroken been niet zelfstandig lopen, omdat je niet weet hoe je de krukken moet gebruiken of omdat je bang bent om te vallen. Als verpleegkundige kun je dus zorg op maat bieden door het zelfzorgvermogen en het *zelfzorgtekort* goed in te schatten. Dat betekent dat je geboden zorg aansluit op de zelfzorgbehoefte en het zelfzorgvermogen. Je gaat daarbij uit van de holistische mensvisie, je

houdt rekening met wat de zorgvrager kan, wil en weet. Je hulp bestaat uit raad en daad, informatie geven en/of motiveren tot handelen.

Eigen kracht

Een aantal maatschappelijke verschuivingen beïnvloedt en verandert de zorgverlening. Het overheidsbeleid steunt de wens van mensen om zo lang mogelijk thuis te wonen. Benodigde zorg wordt dan ook in eerste instantie thuis verleend. Pas als de gezondheidsproblemen het zelfstandig wonen onmogelijk maken, komt iemand voor opname in een verpleeghuis in aanmerking. Een voorbeeld van dit beleid is dat vanaf 2014 de verzorgingshuizen, waar mensen met weinig tot geen gezondheidsproblemen konden wonen, niet meer bestaan. Daarvoor in de plaats zijn woonzorgcentra gekomen waar je pas wordt opgenomen als er minimaal sprake is van intensieve, ongeplande, langdurige en complexe zorg. Voorafgaand aan de professionele zorgverlening wordt eerst gekeken naar de volgende mogelijkheden:

- Wat kan de zorgvrager zelf?
- Waarin kan de zorgvrager ondersteund worden door sociale contacten uit zijn netwerk en mantelzorgers?
- Waarin kunnen algemene voorzieningen iets betekenen, zoals buurthuizen, verenigingen, vrijwilligers en gemeentelijke voorzieningen?
- Waarin kunnen beroepsmatige zorgverleners ondersteunen?

Deze mogelijkheden vormen de **eigen kracht** van de zorgvrager, zijn fysieke en/of mentale *eigen kracht* en die van zijn omgeving. Als al deze mogelijkheden zijn onderzocht en optimaal benut, pas dan komen professionele zorgverleners in beeld. Je zult de term eigen kracht met regelmaat tegenkomen bij iedere vorm van zorgverlening en zoals je ziet is dit in de zorgverlening een zeer breed begrip.

1.3.2 Mantelzorg

Volgens het Expertisecentrum voor Mantelzorg zorgen in Nederland ruim vier miljoen mensen voor een zieke partner, ouder, kind, familielid, vriend of buur. Deze zorg kan jarenlang duren, is onbetaald, wordt gegeven op basis van vrijwilligheid en vanuit een persoonlijke relatie met de zorgvrager. Het geven van **mantelzorg** wordt vaak gezien als een vanzelfsprekendheid, omdat er geen keus is. Je moeder wordt ziek of je krijgt een gehandicapt kind. Het kan je allemaal overkomen. Je helpt elkaar en je voelt je er zelf ook goed bij om een ander te helpen. De *mantelzorg* kan intensief en langdurig zijn. Het beïnvloedt het leven van de mantelzorg, die deze zorg vaak met een baan en gezin combineert.

◆ Voorbeelden

De moeder van Aafke heeft vier jaar geleden een auto-ongeluk gehad waardoor ze verlamd is aan beide benen. Sindsdien helpt Aafke haar moeder elke ochtend met het wassen en aankleden.

Miriam en Hans hebben drie zonen. Sam en Pim zijn gezond en gaan naar school. Bram heeft vanwege een aangeboren hersenletsel een verstandelijke beperking en is blind. Overdag gaat Bram naar een dagactiviteitencentrum. Alle gezinsleden dragen hun steentje bij aan de zorg voor hem. Zijn broers helpen hem 's avonds met het eten en om de beurt lezen zij Bram 's avonds voor bij het naar bed gaan.

Het echtpaar Vogel woont sinds kort in een aangepaste gelijkvloerse woning. Een jaar geleden heeft meneer Vogel een hersenbloeding gehad en sindsdien zit hij in een rolstoel. Binnenshuis kan hij zich zelfstandig verplaatsen. Buiten is dit te zwaar voor hem en duwt zijn vrouw de rolstoel.

Feiten en cijfers over mantelzorg

Een opname in een zorginstelling wordt altijd zo kort mogelijk gehouden en waar mogelijk ver-

meden. Zorgvragers willen liever thuis blijven en daarnaast moeten de zorgkosten omlaag. Wat thuis opgelost kan worden, wordt ook thuis opgelost. Met de expertise van de huidige thuiszorgteams en de toegenomen technische ondersteuning is ook veel meer mogelijk dan vroeger. De andere kant ervan is dat dit een groot beroep doet op mantelzorgers en dat zij een belangrijke schakel zijn in de huidige zorgprocessen. Jij als verpleegkundige en andere disciplines moeten dan ook de mantelzorg serieus nemen. Het is in het belang van het gehele zorgproces dat de samenwerking tussen mantelzorg en professional optimaal is. Wie is nu die mantelzorg, wat doet hij allemaal en, misschien wel de belangrijkste vraag, hoe redt hij zich in de combinatie van partner/familielid/mantelzorg? Hieronder lees je de meest belangrijke feiten en cijfers op het gebied van mantelzorg in Nederland.

De mantelzorg in Nederland

Aantal mantelzorgers

In 2014 gaven ruim 4 miljoen mensen mantelzorg, dat is 33 % van de volwassen Nederlanders. Voor zo'n 500.000 mantelzorgers bestond deze zorgverlening uit een taak van meer dan acht uur per dag en besloeg het een langere periode. Ongeveer 400.000 mensen die mantelzorg bieden, ervaren dit als zwaar. Zij spreken van een hoge belasting.

Kenmerken mantelzorgers

Vrouwen zijn op het moment van het onderzoek iets vaker mantelzorg dan mannen. De mantelzorg is grotendeels (45 %) tussen de 45 en 65 jaar oud en 8 % van de mantelzorgers is tussen de 18 en 24 jaar. Ongeveer een vijfde deel van de mantelzorgers is ouder dan 65 jaar. De taken lijken te zijn verdeeld: mannen helpen vaker bij administratie en vervoer en vrouwen

helpen vaker bij regelzaken, zij regelen en begeleiden bijvoorbeeld het bezoek aan een arts. Vrouwen zijn vaker dan mannen actief betrokken bij de persoonlijke verzorging van een zorgvrager. Verder houdt de mantelzorger zich bezig met huishoudelijke zorg, emotionele ondersteuning, of regelt hulp of coördineert de zorg voor de zorgvrager.

Aan wie biedt men mantelzorg?

Ongeveer de helft van de mantelzorgers biedt hulp aan de eigen ouders of schoonouders. Aan de partner biedt 14 % van de mantelzorgers hulp en in 5 % is sprake van mantelzorg voor een eigen kind. In 18 % van de mantelzorgsituaties gaat het om een buur, vriend of kennis.

Aard van de beperking van de ontvanger van mantelzorg

De mantelzorgontvanger is een zorgvrager:

- met een langdurige lichamelijke beperking, of
- met een tijdelijke lichamelijke beperking, of
- met dementie of geheugenproblemen, of
- met een psychische aandoening, zoals depressie of een angststoornis, of
- is in een terminale fase, of
- is een thuiswonende in afwachting van een opname en in het bezit van een indicatie, of
- is iemand die niet langer dan een half uur alleen gelaten kan worden, of
- is een persoon die in een verzorgings- of verpleeghuis verblijft, en
- is in twee derde van de gevallen ouder dan 65 jaar.

Beweegredenen mantelzorgers

De meeste mantelzorgers hebben een intrinsieke motivatie om te helpen, omdat ze

dat graag doen of vanzelfsprekend vinden. Sommige mantelzorgers doen het omdat er niemand anders beschikbaar is. Of het gebeurt op verzoek van de zorgvrager zelf. En soms omdat de zorgvrager of de mantelzorger geen inmenging wil van iemand van buitenaf. Het inzetten van professionele zorgverleners wil men zolang mogelijk uitstellen, dat kan ook een reden zijn. Schrijnend is daarbij dat in veel van de situaties waarin mantelzorg geboden wordt aan een zorgvrager met psychische problemen, de zorg niet overgedragen kan worden omdat er niemand is die dat zou kunnen.

Mantelzorg en werk

De mantelzorgers tussen 18 en 65 jaar hebben meestal ook een baan. Bij mannen is dat vaker zo dan bij vrouwelijke mantelzorgers. Maar een baan van minimaal 32 uur per week kan normaal zijn naast de mantelzorgtaken. Soms wordt mantelzorg en gewoon werk dagelijks gecombineerd. Bij een deel van de mantelzorgers kan het voorkomen dat men wordt weggeroepen van het werk, om in te springen in een acute situatie van de zorgvrager. Om de mantelzorg blijvend te kunnen bieden naast het eigen werk, worden door werkgevers steeds vaker mogelijkheden in arbeidscontracten of COA opgenomen om dit te kunnen blijven doen.

Negatieve gevolgen voor de mantelzorger

Mantelzorgers die lang en intensief zorgen voelen zich vaker ongezond dan anderen. In deze groep komen relatief veel ouderen voor. Zij ervaren negatieve gevolgen als men het gevoel heeft dat men de situatie niet los kan laten, of als zij ziek of overspannen raken door de hulp die zij bieden. Voor mensen die mantelzorg combineren met een baan van meer dan 12 uur per

week draagt het geven van intensieve zorg sterk bij aan een gevoel van hoge belasting.

Mantelzorgondersteuning: informatie, advies en materiële hulp

Ongeveer 9 % van de mantelzorgers weet niet dat zij informatie en advies kunnen krijgen. Of waar ze dat kunnen krijgen. Er worden cursussen en trainingen gegeven voor mantelzorgers, die de lasten kunnen verlichten, maar daar moeten mantelzorgers vaak op gewezen worden. Ook materiële zaken kunnen behulpzaam zijn en lastenverlichtend werken. In slechts 3 % van de mantelzorgsituaties wordt gebruik gemaakt van een financiële vergoeding vanuit het persoonsgebonden budget (pgb). In het geven van advies en informatie aan mantelzorgers ligt dan ook een taak weggelegd voor de verpleegkundige.

Samenwerken met professionals

Het grootste deel van de bevroegde mantelzorgers vindt dat zij vrijwel altijd bij professionals van thuiszorg of de wijkverpleging terecht kunnen voor hun vragen. Zij voelen zich serieus genomen. Het afstemmen van de zorg verloopt goed, zegt 73 % van de mantelzorgers. Mantelzorgers hebben er behoefte aan hun zorgen te delen met de professionals, dat steunt hen in hun taak. Zij ervaren graag waardering voor hun inspanningen en stellen er prijs op dat ook het welzijn van de mantelzorgaandacht krijgt van de zorgverleners uit het beroepenveld.

Bron: Mirjam de Klerk e.a., Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014; Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag, december 2015

Respijtzorg

Voor mantelzorgers is het mogelijk om even tijd voor zichzelf te nemen. Het is belangrijk dat de mantelzorger lang door kan gaan met het bieden van mantelzorg. *Respijtzorg* wil zeggen dat de mantelzorgtaken tijdelijk en volledig van de mantelzorger worden overgenomen, bijvoorbeeld door het inzetten van een dagvoorziening voor dementerenden, of een vrijwilliger die de zorgtaken overneemt. Het kan gaan om een vakantieperiode of een dagdeel in de week. Er zijn ook logeervoorzieningen voor zorgvragers beschikbaar. Van jou als verpleegkundige vraagt het soms enige begeleiding van de mantelzorger om hierin de weg te vinden. Ongeveer een kwart van de mantelzorgers maakt op dit moment gebruik van de mogelijkheden tot respijtzorg, waarbij dagopvang het meeste voorkomt. Zorgverzekeringen spelen hier ook op in en nemen respijtzorg op in hun polisvoorwaarden. Zorgvragers kunnen zich zodoende ook zelf verzekeren voor de bekostiging van respijtzorg. De vergoeding van respijtzorg is in handen van de gemeente, via de Wmo, en vraagt een eigen bijdrage. MEZZO is de landelijke vereniging voor mantelzorgers en deze vereniging houdt de ontwikkelingen rondom mantelzorgvergoedingen in de gaten. Er zijn nu veel veranderingen in de wetgeving rondom de zorg, dus ook in de vergoedings sfeer. De uitvoering van de Wmo wordt door MEZZO kritisch gevolgd en de mantelzorger wordt ook door MEZZO van de juiste informatie voorzien.

Vrijwilligerszorg

De Wet op de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt uitgevoerd door gemeenten. Een zorgvrager kan een vergoeding aanvragen voor onderdelen op de gebieden wonen, welzijn en maatschappelijke ondersteuning, maar de Wmo treedt pas in werking als de zorgvrager binnen zijn eigen mogelijkheden geen oplossing heeft. De Wmo deed en doet een sterk beroep op de verantwoordelijkheid voor de eigen zorg en zorg voor elkaar. Het is een verschuiving van verzorgd

worden in een verzorgingsstaat naar participeren in de zorg voor jezelf en elkaar: de participerende maatschappij.

Vrijwilligers helpen kosteloos en belangeloos andere mensen. Zij zetten zich graag in voor anderen die hulp nodig hebben en bij wie verdere mogelijkheden voor hulp ontbreken. De *vrijwilligerszorg* is een aanvulling op de zelfzorg, mantelzorg en beroepsmatige zorg. De afgelopen jaren is de vrijwilligerszorg toegenomen en wordt tegenwoordig steeds meer georganiseerd in verenigingen. Deze organisatie bevordert de inzetbaarheid en kwaliteit van de vrijwilligerszorg. Als verpleegkundige zul je ook met vrijwilligers nauw moeten samenwerken.

1.3.3 Professionele zorg

◆ Voorbeelden

Eva (15) is geboren met een open rug. Hierdoor zit ze in een rolstoel. Eva probeert zich zo veel mogelijk zelf te verzorgen en haar ouders ondersteunen haar hierbij. Dagelijks krijgt ze hulp van de thuiszorg bij het douchen.

Frank woont al dertig jaar in een begeleide woonvorm van een psychiatrisch ziekenhuis. Hij heeft een chronische angststoornis waardoor hij niet zelfstandig kan wonen. Een verpleegkundige begeleidt Frank bij zijn probleemhantering en het plannen van zijn dagactiviteiten.

Professionele zorg wordt verleend door personen die speciaal zijn opgeleid en die dit doen voor hun werk. Het onderscheidt zich van mantelzorg door drie belangrijke kenmerken.

- De zorg is gebaseerd op specifieke deskundigheid die verkregen is door het volgen van een erkende opleiding. Jij bent na het volgen van je opleiding een bevoegd verpleegkundige en kunt professionele zorg verlenen.
- De zorgverlening wordt volgens algemeen geldende richtlijnen uitgevoerd. Dit wil zeggen dat je de zorg uitvoert die hoort bij het beroep en ook dat je dit doet volgens de

algemene afspraken die daarover zijn gemaakt. Door jouw theoretische en praktische deskundigheid weet jij straks als verpleegkundige precies hoe je een intramusculaire injectie moet geven en hoe jij je beroepshouding professioneel inzet.

- De zorg wordt tegen betaling verricht en niet geleverd op basis van wederkerigheid.

Het verpleegkundige beroep is een van de beroepen waarbij je als professional zorg verleent aan andere mensen.

1.4 Zorgvrager

In de verpleegkunde heb je het meestal over zorgvragers, maar de termen patiënt en cliënt worden ook gebruikt. In een algemeen ziekenhuis is het vaak 'patiënt', in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking of verpleeghuis is het meestal 'bewoner' en in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg 'cliënt'. Gemeenschappelijk is het feit dat deze mensen zorg nodig hebben.

1.4.1 Zorgcategorieën

Je kunt zorgvragers indelen in groepen ofwel zorgcategorieën. Als verpleegkundige kom je in aanraking met de volgende zorgcategorieën.

- Jeugdige zorgvragers van nul tot achttien jaar. De kinderafdeling van een algemeen ziekenhuis is verdeeld in een babyunit, een peuter- en kleuterunit, een zaal voor kinderen in de leeftijd van 6 tot 12 en een zaal voor kinderen van 12 tot 18 jaar. Je kunt op de kinderafdeling bijvoorbeeld een baby van 10 weken, een peuter van 2 jaar, een kleuter van 5 jaar, een schoolkind van 8 jaar en een tiener van 16 jaar tegenkomen.
- Zwangeren, kraamvrouwen en pasgeborenen. Op de afdeling zwangeren en verloskunde en op de kraamafdeling worden vrouwen verpleegd die zwanger zijn, gaan bevallen en die

al bevallen zijn. De baby's liggen naast de moeder op de kamer.

- Zorgvragers voor en na een operatie, onderzoek of behandeling. In het ziekenhuis liggen op de verschillende afdelingen zorgvragers. Er zijn zorgvragers die geopereerd zijn, of bezig zijn met een behandeling, of die een onderzoek moeten ondergaan.
- Chronisch zieke zorgvragers. Zorgvragers met een aandoening die niet genezen kan, zoals een chronische longaandoening, een spierziekte of een hersenafwijking door een ongeval, hebben daardoor beperkingen.
- Revaliderende zorgvragers. Hierbij gaat het om zorgvragers die na een verkeersongeval opnieuw moeten leren lopen, of na een herseninfarct opnieuw moeten leren spreken en bewegen met een halfzijdige verlamming.
- Geriatrische zorgvragers. De ziektebeelden van geriatrische zorgvragers worden sterk beïnvloed door de veroudering.
- Terminale zorgvragers. Zij zijn in de laatste fase van hun leven, met een levensverwachting van minder dan één maand. Als de terminale zorgvrager niet thuis kan blijven, bijvoorbeeld door de zorg die hij nodig heeft, dan kan hij verzorgd en bij het sterven begeleid worden in een verpleeghuis of hospice, een speciale zorginstelling voor terminale zorgvragers.
- Zorgvragers met psychiatrische problematiek. Zij hebben ondersteuning en begeleiding nodig bij psychosociale stoornissen, psychiatrische stoornissen of verslavingsproblematiek. Als verpleegkundige ondersteun je deze zorgvragers bij hun zelfzorg en voorkom je dat ze in een sociaal isolement raken.
- Zorgvragers met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking. Als verpleegkundige ondersteun en stimuleer je hen op alle leefgebieden. Je biedt ondersteuning bij de zelfzorg en geeft begeleiding bij het leren leven met een beperking, of bij de uitvoering van de dagelijkse bezigheden zoals bood-

schappen doen of een overzicht van de financiën maken.

Preventie en gezondheidsvoorlichting

Instellingen die zorg dragen voor preventie en gezondheidsvoorlichting zijn de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) en de preventieve gezondheidscentra. Deze instellingen richten zich op het voorkomen van ziekte of verergeren van een bestaande ziekte of aandoening, bijvoorbeeld met preventieve vaccinaties zoals tegen hepatitis (krijg je als verpleegkundige), of reisvaccinaties tegen ziekten die minder vaak in Nederland voorkomen zoals malaria of gele koorts. Daarnaast geven deze instellingen voorlichting over gezondheidsbevorderend gedrag, zoals de voorlichting over seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) of over de gevolgen van alcohol- en drugsgebruik.

1.5 Taakgebied en deskundigheid van de verpleegkundige

Je opleiding tot mbo-verpleegkundige is een zogenaamde brede beroepsopleiding. Na het basisdeel moet je je verdiepen in verschillende werkvelden, ook wel branches genoemd, zoals ziekenhuis (ZH), verpleeghuizen, woonzorgcentra en thuiszorg (VVT), gehandicaptenzorg (GHZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het kwalificatiedossier voor mbo-verpleegkundigen beschrijft je taken en verantwoordelijkheden in kerntaken en werkprocessen. De kerntaken beschrijven wat van jou als beginnend beroepsbeoefenaar verwacht wordt, wat je moet kennen en kunnen. De werkprocessen omschrijven gericht hoe de uitvoering van die kerntaken er in de praktijk uit moet zien.

Kerntaken

Het kwalificatiedossier beschrijft in het basisdeel twee kerntaken voor verpleegkundigen:

- 1 Het bieden van zorg en begeleiding in het verpleegkundig proces.