

# Voorwoord

*'Ik vraag me af hoe jullie verpleegkundigen opleiden. Ze betuttelen je alsof je een kind bent in plaats van een weldenkende volwassene. Als je iets langzamer praat, gaan ze gelijk invullen wat je wilt zeggen en als je iets langzamer loopt, pakken ze gelijk je arm, vreselijk.'*

Aan het woord is een vrouw van 82 met wie ik veel samenwerk. Ze is weduwe, haar kinderen wonen niet echt in de buurt en ze heeft meerdere chronische aandoeningen die onder meer haar mobiliteit beïnvloeden. Maar bovenal is ze een slimme en kritische vrouw met gevoel voor humor. In de gezondheidszorg ervaart ze vaak dat professionals haar niet gelijkwaardig bejegenen, dat ze zich weinig interesseren voor haar leefwereld maar dat ze ook niet altijd weten wat ze met haar gezondheidsklachten moeten. Veel kennis die we in de gezondheidszorg benutten, is gebaseerd op dat wat we weten bij jongere mensen. Protocollen en richtlijnen worden meestal geschreven over enkelvoudige problemen zoals pijn of decubitus, COPD of diabetes. En ja, hoe ouder we worden, hoe vaker er verschillende problemen gelijktijdig optreden. En dat betekent dat er soms vanuit verschillende richtlijnen tegenstrijdige adviezen komen. Bijvoorbeeld de mevrouw met wie ik veel werk heeft diabetes en artrose. Voor haar diabetes gebruikt ze insuline en die moet ze goed afstemmen met bewegen en eten. Voor de artrose moet ze voldoende bewegen, maar dat doet pijn. Voor de pijn gebruikt ze paracetamol en ibuprofen, twee middelen die effect hebben op de nierfunctie. Slechtere nierfunctie betekent slechtere uitscheiding van de insuline en daarmee een verhoogd risico op een hypo. En dit is dan nog maar een relatief eenvoudig probleem. Bij veel andere mensen op leeftijd spelen vragen door elkaar heen die niet alleen met ziekten en behandeling te maken hebben, maar juist ook met problemen in hun sociale leven of in hun psychische gesteldheid.

Waar je als verpleegkundige ook werkt, de kans is groot dat de meeste mensen aan wie je zorg verleent, behoren tot de groep die we ouderen noemen. Canadese onderzoekers becijferden een paar jaar geleden dat tegen 2030 75 procent

van alle beschikbare verpleegkundige zorg gegeven zal worden aan mensen ouder dan 65 jaar (Holroyd et al. 2009)\*. Alle reden dus om te zorgen dat je als verpleegkundige deskundigheid verwerft op de specifieke zorgvragen van mensen op leeftijd. En dat wanneer die kennis er niet is, je meewerkt aan de kennisontwikkeling om de zorg voor mensen op leeftijd te optimaliseren.

Jaren geleden was ik een van de initiatiefnemers van de eerste versie van het boek *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*. Ik ben ontzettend blij dat er nu op basis van het werk van vele experts een geheel nieuw boek ligt, geschreven op basis van de beroepsprofielen 2020, klaar om de verpleegkundige van vandaag de kennis en inzichten te bieden om optimale verpleegkundige zorg voor ouderen te bieden.

Februari 2014

Marieke Schuurmans

Hoogleraar Verplegingswetenschap, lector Zorg voor Ouderen,  
Universiteit Utrecht/Hogeschool Utrecht

\* Holroyd A, Dahlke S, Fehr C, Jung P, Hunter A. Attitudes towards aging: implications for a caring profession. *J Nurs Educ* 2009;48(7):374-80.

# Inhoud

Inleiding	11
<i>Evelyn Finnema, Carolien Smits en Sandra Zwakhalen</i>	
<b>I De zorgverlener</b>	<b>25</b>
<b>1 Leven en ouder worden met een chronische ziekte – de zorgverlener thuis: transmurale zorg en preventie bij chronisch zieken</b>	<b>33</b>
<i>Margreet van der Cingel en Carolien Smits</i>	
<b>2 Voorkom onnodige schade – de zorgverlener in het ziekenhuis</b>	<b>43</b>
<i>Jita Hoogerduijn</i>	
<b>3 Basiszorg, maar niet basaal – de zorgverlener intramuraal</b>	<b>53</b>
<i>Sandra Zwakhalen, Evelyn Finnema en Carolien Smits</i>	
<b>II De communicator</b>	<b>61</b>
<b>4 Hoe communicatie kan bijdragen aan zelfmanagement – communicatie in de thuissituatie</b>	<b>63</b>
<i>Marian Adriaansen</i>	
<b>5 Goede zorg vereist goede communicatie – communicatie in het ziekenhuis</b>	<b>75</b>
<i>Jita Hoogerduijn</i>	
<b>6 Sturen en afstemmen – communicatie in de verpleegkundige praktijk intramuraal</b>	<b>85</b>
<i>Theo Royers</i>	

III	De zorgregisseur	97
7	Dementie thuis – de casemanager als zorgregisseur in de thuisituatie <i>Carolien Smits</i>	99
8	Het seniorvriendelijk ziekenhuis: integrale aandacht voor ouderen in de ziekenhuissetting – de zorgregisseur in het ziekenhuis <i>Herbert Habets</i>	109
9	Zorgen doe je samen, maar een regisseur moet er zijn – de zorgregisseur in nieuwe woonzorgomgevingen voor mensen met dementie <i>Sandra Zwakhalen en Hilde Verbeek</i>	119
IV	De samenwerkingspartner	129
10	De spil in de zorg voor ouderen thuis – de wijkverpleegkundige als samenwerker <i>Anneke Francke en Iris de Putter</i>	131
11	Samenwerkingspartner ben je niet alleen – de samenwerker in het ziekenhuis <i>Mieke Boelens en Hanneke van der Wal</i>	143
12	De bewoner als sleutel tot participatie – de samenwerker in de intramurale zorg <i>Albine Moser, Ezra van Zadelhoff en Erik van Rossum</i>	155
V	De netwerker	165
13	Nieuwe uitdagingen in veranderende tijden – de netwerkende professional thuis <i>Jeroen Schumacher, Mirella Minkman en Astraia Rühl</i>	167

14	<b>Het gidsen van delirante patiënten door het ziekenhuis – de netwerkende professional in het ziekenhuis</b>	175
	<i>Franka Bakker en Maartje Beek</i>	
15	<b>De netwerker en intensieve zorg – de netwerkende professional intramuraal</b>	185
	<i>Marleen Goumans</i>	
VI	<b>De kenniswerker</b>	195
16	<b>Kennisontwikkeling, toepassing en borging als basis voor professioneel handelen – de kenniswerker thuis</b>	199
	<i>Ate Dijkstra</i>	
17	<b>Onderbouwing van professioneel handelen – de kenniswerker in het ziekenhuis</b>	211
	<i>Marian Adriaansen</i>	
18	<b>Gevoed met kennis over ondervoeding – de kenniswerker intramuraal</b>	221
	<i>Judith Meijers en Jan Hamers</i>	
VII	<b>De professional en kwaliteitsbevorderaar</b>	235
19	<b>Een ziekenhuisbed in de kamer – de professional en kwaliteitsbevorderaar thuis: palliatieve zorg</b>	239
	<i>Tineke van der Kruk</i>	
20	<b>Wetmatigheden in het professioneel handelen – de professional en kwaliteitsbevorderaar in het ziekenhuis</b>	247
	<i>Petrie Roodbol</i>	
21	<b>Kwaliteit en veiligheid verdienen topprioriteit – de professional en kwaliteitsbevorderaar intramuraal</b>	257
	<i>Corry Ketelaars en Jolanda van Haastregt</i>	

Register	267
Gebruikte websites	271
Over de auteurs	275

# I nleiding

Evelyn Finnema, Carolien Smits en Sandra Zwakhalen

## Nieuwe verpleegkundige rollen in de zorg voor ouderen

In 2003 verscheen de eerste druk van het boek *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*, gevolgd door een tweede druk in 2007. Het boek bleek te voorzien in een behoefte van opleidingen en werkveld. De ontwikkelingen binnen de maatschappij, de verpleegkunde en de zorg voor ouderen gaan snel en maken dat het nu tijd is voor een geheel nieuwe versie. Ook deze versie is bestemd voor verpleegkundigen en studenten verpleegkunde die zich willen verdiepen in de zorg voor ouderen. Oud zijn is betrekkelijk – veel ouderen voelen zich jonger dan hun chronologische leeftijd en de verschillen tussen ouderen zijn groot. Toch heeft een verpleegkundig handboek rond zorg voor ouderen meerwaarde; vanwege die grote diversiteit onder ouderen, maar ook vanwege de specifieke vragen en onderwerpen die gepaard gaan met de zorg voor ouderen. Daarbij neemt met het ouder worden de kwetsbaarheid toe: lichamelijk, sociaal en psychisch. De verpleegkundige zorg wordt daarmee complexer.

Omdat internet inmiddels een gangbaar medium is om informatie te verkrijgen hoeft een handboek niet meer uitputtend te zijn, maar moet handvatten bieden voor reflectie en ontwikkeling van kennis en vaardigheden. Het moet bovendien inspireren en ideeën aanreiken voor het zoeken naar meer informatie over de beschreven onderwerpen. Daarom biedt deze nieuwe versie van het boek *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen* evidence- en practice-based basiskennis waarmee de lezer zelf aan de slag kan, erop kan reflecteren en het kan toepassen.

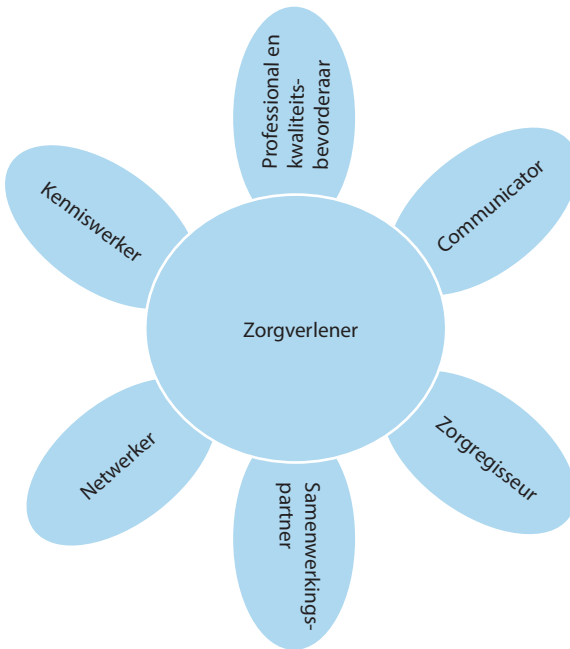
De verpleegkunde heeft sinds 2012 nieuwe beroepsprofielen (Lambregts & Grotendorst 2012) en voor de ouderenzorg geldt dat welbevinden, participatie en eigen regie belangrijke basisprincipes zijn, uitgaande van gezond actief ouder worden (Gezondheidsraad 2009).

Voor de verpleegkundige beroepsuitoefening geldt daarbij dat wordt uitgegaan van de zeven CanMEDS-rollen (Canadian Medical Education Directives for

Specialists): vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit en kwaliteit (Van Velsen & Gloudemans 2012) (zie figuur 1).

In dit handboek wordt in zeven delen een van de CanMEDS-rollen uitgewerkt, toegepast in drie zorgsettings:

- de oudere zorgontvanger thuis;
- de oudere zorgontvanger in het ziekenhuis en
- de oudere zorgontvanger in een intramurale setting.



Figuur 1 CanMEDS-rollen verpleegkundige (ontleend aan Van Velsen & Gloudemans 2012)

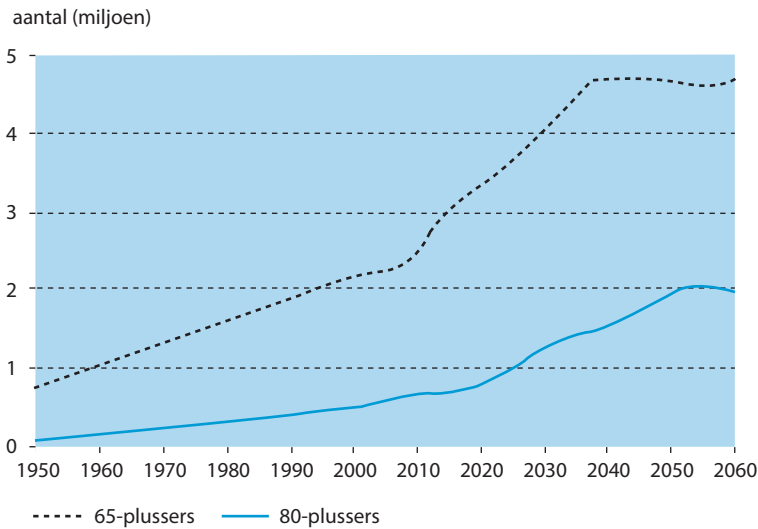
## Recente ontwikkelingen

### Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen

Nederland vergrijst. Nooit eerder werden zoveel mensen zo oud en de verwachting is dat vanaf 2013 het aantal ouderen versneld zal toenemen. Het aantal 65-plussers stijgt van 2,7 miljoen in 2012 tot 4,7 miljoen in 2041. Op dit hoogtepunt van de vergrijzing wordt verwacht dat ruim een kwart van de



bevolking 65-plus zal zijn tegenover zestien procent in 2012. Daarbij is nu al een op de vier 65-plussers 80 jaar of ouder. In 2040 is dat er een op de drie. Vooral het aantal 65-79-jarigen zal de komende jaren toenemen. Deze toename wordt vanaf 2025 gevolgd door een toename van 80-plussers (CBS Bevolkingsprognose 2013; zie figuur 2).



*Figuur 2    Aantal 65- en 80-plussers, 1950-2012 (meetpunt 1 januari) en prognose aantal 65- en 80-plussers, 2013-2060 (CBS Bevolkingsstatistiek; CBS Bevolkingsprognose voor 2013-2060)*

Ondanks de culturele diversiteit van de Nederlandse samenleving is het percentage niet-westerse migranten van 65 jaar en ouder nog slechts vier procent in 2010. Dit percentage zal echter toenemen tot zes procent in 2020 en 22 procent in 2060 (Garssen 2011). In de grote steden zal dit percentage veel hoger liggen. Omdat niet-westerse oudere migranten vaak een lage sociaaleconomische status hebben, is hun levensverwachting relatief korter.

De levensverwachting bij geboorte was 78,8 jaar voor mannen en 82,7 jaar voor vrouwen in 2010, al zijn de cijfers voor mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) anders: gemiddeld leven zij zes tot zeven jaar korter dan mensen met een hoge SES. Mensen met een lage SES leven bovendien gemiddeld veertien jaar langer in slechte gezondheid dan degenen met een hoge SES (Busch & Schrijvers, 2010).

Bovengenoemde vergrijzing gaat gepaard met een aantal belangrijke maatschappelijke veranderingen. De 'nieuwe' ouderen zijn steeds hoger opgeleid en

zullen zich in toenemende mate als kritische zorgconsument gedragen. Het inkomen van ouderen is de afgelopen decennia gegroeid. Zij hebben van alle leeftijdsgroepen het meeste vermogen (CBS 2012). Deze 'nieuwe ouderen' zullen actiever willen participeren in besluitvorming rond hun wonen, welzijn en gezondheid. Ondanks de maatschappelijke individualisering en de kleinere gezinnen hebben Nederlandse ouderen gemiddeld genomen een goed sociaal leven. Ze hebben bijvoorbeeld meer relaties met vrienden, collega's en bekenden dan twintig jaar geleden (Stevens & Van Tilburg 2011). Die diversiteit in hun sociaal netwerk draagt bij aan hun geluk en biedt bescherming tegen angst, depressie en eenzaamheid. Helaas blijft deze ontwikkeling achter bij ouderen met een lagere opleiding en inkomen en/of kleine netwerken (Stevens 2013).

ICT heeft de samenleving ook voor ouderen ingrijpend veranderd. Zij halen wat betreft internetgebruik hun achterstand op jongeren vlot in. Het aandeel 65-75-jarigen dat gebruikmaakt van internet is sinds 2005 verdubbeld. Acht op de tien ouderen in deze leeftijdsgroep zegt wel eens gebruik te hebben gemaakt van internet. Het internetgebruik in deze leeftijdsgroep is vrijwel nergens in de EU zo hoog als in Nederland. Daarbij maken steeds meer ouderen gebruik van ICT in gemakstoepassingen zoals domotica en e-health-toepassingen zoals zorg op afstand (Dijkstra 2011).

### *Veranderingen in zorgvragen en zorggebruik*

Ouderen blijven aan de ene kant steeds langer actieve burgers, aan de andere kant wordt het aantal ouderen met zorgvragen groter dan ooit (tabel 1). Zorgvragen veranderen eveneens. Met het ouder worden ontstaan ook meer complexe zorg- en ondersteuningsvragen. Ondanks het feit dat de meeste ouderen zich nog lang gezond en gelukkig voelen en actief participeren in de samenleving, zijn oud worden en zorg ontvangen nog steeds onlosmakelijk met elkaar verbonden. De toegenomen kennis en behandelmogelijkheden op het terrein van de medische wetenschap en de nadruk op gezond oud worden (active en healthy ageing) hebben (nog) niet geleid tot afname van chronische aandoeningen onder ouderen. Ongeveer twee derde van alle 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen, multimorbiditeit genoemd. Dit percentage stijgt naarmate men ouder wordt, hetgeen impliceert dat het aantal mensen met een of meer chronische aandoeningen de komende jaren zal gaan toenemen. Het gaat hier niet alleen om lichamelijke aandoeningen. Het welbevinden en functioneren kan eveneens belemmerd worden door psychische stoornissen. Maar liefst 70 procent van de beperkingen in zelfredzaam-

heid bij 85-jarigen blijkt toe te schrijven aan een beperking van het cognitief functioneren (Finnema & Goumans 2009). Naast een toename van chronisch zieken, wordt een toename van kwetsbare ouderen en mensen met dementie verwacht. Het aantal kwetsbare ouderen zal naar verwachting toenemen met 300.000: van 700.000 naar 1 miljoen in de periode 2010-2030 (Van Kampen 2011). Het aantal mensen met dementie neemt in ons land eveneens sterk toe: van 250.000 in het jaar 2012 tot ruim een half miljoen in 2050.

- Medicijngebruik en gebruik ziekenhuiszorg is twee keer zo hoog onder 65-plussers
- 85% van de 65-plussers gebruikt jaarlijks huisartsenzorg
- 80% van de 65-plussers gebruikt voorgeschreven medicijnen
- 70% van de 65-plussers heeft poliklinisch contact met medisch specialist
- 15% van de 65-plussers heeft jaarlijks een meerdaagse ziekenhuisopname; inclusief dagopnamen is dat percentage zelfs 25% (RIVM 2011)

*Tabel 1 Gebruik van zorg door thuiswonende 65-plussers*

In het algemeen geldt dat door de toename van het aantal ouderen de totale zorguitgaven stijgen, al vormt de vergrijzing niet de enige oorzaak van deze stijging. Ongeveer een kwart van de zorguitgaven komt voor rekening van de verpleging en verzorging van ouderen (vanaf 65). De anderhalf procent oudste Nederlanders (85-plus) is zelfs goed voor ongeveer twaalf procent van de zorgkosten. Voor de komende decennia worden juist hier de grootste problemen verwacht (Schnabel 2009).

De meeste ouderen, zes op de zeven 80-plussers, wonen tot op hoge leeftijd zelfstandig met in meer of mindere mate informele en professionele ondersteuning. 75 Procent van de zorg voor ouderen in Nederland wordt gegeven door mantelzorgers (partners, familieleden, vrienden en burens) (Broese van Groenou 2012). Daarnaast wordt een belangrijk deel van de ondersteuning gegeven door vrijwilligers vanuit liefdadigheidsorganisaties, kerken, zorg- en welzijnsorganisaties (Suanet, Broese van Groenou & Braam 2009). Omdat veel vrijwilligers ouder zijn dan 65, geven in de praktijk ouderen ondersteuning aan ouderen. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (Sadiraj et al. 2009) telde Nederland in 2008 3,5 miljoen mantelzorgers van 18 jaar en ouder. 2,3 miljoen mensen gaven deze zorg langer dan drie maanden en 1,4 miljoen mensen verleenden meer dan acht uur per week mantelzorg. De verwachting is dat het totaal aantal mantelzorgers tot 2030 zal toenemen met vijf procent. Ouderen gaan nog vaker dan nu het geval al is, voor hun partner zorgen, waardoor het aantal mantelzorgers met geringe draagkracht en een zware draaglast zal stijgen. Van de mantelzorgers is zeventien procent zwaarbelast

of overbelast door de mantelzorg; vijftien procent ervaart een achteruitgang van de eigen gezondheid (Sadiraj et al. 2009).

Mantelzorg stopt niet bij opname in een intramurale setting. Ondersteuning van mantelzorgers vormt daarom een belangrijk onderdeel van de verpleegkundige zorg voor ouderen.

### *Ontwikkelingen in het beleid*

Nederland heeft, na de Verenigde Staten, de hoogste zorguitgaven als percentage van het bruto nationaal product (12 procent in 2009), hetgeen verklaarbaar is door de hoge uitgaven voor langdurige zorg en de lage eigen bijdragen (RIVM 2012).

De overheid wil de groei van de zorguitgaven remmen. De zorg wordt verzakelijkt: de inkomsten en uitgaven dienen steeds meer te worden verantwoord. Een andere pijler van het beleid is de extramuralisering van de zorg. Zorg wordt steeds meer thuis geboden. Lange tijd werden zorg en woonaanbod voor ouderen aangeboden vanuit de non-profitsector. Het overheidsbeleid heeft een markt gecreëerd waarin nieuwe partijen zorg aanbieden, deels tegen commerciële tarieven. De diversiteit van het woon- en zorgaanbod is de afgelopen tien jaar flink toegenomen. Overall in het land ontstaan nieuwe initiatieven voor het vormen van woongroepen en -gemeenschappen van ouderen, passend bij de leefstijl van de oudere. Een willekeurige greep: groen, sociaal, duurzaam, ecologisch en levensloopbestendig wonen, nieuwe centra voor vegetarische ouderen, groepswonen voor allochtone ouderen (Amsterdam, Tilburg, Rotterdam, Den Haag, Utrecht), wonen op boerderijen, woongroepen voor homoseksuele ouderen, enzovoort (Finnema 2011). De meeste ouderen blijven echter zo lang mogelijk in hun eigen huis wonen met eventuele ondersteuning van partner, familie of vrienden, aanpassingen in en om het huis en aanvullende professionele ondersteuning. Zelfstandig wonen is een belangrijk onderwerp voor ouderen. Een belangrijke voorwaarde voor goed oud worden is de aanwezigheid van geschikte huisvesting en een passende woonomgeving.

Dit past eveneens binnen de focus op en behoefte aan eigen regie, zelfmanagement en participatie.

In 2010 heeft de Raad voor de Volksgezondheid, in navolging van al in gang gezette maatschappelijke ontwikkelingen, gepleit voor een andere manier van denken en handelen in de zorg- en welzijnssector. Mensen willen zolang mogelijk thuis wonen en mee blijven doen in de samenleving, ook mensen op hoge leeftijd (active ageing). Dit gedachtegoed wordt ondersteund vanuit overheidsbeleid en wetgeving. In 2007 werd de Wet maatschappelijke on-

dersteuning (Wmo) ingevoerd. Deze wet is een belangrijk onderdeel van het stelsel van Zorg en Welzijn. De Wmo wordt uitgevoerd door gemeenten en is gericht op een grote inzet van mantelzorgers en vrijwilligers bij ondersteuningsvragen op het gebied van zorg en welzijn van burgers. Naast de Wmo is er de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet. In 2015 vindt overheveling plaats van extramurale verpleging en (deels) persoonlijke verzorging van de AWBZ naar de *Zorgverzekeringswet*. Een deel van de AWBZ wordt in 2015 overgeheveld naar de Wmo. De AWBZ wordt vervolgens opgeheven en gaat voor het resterende deel over naar een nieuwe wet gericht op langdurig intensieve zorg. Doordat de AWBZ wordt ingeperkt en ondersteuning binnen de Wmo primair bij de mantelzorgers en vrijwilligers ligt en secundair bij professionele zorgverleners, is de verwachting dat de kosten voor de zorg zo worden teruggedrongen.

Naast aandacht voor de gevolgen van de vergrijzing vanuit het financiële perspectief, is de laatste jaren de focus ook gericht op het behoud van de kwaliteit van de zorg en de meerwaarde van de vergrijzing voor de maatschappij. Er wordt in toenemende mate vanuit de overheid en subsidiegevers geld vrijgemaakt voor het doen van onderzoek en het realiseren van innovaties op het terrein van de ouderenzorg. Financiers onderstrepen het belang van deelname door ouderen aan de inhoudelijke onderzoekagenda. Daarbij is er aandacht voor de toepasbaarheid van onderzoeksresultaten voor de maatschappij. Het onderzoek in de ouderenzorg draagt op die manier bij aan de autonomie, gezondheid en welbevinden van ouderen en geeft tegelijkertijd inzicht in de fysieke, mentale, sociale en financiële aspecten van veroudering (Smits et al. 2013). Voorbeelden hiervan zijn onder meer: de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA; [www.lasa-vu.nl](http://www.lasa-vu.nl)) die is opgezet om determinanten van autonomie en welbevinden onder ouderen te onderzoeken, het Deltaplan dementie, het Nationaal Programma Ouderenzorg, de oprichting van het Kwaliteitsinstituut voor de Zorg en de gelden die worden vrijgemaakt voor de inzet van meer wijkverpleegkundigen en hbo-verpleegkundigen in de ouderenzorg. Naast de toegenomen aandacht voor ouderen en de vergrijzende samenleving in onderzoek en beleid, is binnen de beroeps- en wetenschappelijke opleidingen de aandacht voor dit onderwerp toegenomen.

### *Ontwikkelingen binnen de verpleegkunde*

In het in 2012 verschenen rapport 'Beroepsprofiel verpleegkundige, Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 3' (Schuurmans et al. 2012), wordt aan-

gegeven dat verplegen bestaat uit een aantal kenmerken dan wel uitgangspunten. Verplegen

- dient een specifiek doel;
- omvat een specifieke manier van interveniëren;
- vindt plaats in een specifiek domein;
- is gericht op de persoon als geheel;
- is gebaseerd op ethische waarden;
- betekent commitment aan partnerschap (...) (Schuurmans et al. 2012).

De algemene uitgangspunten voor verplegen bieden handvatten voor het invulling geven aan de verpleegkundige zorg aan ouderen. Hierbij geldt dat aanvullend ook procesmatige kenmerken van belang zijn.

Goede verpleegkundige zorgverlening begint met observeren en het vaststellen van zorgvragen. Als professioneel zorgverlener herken je potentiële zorgvragen (risicosignalering) en verpleegkundige diagnoses tijdig door middel van specifieke observaties. Door klinisch redeneren kom je stapsgewijs tot een afweging over wat er aan de hand is (de diagnose), welk resultaat gewenst is (zorgresultaten) en hoe deze het beste te bereiken zijn (interventies). In deze afweging spelen verschillende vormen van kennis een rol. Wanneer er gebruikgemaakt wordt van persoonlijke (ervarings)kennis van de chronisch zieke oudere zelf, de ervaringskennis van de verpleegkundige en haar collega's en op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde kennis, is er sprake van Evidence-Based Practice (EBP) (Munten et al. 1996).

Bij de keuze en toepassing van specifiek op ouderen gerichte verpleegkundige diagnostiek en interventies is het van belang te onderkennen dat generalisaties vanuit wetenschappelijk onderzoek meestal nog vanuit onderzoeksresultaten bij (mannelijke) volwassenen beredeneerd worden. Zo is inmiddels bekend hoezeer hartklachten bij vrouwen verschillen van mannen (Maas & Lagroe-Janssen 2011) en dat ouderen anders op medicatie kunnen reageren dan volwassenen.

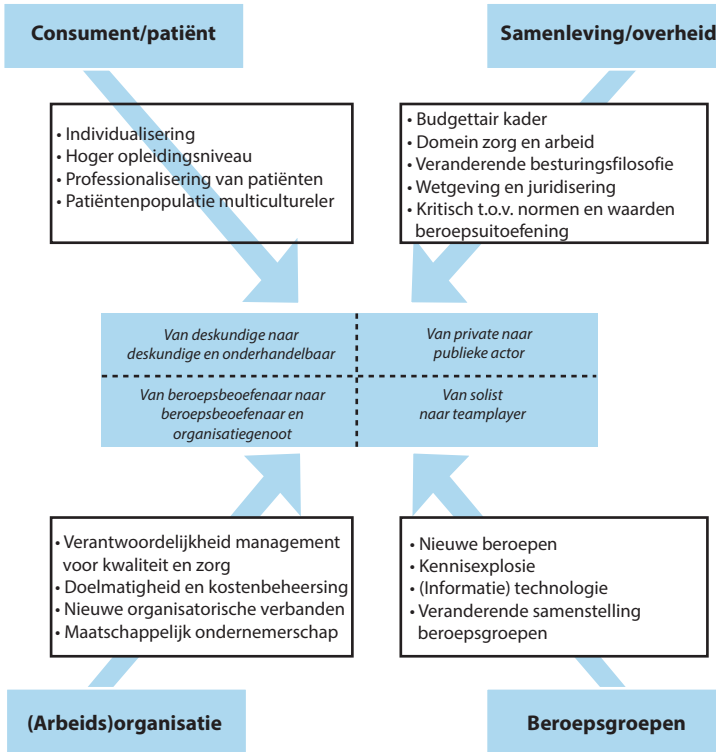
Schuurmans et al. (2012) benoemen, naast de in voorgaande beschreven demografische en maatschappelijke veranderingen, een aantal beroepsmatige ontwikkelingen die van directe invloed zijn op de huidige en toekomstige verpleegkundige beroepsbeoefening in de ouderenzorg, zoals persoonsgerichte zorg, integrated care, ketenzorg, generalistische versus. specialistische zorg, multidisciplinair werken, lokale samenwerkingsverbanden in nulde en eerste lijn en sociale wijkteams. De verschillende ontwikkelingen betekenen een behoefte aan en noodzaak tot een ander aanbod en een andere manier van zorg en ondersteuning. Een verandering van een gerichtheid op zorg en ziekte,

naar een focus op gedrag en gezondheid. En een gerichtheid op het individu en verschillen tussen individuen. Geen oudere is gelijk.

In het verpleegkundige werkveld is dit vertaald naar van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Dit betekent een meer dan ooit aanwezige gezamenlijke verantwoordelijkheid van verpleegkundige en zorgontvanger voor de zorg. Persoonsgerichte zorg, eigen regie, zelfmanagement, shared decision-making, cliëntondersteuning, casemanagement en coördinatie van zorg zijn hierbij enkele van de nieuwe kernthema's binnen de verpleegkundige zorg. De van oudsher binnen de verpleegkunde op zorg en ziekte gerichte aanpak past niet meer bij de zorgvragers van de toekomst. Hierbij wordt een groot beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de zorgontvanger die, actiever dan nu het geval is, zelf en/of samen met de zorgprofessional op zoek gaat naar de beste oplossingen voor zijn situatie. Dit betekent voor de verpleegkundige dat zij oog moet hebben voor de specifieke wijze waarop dit vorm kan worden gegeven, ook in het geval van kwetsbare, ernstig zieke en/of niet-mondige ouderen die voor het invulling kunnen geven aan eigen regie afhankelijk zijn van de ondersteuning die zij hierbij krijgen.

Voor verpleegkundigen en verzorgenden betekent dit dat zij zich moeten richten op het ondersteunen van de oudere en zijn naasten en proactief moeten handelen op basis van evidence-based en practice-based kennis. Dat betekent signaleren wanneer voor ouderen functionele achteruitgang dreigt en inspeken op daaruit voortvloeiende zorgbehoeften. Zo kunnen verpleegkundigen bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van kwetsbaarheid, of als kwetsbaarheid al bestaat, aan het zolang mogelijk uitstellen van negatieve gevolgen, beperkingen en comorbiditeit (Deeg & Puts 2008). Het belang van preventie is eveneens van belang bij de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening.

De zorg wordt complexer, zowel inhoudelijk en organisatorisch. Zorgmedewerkers krijgen andere rollen, posities, taken en samenwerkingsrelaties. Het werk zelf, maar ook de manier van leidinggeven en opleiden verandert. Niet alleen door de ontwikkelingen in de zorg, maar ook omdat 'nieuwe werknemers' andere verwachtingen en belangen hebben. Verpleegkundigen in de zorg voor ouderen bevinden zich in een complex krachtenveld dat veel en vaak tegengestelde eisen stelt. Aan de ene kant gaat het om menswaardige, persoonsgerichte ondersteuning en zorg. Aan de andere kant gaat het ook om voldoen aan wet- en regelgeving en werken binnen financiële, professionele en organisatorische kaders en hierover verantwoording afleggen (figuur 3).



Figuur 3 Invloeden op de beroepsuitoefening en toekomstige rollen voor professionals (RVZ 2000)

Verpleegkundigen dienen kennis toe te kunnen passen in verschillende situaties en goed te kunnen samenwerken met andere disciplines, in combinatie met een stevige professionele basis van kennis en kunde (T-shaped professionals) (Goumans & Finnema 2008, 2009).

‘De hbo-zorgprofessional van de toekomst is een reflectieve practitioner die vakliteratuur adequaat kan beoordelen en kan bijdragen aan praktijkonderzoek en goed is ingevoerd in technologische aspecten van de zorg. Hij of zij is ook in staat overzicht te houden bij multiproblematiek en in staat om af te stemmen met collega’s van andere disciplines. De zorgprofessional kan met de patiënt prioriteiten stellen, bespreken wat een passend doel kan zijn en welke wegen naar dat doel kunnen leiden’ (Westerlaken et al. 2012). Gezamenlijke besluitvorming biedt daarvoor een ingang (Smits en Groen-van de Ven 2014).

‘De verwachting is bovendien dat er in de toekomst schaarste ontstaat op de arbeidsmarkt aan verpleegkundigen en verzorgenden en dat deze schaarste



niet alleen kwantitatief opgelost kan worden (inzet van méér zorgverleners), maar vooral ook kwalitatief (inzet van professionals die degelijk toegerust zijn voor de complexe en gedifferentieerde zorg van morgen)' (Lambregts & Grotendorst, 2012). Deze schaarste is reeds zichtbaar in verpleeghuizen, waar in vergelijking met vroeger steeds minder verpleegkundigen werkzaam zijn. Ook in algemene ziekenhuizen is het echter van belang dat hbo-verpleegkundigen ingezet worden. In een recent internationaal onderzoek werden ontslaggegevens geanalyseerd van 422.730 algemene chirurgiepatiënten van 50 jaar en ouder uit 300 ziekenhuizen in 9 deelnemende Europese landen (Aiken et al. 2014). Daaruit blijkt dat in ziekenhuizen waar 60 procent van de verpleegkundigen een bachelor degree (opleiding hbo-verpleegkunde) heeft en voor gemiddeld 6 patiënten zorgen, patiënten een bijna 30 procent lager sterftecijfer hebben dan in ziekenhuizen waar slechts 30 procent van de verpleegkundigen een hbo-opleiding heeft en voor gemiddeld 8 patiënten zorgen. Aiken et al. (2014) concluderen dat een grote inzet van hbo-verpleegkundigen voorkombare ziekenhuissterfte kan verminderen. Dit biedt kansen voor verpleegkundigen om zich te profileren en herpositioneren. Zo zijn er verschillende ontwikkelingen gaande om vorm en inhoud aan deze zorgprofessional van de toekomst te kunnen geven. In 2011 zijn nieuwe beroepsprofielen voor de verzorging en verpleging (zorgkundig beroepsprofiel, verpleegkundig beroepsprofiel en dat van de verpleegkundig specialist) opgesteld (Lambregts & Grotendorst 2012). Vanuit de opleidingen hbo-verpleegkunde is een project gestart, Bachelor Nursing 2020, gericht op de ontwikkeling van een landelijk opleidingsprofiel voor de hbo-verpleegkunde. Voor de verpleegkundigen die meer kennis en kunde op het terrein van de gerontologie en geriatrie willen, zijn er binnen de hbo-verpleegkundeopleidingen specifieke uitstroombrofielen en post-hbo-cursussen (Van Velsen & Gloudemans 2012).

De verpleegkundige zorgverlening aan ouderen is volop in beweging. Dit handboek *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen* past bij de hierboven geschetste maatschappelijke en professionele ontwikkelingen. De redactie hoopt dan ook met dit boek een bijdrage te leveren aan de kennis, de vaardigheden, de tact en wijsheid van verpleegkundigen in de ouderenzorg.

### Noot

Waar in de tekst naar de cliënt/(wijk)verpleegkundige wordt gerefereerd als 'haar', kan ook 'zijn' worden gelezen; dat geldt andersom ook voor de bewoner/de zorgverlener/de hulpverlener/de kenniswerker enzovoort.

## Literatuur

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Heede K Van den, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, Achterberg Th van, Sermeus W; for the RN4CAST consortium\* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 2014; Published online February 26, 2014; doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Busch M, Schrijvers C. Effecten en leefstijlinterventies gericht op lagere sociaal economische groepen. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Broese van Groenou MI. Informele zorg 3.0: schuivende panelen en een krakend fundament. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2012.
- Campen C van. Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bevolkingsprognose 2012-2060: langer leven, langer werken. Den Haag/Heerlen, 2012.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Prognose bevolking kerncijfers 2013-2060 Den Haag/Heerlen, 2013.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bevolking; kerncijfers. Den Haag/Heerlen, 2012a.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; vanaf 1900. Den Haag/Heerlen, 2012b.
- Deeg DJH, Puts MTE. Kwetsbaarheid bij ouderen: predictoren en gevolgen. *Verpleegkunde* 2008;23(1):12-23.
- Dijkstra A. Technologie als inspiratiebron voor menselijk handelen. Inaugurale rede. Leeuwarden: NHL Hogeschool, 2011.
- Finnema EJ. Lang zullen we leven. Inaugurale rede. Leeuwarden: NHL Hogeschool, 2011.
- Garssen J. Demografie van de vergrijzing. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011.
- Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag, 2009.
- Goumans M, Finnema E. Integrale ouderenzorg-integrale hulpverleners? *Geron* 2008;10(3):35-38.
- Goumans MJB, Finnema EJ. Integrale ouderenzorg-integrale hulpverleners? In: M. de Coole & T. Verlaan (red.), *Ouderenzorg met toekomst*. Amsterdam: SWP, 2009.
- Lambregts J, Grotendorst A. *Leren van de toekomst Verpleegkundigen & Verzorgenden* 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
- Maas AHM, Lagro-Janssen ALM. *Handboek gynaecologie vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
- Munten G, Cox K, Garretsen H, Van den Boogaard J. Evidence based practice; een kritische reflectie. *Verpleegkunde* 1996;2006-21,(2):148-156.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ). *Professionals in de gezondheidszorg*. Zoetermeer, 2000.
- RIVM. *Infographic Uitgaven aan zorg in Nederland*. De Bilt, 2012.

- Sadiraj K, Timmermans J, Ras M, de Boer A. De toekomst van de mantelzorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- Schnabel P. Anders in beeld: de oudere aan het begin van de 21<sup>e</sup> eeuw. *Geron* 2009;10 (4):4-8.
- Schuurmans M et al. Beroepsprofiel verpleegkundige, Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 3. Utrecht: V&VN, 2012.
- Smits C, Groen-van de Ven L. Gezamenlijke besluitvorming bij kwetsbare ouderen. In: Joost van Vliet & Jan S. Jukema (red.), *Perspectieven op ouder worden en de sociaal professionaal*. p. 313-322. Den Haag: Boom Lemma uitgevers, 2014.
- Smits CHM, Van den Beld HK, Aartsen MJ, Schroots JJJ. Aging in The Netherlands: State of the Art and Science. *The Gerontologist* 2013; September (2):1-9.
- Stevens NL, Van Tilburg TG. Cohort differences in having and retaining friends in personal networks in later life. *Journal of Social and Personal Relationships* 2011;28:24-43.
- Stevens NL. Aging well in de 21<sup>e</sup> eeuw: een psychosociaal perspectief. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2013;3.
- Suanet B, Broese van Groenou M, Braam AW. Changes in volunteering among young old in The Netherlands between 1992 and 2002: The impact of religion, age-norms, and intergenerational transmission. *European Journal of Ageing* 2009;6:157-165.
- Velsen Th van, Gloudemans M. Competentieprofiel HBO Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie (HBO-VGG). Uitwerking volgens de CanMEDS-systematiek. Waalwijk: Bureau G&D, 2012.
- Westerlaken et al. Voortrekkers in verandering. Zorg en opleidingen – partners in innovatie. Den Haag: HBO-raad, 2012.



Thea van Velsen en Martin Gloudemans

## *Rol: Zorgverlener*

*Competentiegebied: Verpleegkundig handelen in relatie tot de individuele cliënt en haar/zijn naastbetrokkenen.*

### **Beschrijving competentiegebied**

Het competentiegebied ‘verpleegkundig handelen in relatie tot de individuele cliënten’ heeft betrekking op de daadwerkelijke zorgverlening in direct contact met oudere cliënten, in al zijn facetten, inclusief de basiszorg, de palliatieve en terminale zorg en de uitvoering van voorbehouden en verpleegtechnische handelingen.

De zorgverlening is, vanuit een persoonsgerelateerde benadering en een integrerende aanpak, gericht op de kwaliteit van leven van de cliënt en voldoet aan de criteria voor verantwoorde zorg.

De onderling samenhangende domeinen met betrekking tot de kwaliteit van leven zijn:

- 1 mentaal welbevinden;
- 2 lichamelijk welbevinden;
- 3 woonleefsituatie;
- 4 sociale participatie.

### **Mentaal welbevinden**

Competentie: het mentaal welbevinden, het zelfmanagement, de zelfredzaamheid en de samenredzaamheid van de individuele cliënt kunnen bevorderen, door middel van (evidence-based) verpleegkundige interventies in relatie tot:

#### A Psychologische factoren

##### *Gedragsvoorbeelden:*

- Ondersteunt waar nodig en mogelijk het zelf de regie voeren over het eigen leven door de cliënt of diens vertegenwoordiger.\*
- Benadert zorgvragen middels de systematiek van het klinisch redeneren.\*
- Reflecteert systematisch op het eigen professioneel handelen en op het handelen in teamverband in het kader van het bevorderen van het welbevinden, zelfmanagement, zelfredzaamheid en samenredzaamheid van de cliënt.\*

- Verantwoordt het eigen professioneel handelen op basis van evidence-based practice argumenten.\*
- Signaleert en beoordeelt psychologische factoren die het mentaal welbevinden versterken (reflectief vermogen, relativerend vermogen, humor en andere copingstrategieën).
- Signaleert en beoordeelt psychologische factoren die het mentaal welbevinden bedreigen (zingevingvragen, verlieservaringen, rouwverwerking, eindigheidproblematiek enz.).
- Neemt gesignaleerde psychologische factoren die het mentaal welbevinden versterken, dan wel bedreigen op in het zorgleefplan.
- Maakt gesignaleerde psychologische factoren bespreekbaar met de cliënt en diens naaste.
- Voert (evidence-based) verpleegkundige interventies uit om de gevolgen van voor mentaal welbevinden bedreigende psychologische factoren te voorkomen of te beperken, conform de geldende standaarden.
- Betreft specialistische professionals bij gesignaleerde psychologische problematiek.
- Ondersteunt de interventies van specialistische professionals.

\* Dit gedragsvoorbeeld geldt ten aanzien van alle overige competenties.

## B Sociale factoren

### *Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt sociale factoren die het mentaal welbevinden versterken (bijvoorbeeld vriendschapsrelaties, burencontakt).
- Signaleert en beoordeelt sociale factoren die het mentaal welbevinden bedreigen (discriminatie, eenzaamheid enz.).
- Maakt gesignaleerde sociale factoren bespreekbaar met de cliënt en diens naaste.
- Voert interventies uit om factoren die het mentaal welzijn bevorderen te versterken.
- Voert (evidence-based) verpleegkundige interventies uit om de gevolgen van voor het mentaal welbevinden bedreigende sociale factoren te voorkomen of te beperken, conform de daarvoor geldende standaarden.
- Betreft specialistisch zorgverleners bij gesignaleerde sociale problematiek.
- Ondersteunt de interventies van specialistische professionals.

## C Psychische ziektebeelden en beperkingen

### *Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt op systematische wijze bedreigingen van het mentaal welbevinden ten gevolge van psychische ziektebeelden en beperkingen.

- Maakt gesignaleerde bedreigingen bespreekbaar met de cliënt en diens naaste.
- Voert (evidence-based) verpleegkundige interventies uit om gesignaleerde bedreigingen weg te nemen, conform de geldende standaarden.
- Schakelt in acute psychische crisissituaties direct de behandelend arts en/of gedragsdeskundige in en neemt het initiatief tot het uitvoeren van (evidence-based) spoedeisende interventies.
- Ondersteunt medische interventies.
- Ondersteunt interventies van gedragsdeskundigen.

#### D Lichamelijke ziektebeelden en beperkingen

##### *Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt op systematische wijze bedreigingen van het mentaal welbevinden ten gevolge van lichamelijke ziektebeelden en beperkingen.
- Maakt gesignaleerde bedreigingen bespreekbaar met de cliënt en diens naaste.
- Voert (evidence-based) verpleegkundige interventies uit om gesignaleerde bedreigingen weg te nemen, conform de geldende standaarden.
- Voert door de arts voorgeschreven verpleegkundige interventies en/of voorbehouden handelingen uit, conform de geldende standaarden.
- Ondersteunt medische interventies.
- Ondersteunt interventies van paramedici.

#### **Lichamelijk welbevinden**

Competentie: het lichamelijk welbevinden, het zelfmanagement, de zelfredzaamheid en de samenredzaamheid van de individuele cliënt kunnen bevorderen door middel van verpleegkundige interventies in relatie tot:

#### A Lichamelijke ziektebeelden en beperkingen

##### *Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt risico's ten gevolge van lichamelijke ziektebeelden en beperkingen, zo mogelijk middels toepassing van systematische screening.
- Neemt gesignaleerde risico's op in het zorgleefplan.
- Geeft methodisch voorlichting over risico's en mogelijkheden in relatie tot lichamelijke ziektebeelden en beperkingen.
- Voert (evidence-based) verpleegkundige interventies uit om gesignaleerde risico's te voorkomen, conform de geldende standaarden.

- Voert door de arts voorgeschreven verpleegkundige interventies en/of voorbehouden handelingen uit, conform de geldende standaarden.
- Signaleert en beoordeelt geleidelijke en acute lichamelijke achteruitgang en/of verergering van ziekteverschijnselen, zo mogelijk middels systematische screening.
- Rapporteert gesignaleerde geleidelijke lichamelijke achteruitgang en/of verergering van ziekteverschijnselen in het zorgleefplan.
- Schakelt bij acute lichamelijke achteruitgang direct de behandelend arts in en neemt het initiatief tot het uitvoeren van (evidence-based) spoedeisende interventies.
- Ondersteunt medische en paramedische interventies.

## B Psychologische factoren

### *Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt psychologische factoren die het lichamenlijk welzijn versterken (wilskracht, motivatie, beschikbare copingstrategieën).
- Signaleert en beoordeelt systematisch psychologische factoren die het lichamenlijk welbevinden bedreigen (geringe mondigheid, laag gevoel van eigenwaarde, negatief zelfbeeld, ontbreken of tekortschieten van copingstrategieën).
- Neemt gesignaleerde psychologische factoren die het lichamenlijk welbevinden versterken, dan wel bedreigen op in het zorgleefplan.
- Geeft methodisch voorlichting over geestelijke gezondheid.
- Betreft specialistisch zorgverleners bij gesignaleerde psychologische problematiek.
- Ondersteunt de interventies van specialistische professionals.

## C Sociale factoren

### *Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt systematisch sociale factoren die het lichamenlijk welbevinden bedreigen (laaggeletterdheid, armoede enz.).
- Neemt gesignaleerde sociale factoren die het lichamenlijk welbevinden bedreigen op in het zorgleefplan.
- Geeft methodisch voorlichting over een gezonde levenswijze.
- Betreft specialistische professionals bij gesignaleerde sociale problematiek.
- Ondersteunt de interventies van specialistische professionals.



### *Woonleefsituatie*

Competentie: het kunnen leveren van een bijdrage aan het creëren van een woonleefsituatie waarin de individuele cliënt:

A Zich thuis voelt en een gevoel van sociale veiligheid ervaart

*Gedragsvoorbeelden:*

- Respecteert de waarden, normen en de privacy van de cliënt.
- Signaleert en beoordeelt risico's in de woonleefsituatie die het gevoel van sociale veiligheid bedreigen, zo mogelijk middels toepassing van systematische screening.
- Neemt de gesignaleerde risico's op in het zorgleefplan.
- Adviseert de cliënt met betrekking tot het omgaan met risico's die zijn gevoel van sociale veiligheid bedreigen.
- Motiveert de cliënt zo nodig tot het navolgen van de gegeven adviezen.
- Brengt structurele risico's in de woonleefsituatie met betrekking tot de sociale veiligheid van de cliënten onder de aandacht van collega's en van de leidinggevende.
- Formuleert (evidence-based) voorstellen tot versterking van het gevoel van sociale veiligheid onder de cliënten.

B Zich thuis voelt en het gevoel van identiteit ervaart

*Gedragsvoorbeelden:*

- Respecteert en versterkt de identiteit van de cliënt.
- Signaleert en beoordeelt systematisch risico's in de woonleefsituatie die het gevoel van identiteit bedreigen.
- Adviseert de cliënt met betrekking tot het omgaan met risico's die zijn gevoel van identiteit bedreigen.
- Brengt structurele risico's in de woonleefsituatie met betrekking tot de identiteit van cliënten onder de aandacht van collega's en van de leidinggevende.
- Formuleert (evidence-based) voorstellen tot aanpassingen in de woonleefsituatie die het gevoel van identiteit van de cliënten versterken.

C Het gevoel van veiligheid ervaart, wat betreft zijn lichamelijke gezondheidstoestand

*Gedragsvoorbeelden:*

- Respecteert de lichamelijke integriteit van de cliënt.
- Signaleert en beoordeelt risico's in de woonleefsituatie die de lichamelijke veiligheid en gezondheidstoestand van de cliënt bedreigen, zo mogelijk middels toepassing van systematische screening.

- Adviseert de cliënt met betrekking tot het omgaan met risico's op het gebied van diens lichamelijke veiligheid en gezondheidstoestand.
- Brengt structurele risico's in de woonleefsituatie, met betrekking tot de lichamelijke veiligheid en gezondheidstoestand van de cliënten, onder de aandacht van collega's en van de leidinggevende.
- Formuleert (evidence-based) voorstellen tot het elimineren van structurele risico's met betrekking tot de lichamelijke veiligheid en gezondheidstoestand van de cliënten.
- Doet een beroep op de deskundigheid van specialistische professionals (bijvoorbeeld een ergotherapeut).
- Voert instructies van specialistische professionals uit, conform de geldende standaarden.

D Het gevoel van veiligheid ervaart, wat betreft zijn mentale gezondheidstoestand

*Gedragsvoorbeelden:*

- Richt zich op en respecteert de beleving van de cliënt.
- Signaleert en beoordeelt risico's in de woonleefsituatie die de beleving van de cliënt negatief beïnvloeden en/of probleemgedrag oproepen, zo mogelijk middels toepassing van systematische screening.
- Adviseert de naaste en/of mantelzorger wat betreft het omgaan met situaties die de beleving van de cliënt negatief beïnvloeden en/of probleemgedrag oproepen.
- Motiveert naasten en mantelzorgers tot het navolgen van de gegeven adviezen.
- Brengt structurele risico's in de woonleefsituatie die de beleving van de cliënten negatief beïnvloeden en/of probleemgedrag oproepen, onder de aandacht van collega's en van de leidinggevende.
- Formuleert (evidence-based) voorstellen tot het elimineren van structurele risico's met betrekking tot het negatief beïnvloeden van de beleving van de cliënten en/of het oproepen van probleemgedrag.
- Doet een beroep op de deskundigheid van specialistische professionals in relatie tot belevings- en/of gedragsproblematiek.
- Voert instructies van specialistische professionals op het gebied van belevings- en/of gedragsproblematiek uit, conform de geldende standaarden.
- Voert, in opdracht van de arts, beschermende maatregelen uit conform de geldende standaarden.

## Sociale participatie

Competentie: Het kunnen leveren van een bijdrage aan het bieden van een passende daginvulling en passende bezigheden, zodat:

A Het gevoel erbij te horen van de individuele cliënt wordt behouden en/of versterkt

*Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt systematisch sociale omstandigheden die leiden tot activiteit en inactiviteit bij de cliënt.
- Neemt gesignaleerde sociale omstandigheden op in het zorgleefplan.
- Stimuleert en motiveert de cliënt tot passende activiteiten.
- Betrekt vrijwilligers of mantelzorgers bij het leven van de cliënt om passende activiteiten te ondersteunen.
- Brengt structurele sociale omstandigheden die leiden tot activiteit en inactiviteit bij de cliënten, onder de aandacht.
- Formuleert voorstellen om structurele omstandigheden te creëren die leiden tot activiteit bij cliënten.
- Formuleert voorstellen om structurele omstandigheden die leiden tot inactiviteit bij de cliënten te elimineren of te verbeteren.
- Doet een beroep op deskundigheid van specialistische professionals.

B Het gevoel van identiteit van de individuele cliënt wordt behouden en/of versterkt

*Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt psychologische factoren die leiden tot activiteit en inactiviteit bij de cliënt, zo mogelijk middels toepassing van systematische screening.
- Brengt structurele psychische kenmerken van de cliënt die leiden tot inactiviteit onder de aandacht van collega's.
- Formuleert evidence-based voorstellen om structurele psychische kenmerken van de cliënt die leiden tot inactiviteit positief te beïnvloeden.
- Doet een beroep op deskundigheid van specialistische professionals.

Competentie: het kunnen vergroten van de mogelijkheden tot sociale participatie van de individuele cliënt door een bijdrage te leveren aan het verder ontwikkelen van mogelijkheden en/of het wegnemen of verminderen van de gevolgen van lichamelijke en/of psychische beperkingen.

*Gedragsvoorbeelden:*

- Signaleert en beoordeelt gevolgen van lichamelijke en/of psychische beperkingen die sociale participatie bemoeilijken, zo mogelijk middels toepassing van systematische screening.
- Neemt gesignaleerde gevolgen van beperkingen die sociale participatie bemoeilijken op in het zorgleefplan.
- Zoekt naar (evidence-based) verpleegkundige interventies om de gesignaleerde gevolgen van lichamelijke en/of psychische beperkingen, die sociale participatie bemoeilijken, positief te beïnvloeden.
- Doet een beroep op de deskundigheid van de arts en van paramedische professionals.

**Noot**

De beschrijving van de CanMEDS-rollen voorafgaand aan ieder deel is met toestemming van de auteurs overgenomen uit Van Velsen Th, Gloude-mans M. Competentieprofiel HBO Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie (HBO-VGG). Uitwerking volgens de CanMEDS-systematiek. Waalwijk: Bureau G&D, 2012.